

PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES DA CLÍNICA GERAL NA CIDADE DE SALVADOR-BA

Maria Clara Tosta Garrido,¹ Solange Rubim de Pinho,² Wania Márcia de Aguiar,² William Azevedo Dunningham³

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral na cidade de Salvador-Ba. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo do tipo transversal descritivo baseado em dois questionários aplicados em pacientes que se encontravam na sala de espera da clínica geral na cidade de Salvador - Ba. O estudo ocorreu no período de novembro de 2010 a maio de 2011. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos. Utilizou-se dois questionários: o Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT) e o Questionário Wakefield, relacionado a sintomas depressivos. **Resultados:** Foram estudados 200 voluntários, com uma mediana de idade de 39 [30 – 49] anos. Os resultados da aplicação do AUDIT para identificar distúrbios do uso do álcool foram: 62% nunca bebiam, 15% bebiam mensalmente ou menos, 13% consumiam bebidas alcoólicas de 2 a 4 vezes no mês e 10% faziam uso de bebidas de 2 a 3 vezes por semana. Quanto à agressividade gerada pelo álcool, 84,5% dos pacientes referiram que não agrediram ninguém ou se auto agrediram sob o efeito do álcool. Já 6,5% dessa população afirmaram que isso ocorreu há mais de um ano. Os outros 7,5% declararam que isso aconteceu no último ano. A mediana do somatório total do questionário Wakefield foi de 11 [5 – 19], tendo 37% dos pacientes uma tendência à depressão. Observou-se uma correlação entre as pontuações dos questionários de Wakefield e AUDIT, quanto maior a pontuação no questionário Wakefield, maior a pontuação no AUDIT. **Conclusões:** Para a população estudada houve correlação positiva entre as pontuações dos dois questionários. Mostra-se necessário investigar o padrão de uso do álcool para fundamentar um planejamento de intervenções terapêuticas e estratégias preventivas mais precisas, para reduzir os riscos do beber problemático.

Palavras-chave: Alcoolismo; Sintomas depressivos; Clínica Médica.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of alcoholism and depressive symptoms in general medical out patients in Salvador-Bahia. **Methodology:** We conducted a descriptive cross-sectional study based on questionnaires used in two patients who were in the waiting room of clinics in the city of Salvador-Ba. The study was conducted between November 2010 and May 2011. We included patients over 18 years of both sexes. We used two questionnaires: Identification Test Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and the Wakefield Questionnaire, related to depressive symptoms. **Results:** We studied 200 volunteers with a median age 39 [30-49] years. The results of applying the AUDIT to identify alcohol use disorders were 62% never drank, 15% drank monthly or less, 13% drank 2-4 times by month and 10% drank 2- 3 times by week. As for the aggression generated by alcohol, 84.5% of patients said they did not beat anyone or themselves assaulted under the influence of alcohol. Already 6.5% of the population stated that it occurred over a year. The remaining 7.5% said it happened last year. The median sum total of the questionnaire Wakefield was 11 [5-19], 37% of patients having a tendency to depression. There was a correlation between quiz scores and AUDIT Wakefield, the higher the score on the questionnaire Wakefield, higher scores on the AUDIT. **Conclusions:** For the population studied showed a positive correlation between scores of two questionnaires. It appears necessary to investigate the pattern of alcohol abuse as grounds for planning therapeutic interventions and more precise preventive strategies to reduce the risk of hazardous drinking.

Keywords : Alcoholism; Depression; General Medicine.

Autor para correspondência:

¹ Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC Salvador – Medicina

² Faculdade de Medicina – FMB – UFBA;

FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS – FTC Salvador – Medicina

³ Faculdade de Medicina – FMB – UFBA; Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC Salvador – Medicina; Fundação de Neurologia e Neurocirurgia - Instituto do Cérebro.

1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo é entendido por Edwards e colaboradores (1999), como um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como falta de controle na ingestão indevida e regular de bebidas alcoólicas e todas as conseqüências prejudiciais decorrentes dessa falta de controle (KING, et. al. 2006). O termo alcoolismo foi empregado pela primeira vez, na literatura médica, em 1856, pelo médico sueco, Magnus-Huss, para designar os sintomas físico-psíquicos surgidos pela excessiva ingestão de doses elevadas (e por tempo prolongado) de bebidas alcoólicas (FORTES, 1975).

Jellinek, Cloninger, Babor (1996), têm definido a existência de dois tipos fundamentais de alcoolismo. O alcoolismo do tipo1, de início tardio (depois dos 25 anos), com consumos menores, de prevalência igual em ambos os sexos; e alcoolismo do tipo2, de início precoce, com grandes consumos (muitas vezes associados a comportamentos violentos e delinqüentes), com prevalência superior no sexo masculino (RIBEIRO, et. al. 2009). Alguns estudos já realizados demonstram que o álcool quando consumido com moderação é um protetor para doenças cardiovasculares e diminui assim o risco de mortalidade por essas doenças (BURGER, et. al. 2004). A quantidade segura de álcool que pode ser consumida por dia é de apenas duas a três doses; entretanto, o uso abusivo de álcool é um grande responsável por danos cardíacos e índices altos de mortalidade por doenças cardíacas. Surgiram, então, os conceitos de bebedor pesado, bebedor abusivo e bebedor problema. Alguns autores destacaram um subgrupo de usuários de álcool que não tinham a doença alcoolismo, mas nem por isso deviam preocupar menos, pois eram os responsáveis por acidentes de trânsito e de trabalho, agressões físicas domésticas e públicas, além de apresentarem uma série de afecções clínicas que os colocam na posição de consumidores de serviços de saúde. Portanto, nos primórdios dos estudos sobre o alcoolismo, quatro categorias diagnósticas começaram a serem delineadas: a dos abstêmios, a dos bebedores sem problemas (ditos sociais), a dos bebedores com problemas e a dos alcoolistas “*stritco sensu*” (RAMOS, et. al. 2004). Esta visão obteve sustentação no trabalho de Vaillant e colaboradores (1983).

O alcoolismo foi tido formalmente como uma “toxicomania” segundo a definição dz OMS (WHO, 1970), que o conceituava como:

[...] um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre o organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingestão da droga, de

forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e algumas vezes evitar o desconforto da abstinência.

Pesquisas realizadas sobre o uso de drogas indicam que a dependência do álcool acomete de 10% a 12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros que residem nas 107 maiores cidades do país. Outro estudo realizado, demonstrou taxa de prevalência de alcoolismo de 12,4% entre pacientes hospitalares (FIGLIE, et. al., 2000). Estudos realizados na Coreia do Sul mostraram a prevalência do consumo abusivo de 16% para homens e 2% para mulheres (KIM, et. al. 2002), enquanto uma pesquisa na Nova Zelândia, estimou uma prevalência de 9,9% entre pessoas idosas (KHAN, et. al. 2002).

Almeida Filho e cols. (2004), em pesquisa sobre os padrões de consumo de álcool na Bahia-Brasil, concluíram que 6% a 15% da população com doenças cardíacas fizeram um consumo abusivo do álcool. Outro estudo, realizado em Campinas-SP, encontrou uma alta prevalência do consumo de álcool na classe alta, não tendo sido estabelecida, na amostra estudada, diferenças estatisticamente significantes entre os distintos níveis educacionais investigados.

O uso excessivo e crônico do álcool induz a vários danos à saúde do indivíduo, como complicações clínicas por intoxicação aguda, hepatopatias agudas e crônicas, muitas outras repercussões sistêmicas, diversos transtornos mentais, a exemplo de transtornos de ansiedade, depressão, psicose induzida por álcool e está associada a uma grande variedade de sintomas e perturbações psíquicas. Além de trazerem riscos diretos à saúde, podem levar os sujeitos mais suscetíveis a sofrerem acidentes, sobretudo os de trânsito, que determinam frequentemente politraumatismos e traumatismos cranioencefálicos. Problemas relacionados ao uso do álcool podem acometer pessoas de diversas faixas etárias. Portanto, questões relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas devem ser levantadas por todos os profissionais de saúde, nos exames clínicos de rotina que são realizados em todos os pacientes. Uma vez tendo sido formulado um diagnóstico precoce, isso provavelmente acarretará uma melhora do prognóstico das doenças associadas ao uso nocivo do álcool. Contudo o álcool, certamente, contribui de maneira contundente na etiologia e na manutenção de vários problemas de saúde, sociais e econômicos enfrentados pela população do país.

Como já fora mencionado, o uso abusivo do álcool está muito associado a uma alta prevalência de comorbidades mentais. A relação entre o uso do álcool e a depressão é tema de

interesse da literatura científica, que é evidenciada em muitas pesquisas, entre elas as de LIMA, et. al. (2010) e SCHUMANN, et. al. (2010). O álcool depleta neurotransmissores responsáveis pela regulação do humor, exacerbando os sintomas depressivos e aumentando o risco de suicídio. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004), a depressão é caracterizada por um período contínuo e prolongado de humor rebaixado e de perda de interesse e prazer em quase tudo (anedonia). Nessa condição clínica são comuns sintomas de fadiga, irritabilidade, tristeza, perda ou ganho de peso, alterações do sono, retardo motor, alteração na concentração, vivências sombrias e pessimistas do futuro, além de idéias sobrevalorizadas de culpa e desvalia e gestos de auto-agressão e suicídio

Segundo Gianini e cols (1999), o uso abusivo de álcool leva a um comportamento violento, sendo responsável por certos tipos de violências, dentre as quais violência doméstica, abuso infantil e acidentes na condução de veículos. Estudos realizados por Ball (2004) identificam a existência de cromossomos humanos responsáveis pela dependência do álcool (cromossomos 9,15 e 16). Evidentemente, o desenvolvimento do alcoolismo não está ligado somente a fatores genéticos, mas também às características particulares do ambiente que esse indivíduo viveu durante a infância e a adolescência, e às condições psicossociais que, em interação com os fatores já referidos, conduziram o indivíduo à condição de dependente químico.

O alcoolismo (Síndrome de Dependência do Álcool) é hoje uma das entidades mórbidas que têm conseqüências físicas e sociais mais danosas, catalogada tanto pela Associação Psiquiátrica Americana quanto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1992; APA, 1994). É responsável também pelo elevado número de homicídios, suicídios, acidentes de trabalho, de trânsito e um dos líderes de internações e reinternações em clínica e hospitais. Embora, trate-se de uma doença cujos danos ainda são pouco divulgados, o alcoolismo precisa ser tratado. Contudo, observa-se que, na maioria dos casos, o próprio padecente e a família procuram esconder e não buscam auxílio, devido ao estigma social. A principal característica do alcoolismo é uma sucessão de perdas. O desejo incontrolável da bebida e a incapacidade de estabelecer um limite para controlá-lo, comprometem os relacionamentos profissionais, familiares e as amizades. O alcoolista perde o controle sobre sua vontade, depois o respeito pelos outros, a memória, o raciocínio abstrato, a capacidade de concentração, o trabalho e interferem negativamente a dinâmica familiar. Muitos desses doentes chegam a perder a própria vida, em acidentes, doenças físicas, homicídios ou suicídios.

Os alcoolistas arrumam os mais diversos pretextos para o primeiro gole, depois para o segundo e assim por diante, como ressentimentos, raiva, ciúme, cansaço, etc. Alegam que bebem para esquecer ou para adquirir coragem para expressar sentimentos que não conseguem quando sóbrios. De fato, no início, o álcool parece dar a sensação de “poder” para quem o ingere, mas o preço disso é a rejeição pela sociedade onde está inserido e por si próprio. Embora todas as causas do alcoolismo ainda não tenham sido descobertas, acredita-se que um dos fatores seja a hereditariedade; ou seja, os filhos de pais alcoolistas têm mais predisposição a desenvolver a doença.

Precisa-se estar atento para as causas da dependência física ao álcool, mas também é importante levar em conta as necessidades psicológicas que levam o sujeito a não avaliar a inconsequência dos seus efeitos. Na maior parte dos casos, o transtorno se instaura durante a adolescência, fase da vida em que se busca aceitação e maior segurança, como uma forma de defesa para sentir-se aceito pelo seu grupo social. Nem todos atingem a adicção, mas, na juventude, os alcoolistas começam a beber para se sentirem mais seguros ou divertidos para os amigos

O alcoolista julga usar o álcool para resolver seus problemas, sem se dar conta de que multiplica seus desconfortos físicos e emocionais e passa a depender do álcool para tudo, até para esquecer que é dependente. De um aliado nas situações de estresse, transforma-se em algoz do dependente e o sujeito que, no início julgava que a bebida o fazia forte, descobre-se fragilizada .alvo do desrespeito alheio.

Não existem tratamentos capazes de curar totalmente o transtorno, ou seja, nenhum alcoolista deixa de sê-lo, mas é possível, contudo, que o doente evite o álcool, interrompendo a sucessão de perdas e recuperando as condições mínimas de convívio familiar, social e profissional.

A primeira condição para se livrar do alcoolismo é ficar abstêmio, podendo o adicto procurar auxílio de organizações de ajuda mútua, tais como os Alcoólicos Anônimos - AA, nos quais os dependentes encorajam uns aos outros a se manterem sóbrios (MAKELA, 1991).

Como a cidade de Salvador possui uma alta prevalência do consumo de álcool (ALMEIDA FILHO, et. al. 2004) são necessário investimentos em mais estudos e campanhas educativas para minimizar a dependência ao álcool e evitar o surgimento de novos casos. Observa-se na mídia campanhas feitas por celebridades que incentivam o uso de bebida alcoólica,

como também, as embalagens de bebidas alcoólicas fazem apenas o seguinte alerta: “aprecie com moderação”. Contraditoriamente, em relação à outra droga nociva lícita, o tabaco, a mídia faz campanhas voltadas para a conscientização dos malefícios causados pelo seu uso.

Considerando o alcoolismo um importante problema de saúde pública, é de extrema relevância, o desenvolvimento de pesquisas que avaliem a prevalência deste transtorno para embasar o planejamento de intervenções terapêuticas e estratégias preventivas, reduzindo o uso nocivo de bebidas alcoólicas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Organização das Nações Unidas, em 2002 estimava-se que 205 milhões de pessoas no mundo todo usavam algum tipo de droga, ilícita ou não, sendo as mais comuns o álcool e a maconha (WHO, 2002). No Brasil o consumo de álcool é o que mais preocupa a organização (OMS, 2003). Em 1997 um levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes da rede pública, realizado em dez capitais brasileiras pelos pesquisadores do CEBRID, apontou que o álcool já foi consumido alguma vez na vida por 65% a 80% dos estudantes e outras drogas por 19% dessa população (GALDÚROZ, et. al. 1997).

Em um estudo que analisou a presença de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação, Pinsky e Silva (1995) destacaram que especialmente as propagandas de cerveja têm nos grupos específicos seu público-alvo, e, ao patrocinarem eventos esportivos ou *shows* musicais, dirigem-se aos jovens e passam uma falsa idéia de que o álcool é parte da boa vida. Noto (2000) afirma que: “Um em cada três brasileiros prova álcool pela primeira vez na própria casa, quase sempre oferecido pelos pais [...] Isso acontece porque a sociedade não considera o álcool uma droga”.

Noto (2000) também chama a atenção sobre a “porta de entrada para outras drogas”. Segundo ele, por muito tempo o uso da maconha foi considerado o primeiro passo rumo a um caminho da dependência química. Porém, os estudos demonstram que o problema começa de outra forma: no consumo exagerado de bebidas alcoólicas.

2.1. Diagnóstico de alcoolismo

Fazer o diagnóstico e tratar a dependência do álcool precocemente têm uma importância fundamental no prognóstico desse transtorno para o paciente e para a sociedade. Segundo Fleming (1999), aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebe em um

nível considerado de alto risco ou faz uso nocivo do álcool, e geralmente, o primeiro contato desses pacientes com o serviço de saúde ocorre por intermédio dos médicos clínicos gerais.

Entretanto, os médicos clínicos não fazem o diagnóstico nem tratam o uso nocivo ou dependência de álcool e drogas com mesma frequência e precisão que o fazem com as outras doenças crônicas (CLEARY; MILLER, 1988). Em geral o foco desses profissionais está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência, que ocorrem tardiamente, e não para a dependência subjacente (WALSH, 1995).

O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso do álcool e a primeira intervenção voltada a este problema é de cinco anos (OMS, 1987). A demora para iniciar o tratamento e o tratamento inadequado pioram o prognóstico levando a crer que os pacientes dependentes de álcool raramente se recuperam (GALANTER, 1998).

Em serviços de atenção primária à saúde, recomenda-se a aplicação de questionários de triagem para determinar a presença de uso nocivo ou de risco. O CAGE (Masur, 1983) é um dos mais empregados. A sigla CAGE resulta das palavras chaves em inglês contidas em cada uma das quatro questões: *Cut - down; Annoyed; Guilty* e *Eye - opener*. Esse instrumento não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco, para os quais se devem propor uma intervenção. O CAGE possui boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas.

O Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT) foi elaborado por Piccinelli e cols (1997), como um método simples de investigação de uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de avaliações breves. Ele pode ajudar a identificar situações em que o beber abusivo está sendo a causa da enfermidade presente (FIGLIE, 1997).

O AUDIT foi desenvolvido para rastrear o uso excessivo de álcool e principalmente, para ajudar profissionais de saúde a identificar pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou a cessação do uso de bebidas alcoólicas. A maioria das pessoas que fazem uso abusivo de álcool não é diagnosticada. Geralmente elas se apresentam trazendo sintomas ou problemas que normalmente não estariam ligados ao fato de beberem. O AUDIT ajudará os profissionais de saúde a identificar pessoas que fazem uso de risco de álcool, uso nocivo e dependência.

Uso nocivo se refere ao padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo. Alguns também consideram que consequências a nível social são danos causados pelo álcool. O uso nocivo é aquele padrão de consumo que compromete a

higidez física do sujeito. Dependência alcoólica refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver depois do uso repetido do álcool. Geralmente, este fenômeno inclui um intenso desejo de consumir bebidas alcoólicas, associado a dificuldades de controlar este uso em termos de seu início, término ou níveis de consumo, persistência do uso de álcool apesar de já ter havido evidências de repercussões negativas provocadas por esse uso, dar-se mais prioridade ao ato de beber do que a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e uma reação de abstinência fisiológica quando o consumo dos etílicos é interrompido.

O Quadro 1 apresenta pontuação do AUDIT e a correspondência com a Zona de Risco e a Intervenção mais apropriada para cada nível de risco.

Quadro 1 – Pontuação e zonas de risco do Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT)

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento

Assim como o CAGE, o AUDIT faz o diagnóstico, mas aponta os prováveis casos de dependência. Em relação ao AUDIT o CAGE é menos completo, porém possui a vantagem de ser de fácil e rápida aplicação, porque é constituído por apenas quatro questões.

2.2. Síndrome de Dependência do Álcool (SDA)

A SDA não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais, que determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. Nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar

esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência.

Segundo Edwards e colaboradores (1976), a dependência seria “um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber”, onde, as razões pelas quais o indivíduo começou a beber, adicionam-se àquelas relacionadas à dependência. Assim sendo, a dependência torna-se um comportamento que se retroalimenta e que abrange muito mais que tolerância e abstinência.

Os elementos da SDA são:

a) Estreitamento do repertório: no início, o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida. Com o tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades crescentes, ampliando a frequência e deixando de importar-se com a inadequação das situações. Sua relação com a bebida torna-se rígida e inflexível, no padrão de tudo ou nada.

b) Saliência do comportamento de busca do álcool: com o estreitamento do repertório do beber, há uma tentativa do indivíduo de priorizar o ato de beber, mesmo em situações inaceitáveis (por exemplo, dirigindo veículos, no trabalho).

c) Aumento da tolerância ao álcool: com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito conseguido com doses menores, ou a capacidade de realizar atividades apesar de altas concentrações de álcool na corrente sanguínea.

d) Sintomas repetidos de abstinência: quando há diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. Os estudos descritivos identificaram três grupos de sintomas:

i.-físicos: tremores (desde finos de extremidades até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, câibras, tontura.

ii.-afetivos: irritabilidade, ansiedade, inquietação, depressão.

iii.-sensopercepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais, auditivas ou tácteis).

e) Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão da bebida: este é um sintoma importante da SDA, sendo difícil de ser identificado nas fases iniciais. Torna-se mais evidente na progressão do quadro, com o paciente admitindo que bebe pela manhã para sentir-se melhor, uma vez que permaneceu por toda noite sem ingerir derivados etílicos.

f) Percepção subjetiva da necessidade de beber: há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.

g) Reinstalação após a abstinência: mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Essa sistematização da SDA, proposta por Edwards e colaboradores, teve sua validade clínica comprovada por inúmeros estudos e modificou a compreensão dos problemas relacionados ao álcool pela medicina, influenciando as classificações posteriores (GIGLIOTTI, et. al. 2004).

2.3. ETIOLOGIA

Segundo Adés e Lejoyeux (2004), o consumo de álcool passa por três etapas distintas, a primeira etapa é a do alcoolismo agudo (embriaguez), em que existe uma ingestão única de uma grande quantidade de álcool, num dia ou num período curto de tempo, podendo este estado ir desde a excitação psíquica até ao coma alcoólico.

A segunda etapa é a da dependência alcoólica em que o indivíduo perde o controle sobre a bebida e começa a beber compulsivamente; a embriaguez passa a ser frequente; a auto-estima baixa; as relações interpessoais deterioram-se; deixa de cumprir as suas obrigações no trabalho; a degradação física começa a ser notória; faz tentativas frustradas para deixar de beber e pode manifestar impulsos ou efetuar tentativas de suicídio (ADÉS; LEJOYEUX, 2004).

A terceira e última etapa é o alcoolismo crônico que pressupõe uma ingestão excessiva habitual e frequente de bebidas alcoólicas, repartidas ao longo do dia em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo.

As causas do alcoolismo são múltiplas e podem coexistir no mesmo indivíduo. É uma doença complexa, podendo ter fatores etiológicos interativos: a genética, a dimensão social, cultural, psicológica e/ou de personalidade. Existem alguns estudos efetuados no âmbito da genética que afirmam ser a morbidade alcoólica de três a quatro vezes maiores nos descendentes de alcoólicos crônicos do que nos descendentes de não alcoólicos, ou de alcoólicos excessivos (ADÉS; LEJOYEUX, 2004).

As perturbações psicológicas, como a depressão ou ansiedade também constituem causa de consumo. Na depressão o consumo de álcool surge frequentemente associado a um efeito sedativo e tranquilizante do sofrimento psíquico, causado por aqueles sintomas (ADÉS; LEJOYEUX, 2004).

O consumo de álcool em idade muito precoce pode ser motivado por razões socioculturais. Exemplo: residir nas proximidades de estabelecimentos que prouzem bebidas etílicax . (ADÉS, 2004). Por outro lado, traços de personalidade de alguns indivíduos também podem influenciar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (anti-sociais, evitantes, et. Nos perturbação de personalidade anti-social e na fobia social, o indivíduo tende a utilizar o álcool como excitador e desinibidor, a fim de melhorar os seus relacio causa mais a namentos sociais, já por si deficientes. Estes últimos fatores (personalidades psicopáticas) - é possível que este fator seja o determinante *primevo* de todo o abuso do álcool. (ADÉS; LEJOYEUX, 2004).

2.4. Tratamento

Como a etiologia da dependência é multidimensional, o diagnóstico e os tratamentos variam em função da importância atribuída a cada uma dessas dimensões (LINDSTRON, 1992).

Embora os problemas relacionados ao uso do álcool datem da antiguidade, os tratamentos especializados só apareceram muito mais tarde, a partir do século XIX. Foram eles em geral dirigidos a casos crônicos e graves, com ênfase no modelo médico. As intervenções mais antigas eram religiosas, ritualísticas ou com encaminhamento para os antigos e punitivos asilos de pacientes “inebriados” (HUNT, 1993).

Por volta de 1935, nos Estados Unidos, surgiram os Alcoólicos Anônimos, propondo o tratamento para o alcoolismo por intermédio da participação do indivíduo em grupos de ajuda mútua. Essa abordagem acompanhou o período de transição do conceito moral, predominante na maioria dos países, para o conceito de doença reintroduzido nesta época. Esta intervenção era

inicialmente ligada ao Cristianismo e ao longo do tempo foi se adaptando para outras culturas. Mais tarde, os AA passaram a ser coadjuvantes de diversos serviços de saúde na Europa e nos EUA (MAKELA, 1991).

Nos anos seguintes, por influência da Psiquiatria e da Neurologia, o modelo médico se tornou preponderante, destacando-se também o papel da família e da sociedade no seu desenvolvimento. Decorrente dele, a internação foi amplamente utilizada (MILLER, 1991).

A Psicanálise Convencional não foi considerada inicialmente uma boa alternativa para tratar a dependência (VALLIANT, 1981). Esta teoria sobre o psiquismo emprestou, então, um de seus pressupostos fundamentais, a ansiedade e castração intensa, experimentada nos primórdios da vida destes indivíduos na sua relação com a figura materna, como a gênese do problema, fundamentando as intervenções psicodinâmicas (ZIMBERG, 1985; FORREST, 1985). Mas, um dos problemas prioritários ficava sem solução: a manutenção do comportamento de busca pela droga, ligado aos estímulos do ambiente (MILLER; HEATHER 1986).

Na década de 70, a preocupação econômica, ligada aos gastos com a saúde no mundo, deu origem à idéia de avaliar os tratamentos que vinham sendo aplicados. A proposta do tratamento hospitalar deixou de ser a opção preferencial, e os tratamentos ambulatoriais, mais baratos e mais breves, passaram a ser oferecidos, principalmente, para pacientes mais jovens e em estágio inicial de problemas (EDWARDS, et. al. 1977).

Além do modelo médico de tratamento, surgiram outras propostas de intervenção advindas da teoria comportamental-cognitiva e baseadas na visão da dependência como um hábito adquirido, um comportamento aprendido, automático e passível de ser modificado (SANCHEZ-CRAIG; WILKINSON, 1989).

Por volta de 1980, novas propostas de tratamento foram discutidas em função de novas mudanças sociais e econômicas, procurando aproximar a realidade da época, adequando novas formas de intervenção (KLINGEMANN, 1993). Houve expansão da terapia química aversiva, da terapia familiar sistêmica, das comunidades terapêuticas, das internações domiciliares, do acompanhamento terapêutico, entre outras abordagens (BABOR, 1986). As psicoterapias multimodais que combinam mais de um referencial teórico vêm sendo crescentemente utilizadas na atualidade (GOLDEN, 1993).

No Brasil, os tratamentos para dependência química acompanham esta mesma tendência mundial, e o que se tem hoje, em pesquisas sobre a efetividade das intervenções, é a utilização de

psicoterapias mais breves (FORMIGONI, 1992; FORMIGONI; NEUMANN, 1993; MARQUES, 1997). A associação da farmacoterapia com a psicoterapia vem também sendo incipientemente investigados em centros de pesquisa e assistência (medicamentos aversivos, anti-impulsivos e outros).

2.5 Revisão da literatura sobre alcoolismo e depressão

Avaliando distúrbios de consumo etílico em locais de atenção à saúde, Vargas e colaboradores (2009) realizaram um estudo com 755 pacientes em serviços de atenção primária à saúde da cidade de Bebedouro - São Paulo, analisando sua associação com características clínicas, sócio-demográficas e comportamentais. Para a investigação da dependência alcoólica, utilizou-se o AUDIT. Os resultados apontaram que 9,8% da amostra obtiveram pontuação sugestiva para dependência alcoólica. Esse grupo compôs-se predominantemente por indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos, brancos, casados, católicos. Mantiveram associação significativa com a dependência alcoólica pessoas do sexo masculino, fumantes, solteiros, de menor renda e maior escolaridade. Os maiores preditores dessa associação foram encontrados para o sexo masculino (OR = 5,18), fumante (OR = 7,01) e com nível superior (OR = 2,11).

Outro trabalho em ambiente hospitalar foi realizado por Lima e cols (2010) que estudaram os fatores associados a um histórico de tentativa de suicídio (TS) em pacientes internados em hospital geral que faziam uso nocivo de bebidas alcoólicas. Foram estudados 4.352 pacientes que foram avaliados pelas escalas AUDIT e HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão). Uso nocivo de álcool (AUDIT > 8) foi detectado em 423 pacientes. Dentre eles, 60 (14,2%) apresentavam sintomas de depressão (HAD > 8) e 34 (8%) tinham histórico de TS. Este se associou a ser adulto jovem [razão de chance (RC) = 3,4], depressão (RC = 6,6), uso pregresso de psicofármaco (RC = 7) e ter SIDA (RC = 24).

No âmbito da saúde ocupacional, Mangallón e cols (2005) estudaram os transtornos produzidos pelo consumo etílico pelo AUDIT entre 129 trabalhadores de uma indústria. A maior porcentagem de consumo foi em operários masculinos de 31 anos, escolaridade de 9,8 anos, tempo de trabalho 5 anos, casados. Identificou-se um consumo de 3 a 4 doses de bebidas por ocasião (38,5%). Obteve-se o consumo de 6 copos ou mais por mês em 32,7% dos operários. A

frequência de consumo mensal foi de 2 ou 4 vezes, a dependência correspondeu a 46,5% e a ocorrência de danos a 55% dos operários e empregados. Os trabalhadores informaram consumo de álcool em encontros sociais com amigos (63,6%). As consequências desse consumo foram cansaço físico (44,2%), doenças físicas (29,5%), diminuição do rendimento no trabalho (29,5%) e diminuição de reflexos (21,7%).

Schumann e cols (2010) realizaram um estudo transversal envolvendo 260 grávidas, acompanhadas em Centros de Atendimento às gestantes de Juiz de Fora, onde foi aplicado o AUDIT. Eles observaram que a maioria das gestantes era praticante de alguma religião (60,8%). As gestantes fiéis à qualquer religião apresentavam menor frequência ($p < 0,05$) de Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas, Episódio Hipomaníaco, e os transtornos ansiosos: Transtorno de Pânico sem ou com Agorafobia, Fobia Social e Transtorno do Estresse Pós-traumático. Em relação ao diagnóstico de Abuso de uma ou mais substâncias psicoativas, houve uma tendência à menor taxa de prevalência do uso inadequado no grupo de gestantes religiosas praticantes.

Piccoloto e cols (2006) estudaram 91 indivíduos e compararam a motivação para mudança em dependentes de álcool internados em hospitais gerais, para tratamento de doença clínica com pacientes alcoolistas que buscaram tratamento em unidades especializadas, usando o AUDIT para avaliação do consumo etílico. Eles observaram que os pacientes internados em hospitais gerais apresentaram-se menos motivados para mudança do comportamento dependente do que os internados em unidades especializadas em dependência química. Eles ressaltam também a importância de trabalhar a motivação para mudança do comportamento dependente em pacientes alcoolistas internados em hospitais gerais por complicações físicas.

Aguirre e colaboradores (2010) avaliaram a relação entre o nível de autoestima e o consumo de álcool através do questionário AUDIT em 109 adolescentes, entre 17 e 20 anos. Na cidade de Queretaro, México. A maioria dos adolescentes participantes tinha autoestima elevada (94,5%), nenhum apresentou baixa autoestima. Nesta amostra, 80,7% dos adolescentes não possui risco para consumo de álcool. Conclui-se que os adolescentes apresentaram elevada autoestima e baixo risco para o consumo de álcool.

O trabalho de Peuker e colaboradores (2006) estudou a relação entre expectativas sobre os efeitos do álcool e o padrão de beber de risco em 165 universitários através do questionário AUDIT. Eles observaram que 44% dos participantes eram consumidores de risco e que 48%

possuíam expectativas positivas altas. Entre elas, facilitação das interações sociais, diminuição e/ou fuga de emoções negativas, ativação e prazer sexual, efeitos positivos na atividade, humor e na avaliação de si mesmo. Houve correlação entre beber problemático e expectativas positivas. Investigar a relação entre padrão de uso e expectativas sobre os efeitos do álcool favorece o planejamento de intervenções terapêuticas e estratégias preventivas mais precisas que visem a reduzir os riscos do beber problemático entre universitários.

Segatto e colaboradores (2008) estudaram 418 pacientes que procuraram o PS do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU/MG) e, após aplicação do AUDIT, verificaram uma prevalência de uso problemático de álcool em 36,2% (N = 151) pacientes. Eles observaram que o consumo foi maior em vítimas de atropelamentos 60%, (N = 9), acidente de trânsito 40%, (N = 40) e acidentes gerais 44%, (N = 51). Os autores observaram uma prevalência de indivíduos do sexo masculino com idade entre 18 e 44 anos (mediana 36) e que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre os pacientes atendidos neste serviço de PS, em decorrência de acidentes de transporte e outros tipos de acidentes, é elevado, especialmente no que diz respeito aos atropelamentos.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

- Identificar a prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral, na cidade de Salvador-Bahia.

3.2. Objetivos secundários

- Identificar a prevalência de tendência a depressão na amostra estudada.
- Estabelecer a associação entre alcoolismo e depressão na população pesquisada.

4 MÉTODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo transversal descritivo baseado em dois questionários aplicados em pacientes que se encontravam na sala de espera de uma clínica geral na cidade de Salvador-BA. A aplicação dos questionários foi feita pelos próprios pesquisadores. O estudo ocorreu no período de novembro de 2010 a maio de 2011. Esta investigação visou a identificar a

prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos na clínica geral e avaliar a associação entre essas condições patológicas.

- a) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos.
- b) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: foram excluídos aqueles pacientes com idade menor ou igual a 18 anos. Aqueles pacientes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram excluídos também do estudo.

4.1. Procedimento amostral

Os pacientes presentes na sala de espera da clínica geral foram convidados a participar do estudo. Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O processo de amostragem utilizado para a execução desse projeto foi não randomizado.

Em pesquisas clínicas, a proporção é a frequência de um evento ou a prevalência de uma doença. A estimativa é calculada através da especificação, pelo pesquisador, da proporção suposta e da precisão desejada, que pode ser absoluta ou relativa (PEREIRA, 1999).

Proporção na população; 12%

Precisão absoluta: 10%

Nível de significância: 5%

Tamanho da amostra calculado: 31

$$n = \frac{p(1-p)}{4 \text{ erro}^2}$$

A Proporção na população é o percentual já conhecido a partir de estudos anteriores ou de dados da literatura. Se não for possível obter informação sobre esta proporção, pode-se usar 0.5 que é a estimativa mais segura pois corresponde ao maior tamanho de amostra que pode ser

calculado. Precisão da estimativa: indica o quanto a estimativa deve se distanciar da verdadeira proporção. Em geral esta precisão é dada pela diferença entre a proporção da população e a que se pretende estimar e pode ser expressa diretamente em pontos percentuais (precisão absoluta) ou indiretamente em função da verdadeira proporção (precisão relativa). Nível de significância: neste caso indica a porcentagem de casos na população que estarão fora do intervalo estimado para a proporção. Calcular uma estimativa a um nível de significância de 5% significa que a estimativa estará cobrindo 95% da população. A fórmula utilizada para o cálculo da amostra é a seguinte (PAVA):

$$n = \frac{p(1-p)}{4 \text{ erro}^2}$$

4.2. Procedimento de recrutamento

Foram recrutados todos os pacientes presentes na sala de espera e que estavam em condições de responder ao questionário no momento da visita realizada pela pesquisadora. Eles foram instruídos sobre o questionário, o motivo de sua aplicação e, assim, convidados a participar do estudo. Aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão participaram voluntariamente.

4.3. Variáveis do estudo

As variáveis utilizadas no questionário foram: nome; sexo; data de nascimento; idade em anos completos; frequência do consumo de bebidas alcoólicas; se já fez auto-agressão ou agrediu alguém por conta do álcool; se percebeu alguma vez que o excesso de álcool lhe causou danos familiares, sociais ou econômicos; se já quis parar de beber; se alguém já o pediu para parar de beber; se tem sintomas de depressão (irritabilidade, tristeza, sensação de medo, toma medicamentos para dormir, se mantém o interesse pelas coisas).

4.4. Questionário com variáveis a serem estudadas

Os questionários utilizados foram aplicados em um único momento para cada paciente. Sendo aplicados para os pacientes que estavam presentes na sala de espera da clínica geral, no momento da visita para coleta de dados. Foram utilizados dois questionários: o primeiro foi o Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT), criado por Piccinelli e colaboradores (Anexo C). Este questionário indica que ao somar 8 pontos o paciente tem problemas com a bebida. O segundo questionário utilizado foi o Questionário Wakefield (Anexo D), relacionado a sintomas depressivos. Ao somar os números marcados nas respostas e tendo como resultado 15 pontos ou mais o indivíduo é considerado portador de depressão. Neste questionário há uma observação a respeito dos sintomas depressivos, se começaram antes ou após o consumo excessivo da bebida alcoólica.

Os dois questionários totalizam 23 questões. Caso o paciente tenha dificuldade em responder o questionário, o aplicador do questionário estará presente para esclarecer dúvidas.

4.5. Aspectos éticos

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FTC e recebeu sua aprovação sem restrição, tendo havido prévio consentimento oficial para aplicação dos questionários, pela direção do Instituto do Cérebro. Foi observado rigorosamente o princípio do sigilo sobre os dados dos pacientes, com a finalidade de evitar quaisquer erros de conduta ética, tendo sido respeitados os fundamentos bioéticos preconizado pela Resolução nº 196/96 do CNS-Brasil e pela Declaração de Helsinki.

4.6. Análise estatística

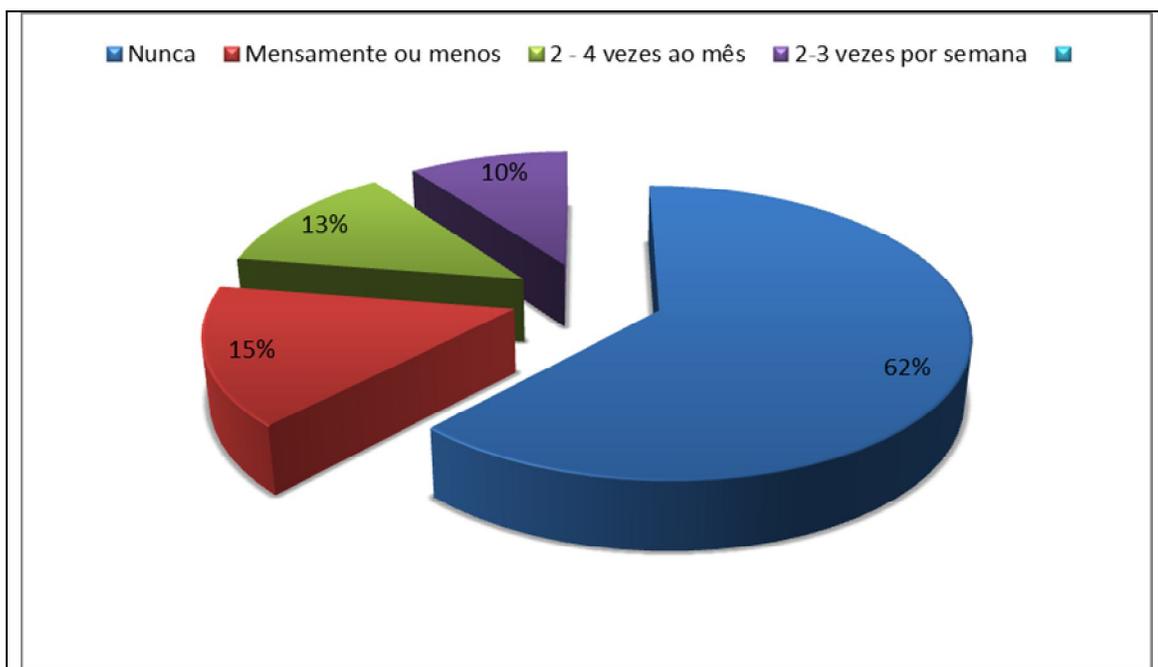
Na construção do banco de dados e cálculos estatísticos, foram utilizados o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA, Release 17.0.0, Agosto de 2008) e Microsoft® Office Excel 2010 Proofing Tools for Windows 7. As variáveis qualitativas são expressas sob a forma de frequência simples e relativa. As variáveis quantitativas são expressas sob a forma de média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquantil de acordo com a distribuição da variável. Para comparação de duas médias em amostras independentes, será utilizado teste t de Student ou teste Mann-Whitney. Para comparação de proporções, será utilizado teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. A

prevalência será calculada pelo número de eventos ocorridos dividido pelo número de pessoas envolvidas. Serão considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

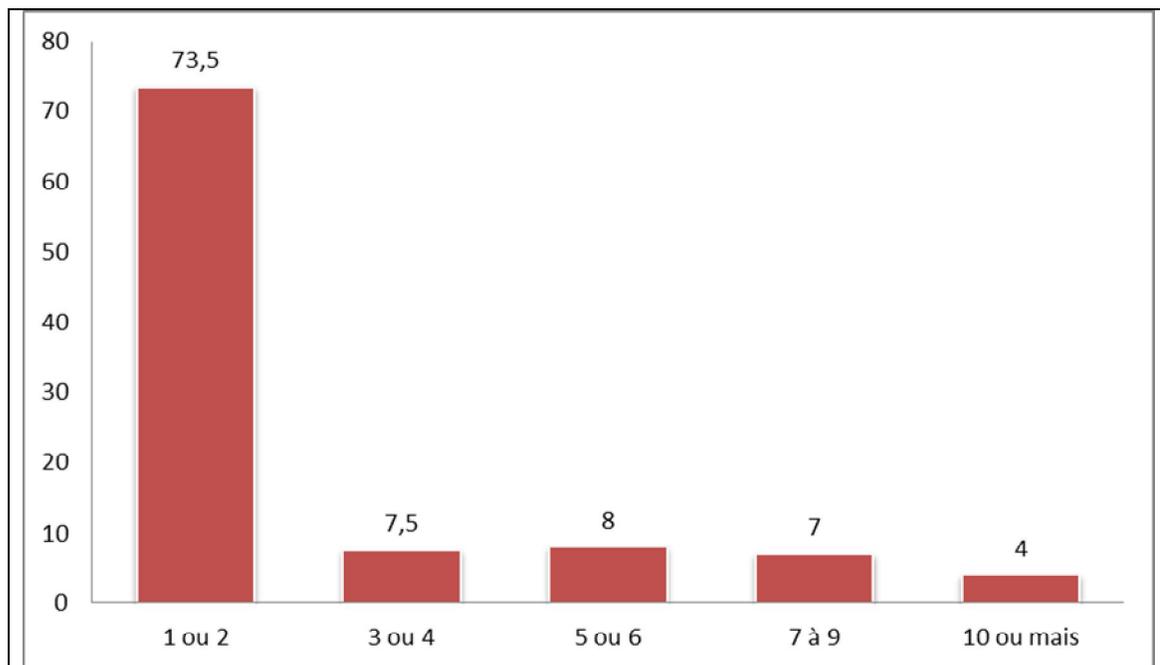
Os 200 pacientes da população estudada apresentaram uma mediana de idade de 39 [30 – 49] anos. Os resultados da aplicação do AUDIT para identificar distúrbios do uso do álcool foram: 62% nunca bebiam, 15% bebiam mensalmente ou menos, 13% consumiam bebidas alcoólicas de 2 a 4 vezes no mês e 10% faziam uso de bebidas de 2 a 3 vezes por semana (figura 1).

Figura 1 – Frequência do consumo de bebidas alcoólicas entre 200 voluntários



Dos que afirmaram que bebiam, 73,5% faziam uso de 1 ou 2 doses; 7,5% bebiam 3 ou 4 doses; 8% consumiam 5 ou 6 doses; 7% faziam uso de 7 a 9 doses e 4% bebiam 10 ou mais doses. (figura 2). Sendo uma dose de bebida considerada como: um volume de 45ml a 50ml, conforme medidores padronizados pelo INMETRO; um copo; uma taça; uma latinha.

Figura 2 – Frequência do consumo diário de bebidas alcoólicas entre consumidores de algum grau etílico



Observa-se que 63,5% afirmaram que nunca faziam uso de mais de 6 drinks (doses) em um só dia; enquanto que 4,5% afirmou fazê-lo diariamente. Quando perguntados com que frequência no último ano tinham se sentido incapaz de parar de beber depois que começou, 79% afirmaram que nunca; 7,5% afirmaram que menos que mensalmente; 6% mensalmente; 5% semanalmente e 2,5% quase diariamente (tabela 1).

Tabela 1 – Perfil do consumo de bebidas alcoólicas entre 200 voluntários

	I	II	III	IV	V	VI
Nunca	63,5%	79%	79,5%	80,5%	76,5%	79%
Menos que mensalmente	13,5%	7,5%	6,5%	5,5%	8,5%	8,5%
Mensalmente	9%	6%	8,5%	5,5%	6,5%	6,5%
Semanalmente	9,5%	5%	4%	6,5%	4%	4%
Quase diariamente	4,5%	2,5%	1,5%	2%	4,5%	2%

I- Com que frequência você toma mais de 6 drinks em única ocasião?

II- Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?

III- Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo pela bebida?

IV- Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebida?

V- Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber?

VI- Com que frequência no último ano você não se lembrou o que aconteceu na noite anterior pela bebida?

Observa-se também que 79,5% dos pacientes referiram que, no último ano não houve qualquer episódio no qual não conseguiu fazer algo por causa bebida; 6,5% afirmaram que isso ocorreu menos que mensalmente; 8,5% referiram mensalmente; 4,5% disseram que semanalmente e apenas 1,5% afirmaram que isso ocorreu diariamente no último ano. Apenas 2% dos pacientes referiram que, no último ano, precisava beber diariamente de manhã para se recuperar de uma bebedeira, enquanto que 80,5% negaram a ocorrência desse fato. Respondendo à pergunta “Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber?”, 76,5% afirmaram que não ocorreu um único episódio como este; sendo que 8,5%; 6,5%; 4% e 4,5%, respectivamente, relataram menos que mensalmente; mensalmente, semanalmente e diariamente ou quase diariamente. 79% afirmaram que no último ano não passou pela perda de memória da noite anterior por causa de bebida. 8,5% disseram que isso aconteceu menos que mensalmente; 6,5% mensalmente; 4% semanalmente e 2% diariamente ou quase diariamente.

Quanto à agressividade gerada pelo álcool, 84,5% dos pacientes referiram que não agrediram ninguém ou se auto agrediram sob o efeito do álcool (tabela 2). Já 6,5% dessa população afirmaram que isso ocorreu, mas que já se passou mais de um ano desde a última ocorrência. Os outros 7,5% pacientes declararam que isso aconteceu no último ano.

Tabela 2 - Auto ou hetero agressão por uso do álcool entre 200 voluntários

	Percentual
Não	84,5%
Sim, mas não no último ano	6,5%
Sim, no último ano	7,5%

Diante de todos esses fatores, 14,5% dos pacientes afirmaram que, no último ano, familiares, amigos, médicos ou outros profissionais de saúde mostraram preocupação com a situação do paciente e sugeriram que terminasse esse tipo de comportamento. 7,5% afirmaram ocorrência da mesma coisa, mas não no último ano e 78% negaram este fato. (tabela 3).

Tabela 3 - Preocupação de parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde sobre hábito ou sugestão de parar consumo etílico entre 200 voluntários

	Percentual
Não	78%
Sim, mas não no último ano	7,5%
Sim, no último ano	14,5%

Somando todos os fatores analisados, 22% apresentaram mais de oito pontos e logo foram enquadrados como portadores de problema com a bebida. Os outros 78% não se enquadravam neste perfil (tabela 4).

Tabela 4 – Consumo pela pontuação do AUDIT entre 200 voluntários

Pontuação AUDIT	Mulheres (n;%)	Homens (n; %)	TOTAL (n;%)
Baixo risco (0 - 7)	83 (80,6%)	70 (72,2%)	153 (76,5%)
Risco (8 - 15)	2 (1,9%)	4 (4,1%)	6 (3%)
Nocivo (16 - 19)	6 (5,8%)	11 (11,3%)	17 (8,5%)
Dependência (≥ 20)	12 (11,7%)	12 (12,4%)	24 (12%)
Total	103 (100,0%)	97 (100,0%)	200 (100%)

Quanto aos dados referentes ao questionário de Wakefield (relativo a sintomas depressivos), foram obtidos outros resultados. 54,5% dos pacientes negaram absolutamente sentirem-se tristes ou miseráveis; 18% referiram que não, não muito; 21% relataram que as vezes e 6,5% alegaram que definitivamente se sentiam assim (tabela 5).

Tabela 5 – Perfil emocional pelo questionário Wakefield entre 200 voluntários

	Sinto-me miserável e triste	Acho fácil fazer as coisas que costumava fazer	Fiquei com sensação de medo ou pânico aparentemente sem nenhuma razão	Falo choramingando ou tenho exatamente esta impressão	Ainda aprecio as coisas que costumava fazer	Perdi interesse pelas coisas em geral
Não, absolutamente	54,5%	52,0%	68,0%	66,0%	49,0%	59,0%
Não, não muito	18,0%	24,0%	11,5%	11,5%	25,5%	17,0%
Sim, algumas vezes	21,0%	18,0%	16,0%	20,0%	20,0%	19,5%
Sim, definitivamente	6,5%	6,0%	4,0%	2,5%	5,5%	4,5%

Quando perguntados se achavam fácil fazer as coisas que costumavam fazer, 52% negaram absolutamente; 24% negaram parcialmente (“não muito”); 18% referiram que algumas vezes e 6% achavam fácil executar tarefas que costumavam fazer.

68% negaram absolutamente ter ficado com sensação de medo ou pânico aparentemente sem nenhuma razão; 11,5% afirmaram que não muito; 16% que às vezes e 4% relataram com certeza que sentia isso.

2,5% dos pacientes disseram que fala choramingando ou tem exatamente esta impressão; 20% afirmaram que algumas vezes sente isso; 25,5% que não muito e 66% que definitivamente não ocorre isso.

49% dos pacientes não apreciam mais as coisas que costumavam fazer. 25,5% apontaram que não apreciam muito; enquanto que 20% disseram que algumas vezes apreciam o que fazem, enquanto que apenas 5,5% apreciam o que fazem definitivamente.

59% dos pacientes negam ter perdido interesse pelas coisas em geral. 17% referem que não perdeu muito, enquanto 19,5% dizem que algumas vezes perde interesse pelas coisas em geral. 4,5% definitivamente perderam o interesse que tinha pelas coisas em geral.

Prosseguindo com o questionário, avaliando a questão da ansiedade, insônia e irritabilidade, foi observado que 13,5% dos pacientes referem estar agitados e que não consegue ficar quietos (tabela 6). 23% referem que ficam assim, as vezes; 17% relatam que não fica muitas vezes assim e 46,5% afirmam que definitivamente não ficam agitados.

Tabela 6 - Perfil emocional pelo questionário Wakefield entre 200 voluntários

	Estou agitado e não consigo permanecer quieto	Consigo adormecer facilmente sem as pílulas para dormir	Sinto -me ansioso quando saio de casa sozinho	Fico cansado sem motivo algum	Estou mais irritado do que o usual	Acordo de madrugada e depois durmo mal o resto da noite
Não, absolutamente	46,5%	53,0%	56,5%	40,5%	37,0%	49,0%
Não, não muito	17,0%	13,5%	13,5%	10,0%	14,5%	14,5%
Sim, algumas vezes	23,0%	16,5%	20,0%	26,5%	30,0%	29,5%
Sim, definitivamente	13,5%	17,0%	10,0%	23,0%	18,5%	7,0%

Quando perguntados a respeito do sono, 53% afirmaram que não conseguem dormir absolutamente sem suas pílulas (benzodiazepínicos) que induzem ao sono; 17% afirmaram que definitivamente conseguia dormir sem uso dessas substâncias, enquanto que 16,5% disseram que conseguia as vezes e 13,5% disseram que não conseguiam muito.

Quando saem de casa sozinhos, 10% dos pacientes definitivamente ficam ansiosos. 20% ficam eventualmente; 13,5% não ficam muito e 56,5% não ficam ansiosos.

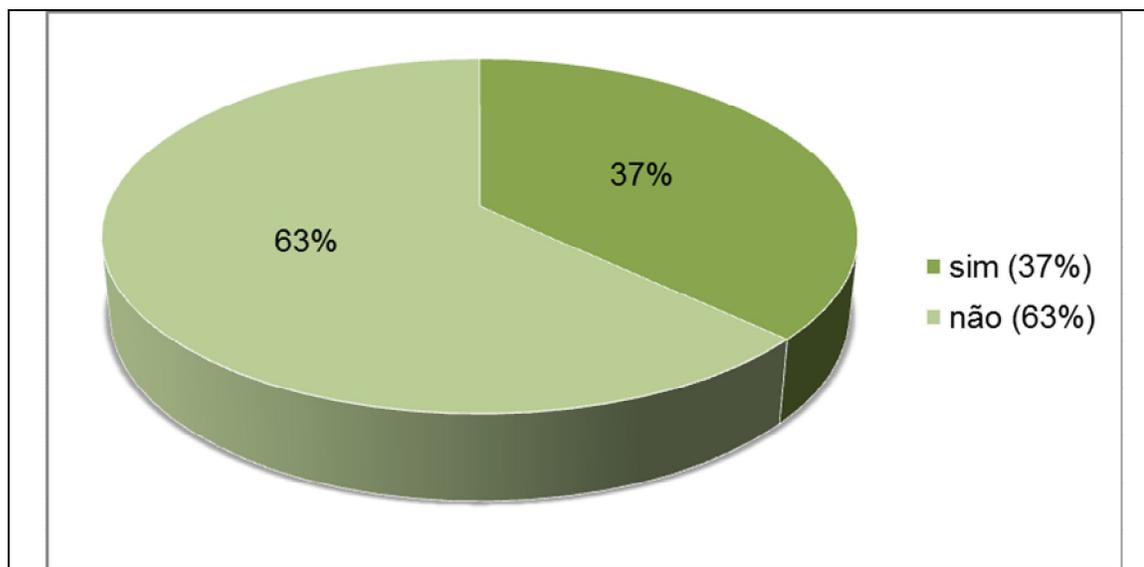
23% dos pacientes afirmam estarem cansados sem motivo. 26,5% só ficam as vezes; enquanto que 10% não ficam muito. 40,5% não ficam absolutamente.

37% dos pacientes disseram que não estavam mais irritados que o habitual. 14,5% deles disseram que não estão muito; 30% disseram que as vezes sim e 18,5% disseram que definitivamente estão mais irritados do que o habitual.

Apenas 7% afirmaram que acordavam durante a madrugada e que dormiam mal o resto da noite. Em contrapartida, 49% disseram que absolutamente não o ficavam. Entre esses dois extremos, 29,5% dos pacientes referiam que algumas vezes isso acontecia e 14,5% que este fato não acontecia muito.

A mediana do somatório total do questionário Wakefield foi de 11 [5 – 19], tendo 37% dos pacientes uma tendência à depressão (figura 3).

Figura 3 – Tendência à depressão (pontuação > 15 pelo questionário Wakefield) entre 200 voluntários

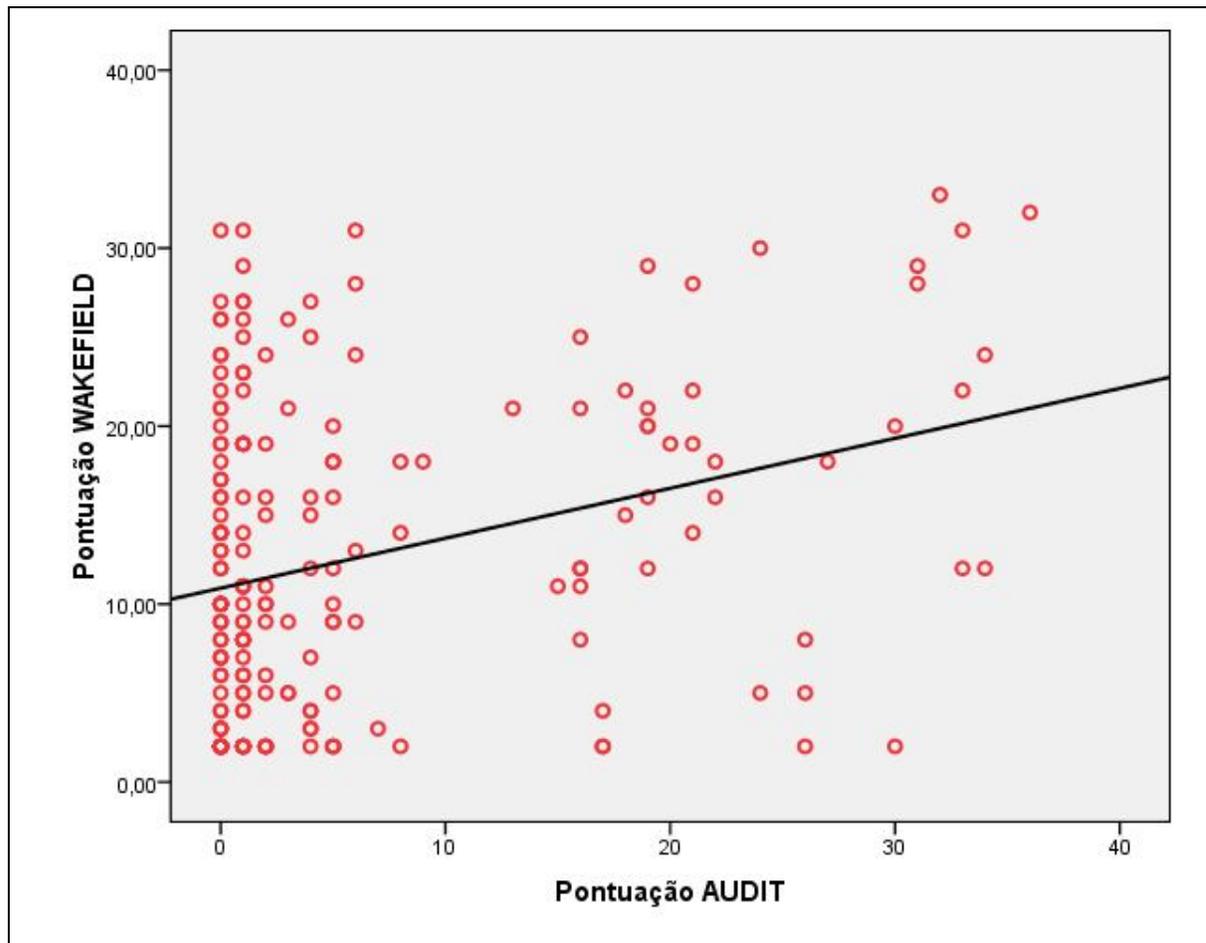


Para associar os dois questionários foi perguntado aos pacientes se esses sintomas tinham associação com o consumo de álcool e apenas 6,5% afirmou que sim (tabela 7). Já na figura 4 está representada correlação existente entre as pontuações dos questionários de Wakefield e AUDIT. Observemos que quanto maior a pontuação pelo questionário Wakefield, maior a pontuação do AUDIT.

Tabela 7 – Relação auto referida entre sintomas depressivos e consumo etílico entre 200 voluntários

Julga haver associação dos sintomas depressivos com o consumo de álcool?	Percentual
Sim	6,5%
Não	93,5%

Figura 4 – Correlação entre as pontuações dos questionários de Wakefield e AUDIT



6 DISCUSSÃO

Os dados epidemiológicos são importantes na caracterização do abuso e dependência de bebidas alcoólicas como um problema de saúde pública. Segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, a dependência do álcool, acomete de 10% a 12% da população mundial, e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país.

O presente estudo, realizado em uma clínica geral, na cidade de Salvador-Ba, identificou uma prevalência de uso nocivo do álcool (questionário AUDIT > 8 pontos) em 22% da amostra. O estudo realizado por Segatto e colaboradores (2008), com 418 pacientes que procuraram o PS do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU/MG), utilizando o mesmo instrumento, verificou uma prevalência de uso nocivo de álcool em 36,2% (N = 151) dos pacientes da clínica geral. Em uma investigação desenvolvida por FIGLIE, et. al. (2000) foi

encontrado uma taxa de prevalência de alcoolismo de 12,4% entre pacientes hospitalizados. ALMEIDA FILHO, et. al. (2004), em uma pesquisa sobre os padrões de consumo de álcool na Bahia-Brasil, concluíram que 6% a 15% da população com doenças cardíacas fizeram um consumo abusivo do álcool. VARGAS, et. al. (2009), realizaram um estudo com 755 pacientes em serviços de atenção primária à saúde da cidade de Bebedouro - São Paulo. Este estudo apontou que 9,8% da amostra obtiveram pontuação sugestiva para dependência alcoólica. Dos 200 pacientes da amostra que foi estudada, tinham uma mediana de idade de 39 [30 – 49] anos. AGUIRRE, et. al. (2010) avaliaram o consumo de álcool através do questionário AUDIT em adolescentes, ente 17 e 20 anos. Os estudos que foram revisados foram realizados com populações com faixas etárias variadas.

Vale ressaltar que o AUDIT trata-se de um “screening” sancionado pela Organização Mundial de Saúde nos anos 1990s com o objetivo de identificar bebedores de risco no ambulatório geral, média do consumo, sintomas de dependência, e conseqüências pessoais e sociais do consumo etílico. Por conseguinte, não se trata de instrumento com poder para firmar o diagnostico de alcoolismo (síndrome de dependência do álcool).

A presente pesquisa mostrou uma discreta predominância das pessoas do sexo masculino na amostra, com a mediana de idade de 39 anos e, com os percentuais de dependência alcoólica em homens e em mulheres aproximadamente iguais. Este dado não está em consonância com a literatura, que demonstra ser o alcoolismo mais freqüente no sexo masculino, o que provavelmente se deve à variação amostral e às limitações dos instrumentos rastreados de casos que foi utilizado na presente pesquisa. Ademais, vem-se identificado um estreitamento entre os gêneros quanto à prevalência de uso, abuso e dependência de álcool, fenômeno que nunca havia sido diretamente testado por uma amostra representativa. Entretanto, Hill, et. al. (2010) levaram a efeito um estudo que teve o propósito de investigar, na população norte-americana, evidências sobre a aproximação do padrão de uso (com ênfase no “bebedor pesado”) e das prevalências de abuso e dependência de álcool entre os sexos. A prevalência de dependência, na vida, aumentou para ambos os sexos com o passar dos anos, mas a proporção homem/mulher diminuiu de 5,07 (meados do século XX) para 1,97 (século XXI), assim como a prevalência de abuso de álcool, variou de 7,14 (anos 50s e 60s do século XX) para 1,63 (1ª. década do século XXI). Conforme os autores, houve um efeito significativo da época do nascimento sobre a influência do gênero nas diferentes medidas de consumo de álcool e desordens relacionadas. Embora a participação do

gênero masculino tenha sido mais prevalente em todos os comportamentos e transtornos, testemunha-se uma convergência entre os sexos, das épocas mais antigas às mais recentes, convalidando achados de um estudo norte-americano anterior (KEYES, et. al. 2008), quiçá o primeiro artigo científico a denunciar o estreitamento da prevalência de alcoolismo entre ambos os gêneros.

Uma das dificuldades da presente pesquisa foi a identificação dos alcoolistas, por meio do instrumento da pesquisa, já que se trata de um contingente que tende a negar a sua condição mórbida, até mesmo no que concerne à identificação precoce do alcoolismo, geralmente prejudicada pela negação dos pacientes quanto a sua condição de alcoolistas. Além disso, nos estágios iniciais, é mais difícil fazer o diagnóstico, pois os limites entre o uso "social" e a dependência nem sempre são claros (MAROT, 2004).

Depressão e alcoolismo são transtornos comuns e freqüentemente estão associados. Contudo, não há consenso sobre a relação causal entre essas entidades patológicas: se uma influencia a outra ou se sua coexistência num mesmo paciente é apenas uma comorbidade. Vários estudos já foram feitos com essa finalidade e os resultados muitas vezes são contraditórios. Um estudo no qual se acompanhou os pacientes com alcoolismo e depressão durante 5 anos, sem considerar as diferenças de sexo e se o quadro de depressão era posterior ou anterior ao alcoolismo, encontrou remissão do alcoolismo quando os sintomas da depressão eram superados. As contradições dos trabalhos realizados nessa área podem ser resultado das pequenas amostras usadas em vários deles, comprometendo a validade estatística do trabalho. Outro elemento que pode ter comprometido o resultado foi a falta de objetividade com que os sintomas foram avaliados ao longo do tempo. A ausência de um questionário único ou uma escala de avaliação unívoca, seja da depressão, seja principalmente do alcoolismo, pode comprometer a avaliação de um mesmo paciente, anos depois. (GREENFIELD, et al. 1998)

O alcoolismo é uma condição de dependência, na qual pessoas de ambos os sexos, desenvolvem perante qualquer bebida que contenha álcool, não importando qual seja a quantidade desse teor alcoólico, o álcool usado como bebida, é simplesmente uma droga como outra qualquer, apesar de o próprio homem colocá-lo como uma droga lícita, criando penalidades rigorosas para punir aquelas pessoas que transgridem as leis devido ao abuso do álcool, isso parece até bizarro, e contraditório, autoriza o uso da droga, e pune os usuários que cometem crimes devido ao consumo da droga alcoólica.

As atitudes estão relacionadas com o comportamento que os indivíduos mantêm quando interage, com pessoas, objetos e similares. Essas atitudes são apenas um indicador do comportamento, não o comportamento em si; por isso, as medições de atitudes devem ser interpretadas como "sintomas" e não como "fatos" (PADUA, 2000). Se for percebida que a atitude de um grupo com relação ao consumo de bebidas alcoólicas se configura como consumo de risco, consumo nocivo ou dependência (Tabela 4), isso não significa que essas pessoas estejam tomando medidas para solucionar o problema, mas, sim, é um indicador de que, a partir de intervenções multifatoriais, possam buscar ajuda para reverter, gradativamente, a situação. A atitude é como uma "semente" que, sob certas condições, em geral "aflora" como mudança de comportamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

a) O alcoolismo é uma doença muito grave que pode afetar vários órgãos do nosso organismo.

b) Além de contribuir para o surgimento de doenças, o uso abusivo do álcool é responsável, também, por diversos atos de violência, pelos mais variados tipos de acidentes, no trânsito, no trabalho, na família. Apesar das suas consequências desastrosas, o ato de beber é considerado parte fundamental do convívio social, dificultando as campanhas de conscientização.

c) No extremo do ato de beber, se encontra pessoas que fazem uso nocivo e os dependentes do álcool, que devem contar com o apoio e a compreensão da sociedade para sua recuperação, deixando o preconceito de lado e tratando-os, dignamente, com o merecido respeito.

d) Investigar o padrão de uso do álcool favorece o planejamento de intervenções terapêuticas e estratégias preventivas mais precisas que visem a reduzir os riscos do beber problemático.

e) Embora o problema do alcoolismo seja pouco enfatizado, ainda assim, a comunidade científica carece de estudos metodologicamente refinados a respeito das famílias e dos usuários dessas substâncias, de uma maneira geral, e do papel que desempenham na superação do estado clínico de abstinência.

f) Observou – se que a associação existente entre sintomas depressivos e consumo de álcool sugere, aproximadamente, uma proporção direta entre o consumo etílico e a frequência de sintomas depressivos.

g) Se nas práticas de saúde o compromisso ético dos profissionais é o da defesa da vida, estes têm que se colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não se pode afastar deste intrincado percurso, onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam de novos agenciamentos e outras construções, para se desviar do rumo. quase sempre considerado inexorável para o abuso do álcool e de outras substâncias psicoativas,.

REFERÊNCIAS:

AERTGEERTS B; BUNTINX F; KESTER A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. **Journal of Clinical Epidemiology**, Canada, v.57, n.1, p.30-9, 2004.

ALMEIDA FILHO N, LESSA I, MAGALHÃES L, ARAÚJO MJ, AQUINO E, KAWACHI I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev Saude Publica**. 2004;38(1):45-54.

ALMEIDA FILHO LM, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES JG, ANDREOL SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev ABP-APAL** 1992;14:38-42.

BARROS M B A, BOTEGA J N, DALGALARRONDO P, MARÍN-LEÓN L, OLIVEIRA H B. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev Saúde Pública** 2007;41(4):502-9.

BURGER M, MENDINK G, BRONSTRUP A, THIERFELDER W, PIETRZIK K. Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. **Eur J Clin Nutr**. 2004;58(4):605-14.

CARLINI EA, GALDURÓZ JCF, NOTO AR, NAPPO SA. - Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2005. São Paulo: **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo**; 2006.

EDWARDS G, MARSHALL E, JANE C, CHRISTOPHER CH. O tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais de saúde. 3 ed. Porto Alegre: **Editora Artes Médicas Sul**; 1999.

GIANINI RJ, LITIVOC J, ELUF NETO J. Agressão física e classe social. **Rev Saude Publica**. 1999;33(2):180-6.

BALL, DAVID - Addiction science and its genetics. **Addiction**, 103, 360–367

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptors and diagnostic guidelines. Geneva: **World Health Organization**, 1992

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. **APA (DSM-IV)**. Washington: APA, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE AUTO-REGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA -CONAR. Código Brasileiro de Auto-Regulamentação Publicitária - Código e Anexos -Anexo A_ Bebidas Alcoólicas, Anexo P_ Cervejas e Vinhos, Anexo T_ ices e bebidas assemelhadas, 12 de setembro de 2003, disponível em <<http://www.conar.org.br>>. Acessado em 12 maio de 2011

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. Programa Para O Controle Internacional De Drogas. Escritório Das Nações Unidas Contra Drogas E Crime Da ONU- UNODC. [On Line]. Brasília (DF); 2005 [Citado 20 Mar2006]. Disponível Em: <Http://Www.Unodc.Org.Br>. **Mundial De Saúde**, Acessado em 12.05.2022.

FIGLIE NB, PILLON SC, DUNN J, LARANJEIRA R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil - using the AUDIT and agerstrom questionnaires. **São Paulo Med J**. 2000;118:139-43.

KHAN N, DAVIS P, WILKINSON TJ, SELLMAN JD, GRAHAN P. Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? **N Z Med J** 2002;115:72-5.

KIM JM, SHIN IS, STEWART R, YOON JS. Alcoholism in older Korean men: prevalence, aetiology, and comorbidity with cognitive impairment and dementia in urban and rural communities. **Int J Geriatr Psychiatry** 2002;17:821-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Status reporto in alcohol*. Genebra, 2002. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º grau em 10 capitais brasileiras. **São Paulo: CEBRID/Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina**. 1997.

NOTO, A. R. A dose certa. **Revista Superinteressante**, p.33, fev. 2000.

FLEMING M, MANWELL LB. Brief Intervention in Primary Care Settings – A primary Treatment method for At-Risk, Problem, and Dependent Drinkers. **Alcohol Research & Health** 1999;23(2):128-37.

CLEARY PD, MILLER M, BUSH BT, WARBURG MM, DELBANCO TL. Prevalence and recognition of alcohol abuse in primary care population. **American Journal of Medicine** 1988;85:466-77.

WALSH RA MEDICAL Education about alcohol: review of its role and effectiveness. **Alcohol & Alcoholism** 1995;30(6):689-702.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Substance Abuse for health professionals. Reports on a W.H. Consultation*. Viena; 1987.

GALANTER , M.. Posgraduate Medical education in substance abuse : na international perspective on dissemination of treatment research. **WHO - NYO Working Group**.1998.

FIGLIE NB, PILLON SC, LARANJEIRA RR, DUNN J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta especifica para dependentes de álcool no hospital geral. **J Bras Psiq** 1997;46(11):589-93.

GIGLIOTTI, ANALISSE and BRASIL, MARCO ANTÔNIO - Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2004, vol.26, suppl.1, pp. 11-13. ISSN 1516-4446.

EDWARDS G, GROSS M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal** 1976;1:1058-61.

- ADÉS J, LEJOYEUX M (2004), Comportamentos Alcoólicos e seu Tratamento, 2ª ed., Lisboa, **Climepsi Editores**.
- LINDSTROM, L. - Managing Alcoholism. Matching Clients to Treatments. New directions in research. **Oxford**, Oxford University Press, 1992, 34-43.
- HUNT, W.A. - Neuroscience research: How has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 17: 1055-1065,1993..
- MAKELA, K. - International Comparisons of Alcoholics Anonymous. **Alcohol Health & Research World**, 15:228-229, 1991.
- MILLER, N.S.; & CHAPPEL, J. - History of Disease Concept. **Psychiatr. Ann.**, 21:1-8, 1991.
- VAILLANT, G.E. - Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism. In: Bean, M.H., and Zymborg, N.E. (eds.) Dynamic to the understanding and treatment of alcoholism, 36-54. **New York:Free Press**.
- ZIMBERG, S. - Principles of alcoholism psychotherapy. In: Zimberg, S., Wallace, J. and Blume, S.B. (eds.) Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy, 2nd eds, 3-22. **New York Plenum**
- MILLER, W.R. & HEATHER, N. - Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. **New York Plenum**. 1986.
- BABOR, T.F. & LAUERMAN, R.J. - Classification and forms of inebriety: Historical antecedents of alcoholic typologies. In: Galant, M. (ed). – Recent Development in Alcoholism. v.4. **New York, Plenum Press**, 1986,113-144.
- KLINGEMANN, H.; JUKKA-PEKKA TAKALA, M.A. & HUNT, G. – The Development of Alcohol Treatment Systems - an international perspective. **Alcohol Health & Research World**, 17:221-227, 1993.
- GOLDEN, S.; HALLIDAY, K.; KHANTIZIAN, E.J. & MCAULIFFE, W.E. – Dynamic Group Therapy for Substance Abuse Patients: A Reconceptualization. In: Alonso, A. and Swiller, H Washington, Group Therapy in Clinical Practice. **American Psychiatric Press Inc**,1993., 271-287.
- SEGATTO, MARIA LUIZA ET AL. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2008, vol.35, no.4, p.138-143.
- SILVA, CRISTIANE SCHUMANN ET AL. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2010, vol.37, no.4, p.152-156.
- PICCOLOTO, LUCIANE BENVENGNÚ ET AL. Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2006, vol.33, no.4, p.195-203.
- ÁLVAREZ AGUIRRE, ALICIA, ALONSO CASTILLO, MARÍA MAGDALENA AND ZANETTI, ANA CAROLINA GUIDORIZZI. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. **REV. LATINO-AM. ENFERMAGEM**, JUN 2010, VOL.18, NO.SPE, P.634-640.
- PEUKER, A.C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L.- Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 22(2): 193-200, 2006.
- VARGAS, DIVANE DE, OLIVEIRA, MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE AND ARAÚJO, EUTÁLIA C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Ago 2009, vol.25, no.8, p.1711-1720.
- LIMA, DANIELA DANTAS ET AL. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **J. bras. psiquiatr.**, 2010, vol.59, no.3, p.167-172.

Hill, K. G., Hawkins, J. D., Bailey, J. A., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Shapiro, V. B. (2010). Person-environment interaction in the prediction of alcohol abuse and alcohol dependence in adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, 110(1-2) 62-9.

KEYES, Katherine M, Grant, Bridget F. and Hasin, Deborah S. - Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. **Drug and Alcohol Dependence**, 93: 21-29, 2008

MAGALLÓN, TERESITA DE JESÚS CAMPA AND ROBAZZI, MARIA LÚCIA DO CARMO CRUZ. Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Oct 2005, vol.13, no.spe, p.819-826.

PEUKER, ANA CAROLINA, FOGAÇA, JANAINA AND BIZARRO, LISIANE. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Ago 2006, vol.22, no.2, p.193-200.

MAROT, RODRIGO – Alcoolismo: Transtornos relacionados por semelhança ou classificação. Disponível na Internet em <http://www.psicosite.com.br/tra/drg/alcoolismo.htm>. Última atualização: 17.10.2004. Acessado em 28.05.2011.

GREENFIELD, Shelly F; Weiss, Roger D; Muenz, Larry R; Vagge, Lisa M.; Kelly, John F; Bello, Lisa R - The effect of depression on return to drinking: A prospective study. **Arch Gen Psychiatry**.1998 ;55::259-265

ANEXO1– Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT)

Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT), criado por Piccinelli e colaboradores:

1 - Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool ?

(0) nunca (1) mensalmente ou menos (2) 2-4 vezes ao mês (3) 2-3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana.

2 - Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias ?

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

3 - Com que frequência toma mais que 6 drinks em uma única ocasião ?

(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente
(3) semanalmente (4) quase diária.

4 - Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?

(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente
(3) semanalmente (4) quase diária.

5 - Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo pela bebida?

(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente

(3) semanalmente (4) quase diária.

6 - Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira ?

(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente

(3) semanalmente (4) quase diária.

7 - Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber ?

(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente

(3) semanalmente (4) quase diária.

8 - Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar o que aconteceu na noite anterior pela bebida?

(0) nunca (1) menos que mensalmente (2) mensalmente

(3) semanalmente (4) quase diária.

9 - Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool ?

(0) não (2) sim, mas não no último ano (4) sim, no último ano

10 - Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito ou sugeriu que parasse ?

(0) não (2) sim, mas não no último ano (4) sim, no último ano.

ANEXO 2 – Questionário Wakefield

QUESTIONÁRIO WAKEFIELD – referente a sintomas depressivos:

1- Sinto-me miserável e triste.

(0) Não, absolutamente (1) Não, não muito

(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

2 - Acho fácil fazer as coisas que eu costumava fazer.

(0) Sim, definitivamente (1) Sim, algumas vezes

(2) Não, não muito (3) Não, absolutamente

3 - Fiquei com uma sensação de medo ou pânico aparentemente sem nenhuma razão.

(0) Não, absolutamente (1) Não, não muito

(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

4 - Falo choramingando ou tenho exatamente esta impressão.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

5 - Ainda aprecio as coisas que eu costumava fazer.

- (0) Sim, definitivamente (1) Sim, algumas vezes
(2) Não, não muito (3) Não, absolutamente

6 - Estou agitado e não consigo permanecer quieto.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

7 - Consigo adormecer facilmente sem as pílulas para dormir.

- (0) Sim, definitivamente (1) Sim, algumas vezes
(2) Não, não muito (3) Não, absolutamente

8 - Sinto-me ansioso quando saio de casa sozinho.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) *Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente*

9 - Perdi o interesse pelas coisas em geral.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

10 - Fico cansado sem motivo algum.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

11 - Estou mais irritável do que o usual.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

12 - Acordo de madrugada e depois durmo mal o resto da noite.

- (0) Não, absolutamente (1) Não, não muito
(2) Sim, algumas vezes (3) Sim, definitivamente

13 - Se você sentiu os sintomas acima, quando começou? Tem associação com o consumo excessivo do álcool?

- () sim () não

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

SCC - Sociedade Central de Cervejas e Bebidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

AA - Alcoólicos Anônimos

CAGE - *Cut - down; Annoyed; Guilty e Eye – opener*

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

SDA - Síndrome de Dependência do Alcool

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

CONAR - Conselho Nacional de Auto-regulamentao Publicitria

TS – Tentativa de suicídio

PS – Pronto Socorro

OR – Odds Ratio