

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM ALCOOLISTAS INSTITUCIONALIZADOS

Andreza Maria Marques Sakuno Martins*
Débora Piffer*
Graziele Farina*
Roberta Walter*
Francisca Carneiro de Sousa Klöckner**

MARTINS, A. M. M. S.; PIFFER, D.; FARINA, G.; WALTER, R.; KLÖCKNER, F. C. S. Incidência de depressão em alcoolistas institucionalizados. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, 9(3), set./dez. p.149-154, 2005.

RESUMO: O álcool é a droga psicoativa mais utilizada pela humanidade e que veio a ser merecedora de relatos e estudos. O presente trabalho objetivou investigar a comorbidade entre alcoolismo e depressão em pacientes institucionalizados, com base na análise do comportamento humano, bem como avaliar a gravidade da depressão, discutir alguns problemas sociais acarretados pelo consumo do álcool e investigar algumas características sócio-demográficas comuns entre os alcoolistas. A amostra foi composta de 37 participantes do sexo masculino. O local escolhido para aplicação das entrevistas foi um Hospital Psiquiátrico na cidade de Umuarama. Durante a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: uma entrevista semi-estruturada e estruturada; o questionário CAGE, o inventário de BECK e o ADS. A análise empregada foi a quantitativa, em que os resultados obtidos pelo CAGE na presente pesquisa foram: 75,68% dos participantes não conseguem mudar o hábito de consumir a bebida, 89,19% já tiveram alguém que chamou sua atenção com relação à bebida, 89,19% sentem-se preocupados quanto ao hábito, e 70,27% já consumiram o álcool pela manhã. No BECK, 29,73% dos participantes obtiveram depressão leve, 27,02% apresentaram depressão moderada, 18,92% depressão profunda, e 24,33% depressão grave. Em relação ao ADS, 32,43% apresentaram dependência moderada e substancial, 21,62% baixa dependência, e 13,51% revelaram dependência severa. Pôde-se concluir, pelos dados que nem todo alcoolista possui depressão. Evidenciou-se também que o alcoolismo é um problema de saúde pública, sendo a terceira doença que mais mata no mundo, necessitando assim de um trabalho preventivo, visando ao bem-estar da população.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Depressão. Análise do comportamento humano. Complicações sociais.

DEPRESSION INCIDENCY IN INSTITUTIONALIZED ALCOHOLIC

MARTINS, A. M. M. S.; PIFFER, D.; FARINA, G.; WALTER, R.; KLÖCKNER, F. C. S. Depression incidence in institutionalized alcoholic. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, 9(3), set./dez. p.149-154, 2005.

ABSTRACT: Alcohol is the psychoactive drug most used by humans, to which reports and studies were deserved. This work has as its major purpose to investigate the comorbidity of alcoholism and depression in institutionalized patients based on the analysis of the human being behavior, as well as to assess the degree of depression, discuss some social problems caused by alcohol consumption and investigate some common socio-demographic characteristics of the alcoholics. Thirty-seven men composed our sample. The interviews took place at a Psychiatric Hospital in the city of Umuarama. During data collection the following instruments were used: a semi-structured and structured interview; the CAGE questionnaire, the BECK and the ADS inventories. The analysis was quantitative and the results attained with the CAGE in this study were: 75.68% of participants cannot change the habit of consuming alcoholic drinks; 89.19% of them had already been called the attention on drinking by someone; 89.19% are worried about the habit and 70.27% have already consumed alcoholic drinks in the morning. As for BECK, 29.73% of participants had slight depression, 27.02% presented a moderate depression, 18.92% had deep depression and 24.33% had severe depression. As for ADS, 32.43% presented a moderate and substantial addiction, 21.62% had low addiction and 13.51% showed a severe addiction. It could be concluded through these data that not every alcoholic has depression. It was also noticed that alcoholism is a public health problem, being the third illness that kills most around the world, thus needing a preventive work, focusing on the health of the population.

KEY WORDS: Alcoholism. Depression. Human being analysis. Social complications.

*Acadêmicas do curso de Psicologia da UNIPAR - Campus Umuarama.

**Docente do curso de Psicologia da UNIPAR - Campus Umuarama.

Endereço para correspondência: Francisca Carneiro de Sousa Klöckner. Rua Ministro Oliveira Salazar, n.4446 / apto 02. 87502-070. Umuarama. PR.
e-mail: fsousa@unipar.br

Introdução

De acordo com ALENCAR (2000), a palavra alcoolismo foi empregada, pela primeira vez, em 1825, pelo médico sueco Magnus Huss, para designar o conjunto de manifestações somatopsíquicas, conseqüentes da intoxicação crônica pelo álcool. Na atualidade, houve substituição desse termo, passando-se a denominar os usuários de “bebedores problema” e os dependentes de álcool, de “alcoolistas”.

A definição para alcoologista adotada neste trabalho segue assim: “alcoolistas são bebedores excessivos cuja dependência do álcool chega a ponto de apresentarem perturbação mental evidente, manifestações afetando sua saúde física e mental, suas relações interpessoais, seu comportamento social e sua situação econômica” (ALENCAR, 2000). Os alcoolistas necessitam de tratamento médico para retornar a seu cotidiano, já que, durante muitos anos, priorizaram a bebida em detrimento de outras coisas.

ALENCAR (2000) destaca que atualmente, o processo evolutivo do alcoolismo passou a ser melhor compreendido e começa por uma etapa chamada de alcoolismo sintomático. O indivíduo bebe para evitar ou aliviar um sofrimento; por causa de uma preocupação qualquer; um desajustamento em casa ou no trabalho; por um sentimento de inferioridade e insegurança, motivos esses que o levam a tomar a primeira dose de álcool.

Segundo EDWARDS (1999), as características psicológicas do comportamento de beber do indivíduo podem ser vistas como um produto de uma constituição genética e do meio ambiente em que ele vive e cresce.

Existem várias teorias psicológicas que falam sobre o comportamento de beber, mas adotaremos o enfoque da análise do comportamento humano que explica o beber como comportamento apreendido. Exemplificando as palavras de ALENCAR (2000), o que leva o indivíduo ao hábito de consumir bebida alcoólica pode estar relacionado aos modelos apreendidos no contexto familiar e social, por meio de observações e convivência. EDWARDS (1999) complementa que, por esse comportamento apreendido, o indivíduo pode vir a ter uma patologia.

De acordo com ROSE (1999), o comportamento de beber do alcoologista mantém intercâmbio com o ambiente no qual está inserido. Pelo fato desse ambiente ser aversivo, causando-lhe ansiedade, preocupação e mal-estar, ele busca, no comportamento de beber, o alívio dessas condições conflitivas.

Outro conceito a ser definido para entendermos o alcoolismo é a contingência, que pode significar qualquer relação de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais (SOUZA, 1999).

Por isso, a importância de analisar todas as contingências nas quais o alcoologista está inserido, pois o comportamento de beber está associado a outros eventos ambientais, tais como: morte de um ente querido, perda de emprego, desestruturação familiar, etc.

Compulsão é outro conceito a ser definido. RAMOS & BERTOLOTE (1997) definem a compulsão como um ato executado contra a vontade do sujeito, apesar do reconhecimento do seu caráter absurdo. Ela é tomada como sinônimo da perda de controle e tida como elemento central

do alcoolismo em termos conceituais e classificatórios. Em muitos casos, essa perda de controle, na verdade, é uma desistência do controle.

RAMOS & BERTOLOTE (1997) afirmam que a sua importância no contexto da síndrome de dependência do álcool vem diminuindo, à medida que investigações psicológicas recentes mostram que a compulsão é entendida não mais somente como um fenômeno intrapsíquico, apresentando-se bastante influenciada por fatores externos ao indivíduo. O alcoologista tende a ter uma resposta repetitiva e uma sensação de urgência antes do ato de beber, buscando alívio temporário de seu mal estar, como, por exemplo, quando vai a uma entrevista.

Ao contrário da compulsão, o alcoologista pode vir a controlar o seu comportamento de beber. SKINNER (1998) teoriza que o autocontrole tende a ocorrer, quando o indivíduo controla, com frequência, parte do seu próprio comportamento ao se deparar com conseqüências que provocam conflitos, levando tanto ao reforço positivo (quando aumenta a frequência de uma resposta que é seguida por um evento favorável), quanto negativo (quando aumenta a frequência de uma resposta, pela retirada de um evento aversivo, imediatamente após a resposta ser emitida).

Exemplificando as palavras de SKINNER (1998), ingerir bebidas alcoólicas, muitas vezes, é seguido por uma condição de confiança incomum, na qual o indivíduo se sente bem sucedido socialmente e pela qual se esquivava de responsabilidades, diminuindo ansiedades, angústia e mal-estar. Isso é reforçador positivo e negativo respectivamente, aumentando a probabilidade de que o beber ocorra em ocasiões futuras. O alcoologista tem dificuldade de autocontrolar-se devido à dependência física do álcool, e esse funciona como reforço positivo, como, por exemplo, aceitação do grupo e bem-estar; e reforço negativo, quando o alcoologista perde o emprego e, para aliviar a angústia de incompetência, procura a bebida.

Outra terminologia que a análise do comportamento utiliza é a punição. Entende-se por punição a apresentação de um evento aversivo ou a retirada de um evento positivo imediatamente após uma resposta que diminui a frequência dessa, visando a extinguir o comportamento de beber. É definida pelo efeito que tem no comportamento e pela sua apresentação contingente e conseqüente, diminuindo a frequência desse comportamento (CUNHA, 1995).

A depressão, numa perspectiva analítico-comportamental, segundo SHINOHARA (2001), é definida como uma diminuição na frequência do comportamento positivamente reforçado. Essa redução é tida como a marca registrada da depressão. Esses comportamentos depressivos, muitas vezes, são mantidos e reforçados por simpatia, interesse, preocupação por parte da família e atenção social. Contudo os outros vêm tais comportamentos como desagradáveis e aversivos e, por isso, evitarão e punirão a pessoa deprimida, o que, por sua vez, reduzirá a taxa de reforçamento positivo, ocasionando o aumento dos sintomas depressivos. O papel do psicólogo, diante desses repertórios, rotulados como “deprimidos”, é o de intervir para favorecer ao indivíduo a aquisição de comportamentos positivamente reforçados, na suposição de que o aumento de comportamentos adequados reduzirá a frequência dos

inadequados. Ou seja, o objetivo é fazer com que o sujeito generalize suas respostas do processo terapêutico para outras situações do seu convívio.

Além dessa diminuição na frequência de comportamentos acima citados da pessoa deprimida, FERSTER et al. (1978) dizem que há também um aumento na frequência de comportamentos de fuga que ocorrem, quando a pessoa deprimida já está em situação aversiva ou de conflito e tenta fugir dela; e esquiva que ocorre, quando a pessoa deprimida tenta evitar uma situação aversiva ou conflituosa antes de entrar nela. O indivíduo deprimido empenha-se, com alta frequência, em comportamentos de esquiva e de fuga de estímulos aversivos, que se traduzem por queixas ou pedidos de ajuda, queixando-se com frequência que se sente mal, chora e fala sobre suicídio.

Esse seria o padrão comportamental que constitui o repertório do sujeito dito deprimido, como afirma SKINNER (1995). Tal repertório comportamental é produto dos mesmos processos comportamentais que estão envolvidos na produção de qualquer outro. Comportamentos perturbados são gerados pelos mesmos processos que produzem comportamentos ditos normais. HÜNZIKER (1994) acrescenta que esse padrão comportamental faz com que o indivíduo não obtenha qualquer tipo de reforçador, já que a emissão de respostas é condição mínima, para que o reforçador ocorra. Essas respostas, diminuindo em frequência e não sendo substituídas por outras mais adequadas às novas circunstâncias, geram o quadro de pouco reforçamento, característico da depressão, por isso ela diz que a pessoa deprimida sofre de falta de reforçadores.

SKINNER (1995) salienta que uma pessoa, ao apresentar um determinado padrão de respostas, essas são as melhores que ela pode dar frente ao seu ambiente. Isso, porque tais respostas foram selecionadas a partir das contingências de reforço às quais aquela pessoa foi submetida. E são essas mesmas contingências que continuam mantendo seu comportamento.

Para FERSTER (1977), seja qual for o repertório de uma pessoa deprimida, sempre é preciso saber qual é a relação funcional entre comportamento e o ambiente que serve de ocasião, que modela e que mantém a depressão.

Na literatura, tem sido fortemente documentada a co-ocorrência de problemas vinculados ao consumo do álcool e aos sintomas depressivos, (Schickit apud CUNHA et al., 1995), mesmo quando estes podem ser caracterizados como secundários ao alcoolismo, sem que cheguem a compor um quadro de depressão.

Há uma associação bem estabelecida entre transtornos depressivos e alcoolismo, segundo MENEZES & NASCIMENTO (2000). A associação de uso e abuso de álcool com transtorno depressivo é a segunda mais frequente e torna-se mais resistente ao tratamento, aumentando, inclusive, a morbidade depressiva e o risco para suicídio (LIMA, 2000).

Na prática clínica, é muito comum observar que pacientes que abusadores do álcool apresentam, ao mesmo tempo, sintomas de depressão, ansiedade e irritabilidade, como ressalta LARANJEIRA (2004); é por isso que a literatura psiquiátrica busca identificar as causas dessa associação.

RAMOS & BERTOLOTE (1997) destacam que existe uma forte relação entre alcoolismo e a depressão, em que o primeiro tende a mascarar os sintomas depressivos. Em decorrência da falta de tratamento adequado, o uso do álcool passa a ser paliativo para os problemas sociais, físicos e psíquicos.

Segundo LARANJEIRA (2004), estudos realizados pela Epidemiologic Catchment Area (ECA) mostraram que a prevalência da comorbidade psiquiátrica, associada ao alcoolismo, variava de acordo com o local onde os pacientes eram entrevistados. Para os pacientes entrevistados na comunidade, a taxa de comorbidade era menor (24,4%); já nos institucionalizados por algum problema de saúde, a taxa aumentava (55%) e, para os pacientes institucionalizados em programas para o tratamento da dependência, a taxa aumentava ainda mais (65%). Esses dados mostram que o alcoolismo é um fator de risco para outros diagnósticos psiquiátricos, inclusive a depressão, e a chance de um paciente ter um segundo diagnóstico aumenta muito, quando ele está procurando tratamento.

A associação da depressão ao alcoolismo, identificada pela ECA por uma amostra da população geral de homens dos Estados Unidos, mostrou que 3% desses já tiveram depressão (LARANJEIRAS, 2004). Essa porcentagem se eleva para 5% entre os homens alcoolistas. Dentre a população de mulheres, em geral, 7% já tiveram depressão, ao passo que nas mulheres com alcoolismo, 19% tiveram a doença. Para os homens, 78% começaram o abuso do álcool antes da depressão, em oposição às mulheres: 66% iniciaram com a depressão, para que depois se manifestasse a dependência do álcool. O que os dois sexos tiveram em comum neste estudo é que, quando a depressão e o abuso de álcool se associam, o quadro tende a ser mais grave, com maior número de recaídas, gravidade da dependência, maior número de hospitalizações e aumento do risco de suicídio (LARANJEIRAS, 2004).

O presente estudo teve como objetivo investigar a comorbidade entre a dependência do álcool e a depressão numa perspectiva analítico-comportamental, verificar a presença da gravidade de depressão nos alcoolistas, analisar algumas complicações sociais, características sócio-demográficas e condições comuns entre os alcoolistas.

Material e Método

A amostra foi composta por 37 pacientes institucionalizados em regime fechado, na faixa etária entre 25 e 55 anos de idade. Como critério de inclusão, utilizou-se o diagnóstico de alcoolismo, baseando-se no psiquiatra atendente, sendo que os pacientes deveriam estar internados por no mínimo 7 dias e no máximo 28 dias. A pesquisa restringiu-se a homens em virtude do número reduzido de mulheres institucionalizadas.

A pesquisa foi realizada em um Hospital Psiquiátrico da cidade de Umuarama, que atende a 12ª Regional da Saúde, a qual engloba 22 municípios e mais alguns não pertencentes à região, sendo constituído por 150 leitos. A média dos internados por abuso de álcool é em torno de 30% dos pacientes, o que corresponde aproximadamente a 45 alcoolistas. Esses pacientes geralmente são encaminhados

pelas Secretarias da Saúde dos municípios da região, polícia, corpo de bombeiro e hospitais gerais. O hospital é conveniado ao SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que praticamente 100% dos pacientes são internados por meio deste convênio.

O primeiro instrumento aplicado foi uma entrevista que se refere ao levantamento dos dados sócio-demográficos da amostra, e 3 questionários, sendo esses o questionário CAGE, criado por Ewing e Rouse em 1970, com tradução validada para o Brasil por Masur e Monteiro em 1983 (Correa, 2002), sendo que a sigla CAGE resulta das palavras chaves: Cut-down, Annyed, Guilty e Eye-opener. O questionário é composto por 4 perguntas, nas quais foram utilizadas 2 afirmativas como ponto de corte. Não foi necessário o treinamento do aplicador por ser de aplicação rápida e de fácil interpretação. O questionário "Alcohol Dependence Scale" (ADS), elaborado por Skinner e Allen em 1982 e traduzido por Jorge em 1986 (Bandeira et al., 1997), contendo 25 questões com até 4 alternativas de respostas, às quais se atribuiu nota de 0 a 3 pontos. Os sujeitos foram classificados pelo ADS em 4 níveis de dependência de álcool: baixa dependência (1-13 pontos), dependência moderada (14-21 pontos), dependência substancial (22-30 pontos) e dependência severa (31-47 pontos), e, finalmente, o Inventário de Depressão de Beck – Beck Depression Inventory – BDI, o qual é, provavelmente, a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, elaborado por Beck em 1961 e revisado em 1979 (Gorenstein & Andrade, 2000), contendo 21 questões com 4 alternativas de respostas. Os participantes foram classificados em 4 níveis de depressão: depressão leve (0-10 pontos), depressão moderada (10-18 pontos), depressão grave (19-29 pontos) e depressão profunda (30-63 pontos); para amostra não diagnosticada, como no caso desta pesquisa, utilizou-se o ponto de corte 20 para detectar depressão, tornando, assim, o estudo mais fidedigno.

Mediante teste piloto, a coleta de dados foi realizada, em um único dia, por causa da praticidade e agilidade que os participantes demonstraram ao responder aos instrumentos.

Durante a coleta dos dados, tanto a entrevista como os questionários foram lidos e interpretados pelas pesquisadoras, devido à baixa instrução da população entrevistada. Em seguida, os dados foram organizados e preparados para análise. Os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos foram tabulados e posteriormente ilustrados em tabelas e gráficos representativos, nos índices quantitativos de alcoolismo e depressão.

Este trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPEH) da Unipar, e o certificado de aprovação foi emitido em 11.12 de 2002.

Resultados

Foi feita uma média, estabelecendo a predominância dos dados sócio-demográficos, os quais estão ilustrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sócio-demográfico da amostra estudada (N=37)

Perfil sócio-demográfico	Predominância
Idade	33 anos
Profissão	Lavrador
Religião	Católico
Cor	Branco
Salário	De 1 a 2 salários
Escolaridade	1ª a 4ª série
Moradia	Zona urbana
Estado civil	Solteiro

O segundo instrumento aplicado, que visou detectar o abuso de álcool, foi o questionário CAGE, composto de 4 perguntas, em que as alternativas são fechadas, e os participantes tiveram 2 alternativas de resposta, sim ou não. Nesta pesquisa, adotou-se o ponto de corte de 2 respostas afirmativas. Os resultados podem ser visualizados na tabela 2.

Tabela 2 - Respostas atribuídas ao questionário CAGE

Questões	Fr	Sim (%)	Fr	Não (%)
Tentou mudar o hábito de consumir a bebida	28	75,68	09	24,32
Alguém chamou atenção em relação ao hábito de beber	33	89,19	04	10,81
Sentiu-se preocupado pelo uso da bebida	33	89,19	04	10,81
Consumiu pela manhã para aliviar algum mal estar	26	70,27	11	29,73

Para identificar a depressão, foi aplicado o inventário BECK (ver figura 1), sendo o terceiro instrumento utilizado nesta pesquisa. Esse instrumento é composto por 21 questões com 4 alternativas de resposta, em que os sujeitos são classificados pelo grau de depressão: leve, moderada, grave e profunda.

Para amostra não diagnosticada de depressão, como no caso desta pesquisa, recomendam-se escores acima de 15 para detectar disforia (estado caracterizado por ansiedade, depressão e inquietude) e se conclui que o termo depressão deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, tornando mais fidedigno o estudo.

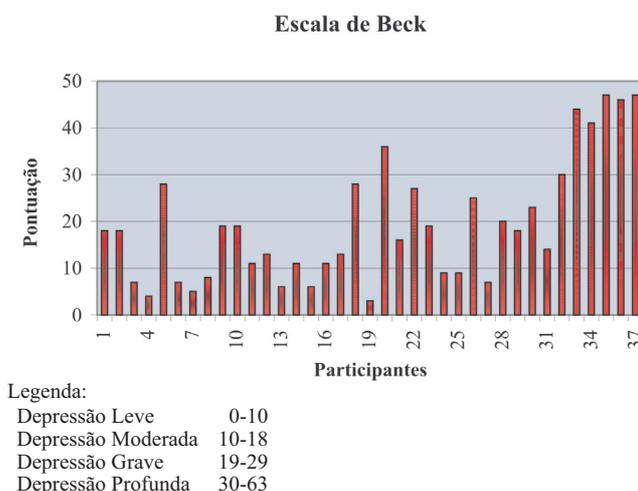


Figura 1 - Inventário de Depressão Beck

O último instrumento utilizado foi o questionário ADS, que visou identificar a severidade do alcoolismo nos participantes da amostra, contendo 25 questões com até 4 alternativas de resposta, às quais se atribui nota de 0 a 3 pontos. Os sujeitos da amostra são classificados pelo ADS em 4 níveis de dependência de álcool: baixa dependência, dependência moderada, substancial e severa. Os resultados obtidos estão ilustrados na figura 2.

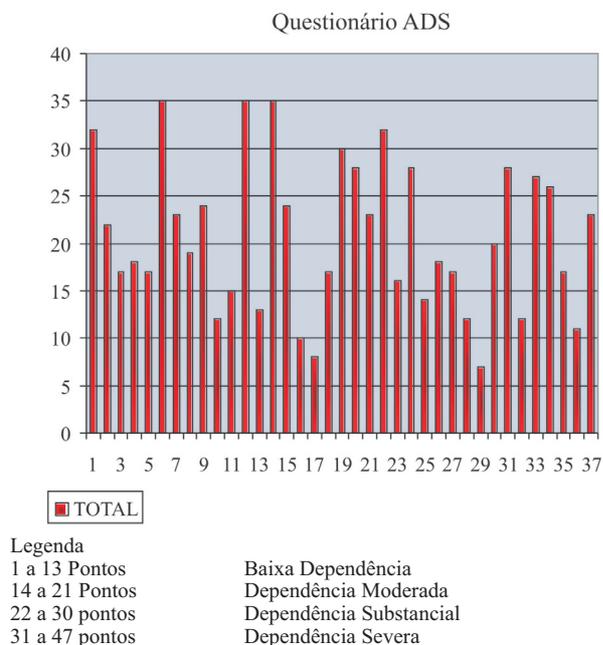


Figura 2 - Alcohol Dependence Scale (ADS)

Discussão

De acordo com a Tabela 2, 17 participantes (45,95%), ou seja, a maioria respondeu às perguntas do CAGE positivamente (sim); 14 (37,84%), 3 positivas; 4 (10,80%), 2 respostas positivas, e somente 2 (5,41%) responderam positivamente.

Pela análise do CAGE, constatou-se que apenas 2 dos participantes responderam somente 1 resposta afirmativa, assim, nesse instrumento, esses não foram considerados alcoolistas, pelo fato de termos adotado o ponto de corte de 2 respostas positivas.

Um estudo realizado por CORREIA (2002), no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, numa amostra de 31 participantes, determinou que 15 participantes apresentaram 2 respostas positivas, 14 apresentaram 3 respostas positivas e 2 apresentaram 4 respostas positivas. Apesar da amostra do estudo supracitado ser diferente deste, ambos detectaram a dependência do álcool de forma eficaz.

De acordo com a figura 1, podemos observar que 11 (29,73%) dos participantes possuem depressão leve, e 10 (27,02%) apresentaram depressão moderada. Em outros 9 participantes, (24,33%) foi detectada a depressão grave, e, por último, 7 participantes (18,92%) apresentaram depressão profunda.

Esses dados nos confirmam que nem todo o alcoolista tende a ter depressão, pois, ao observarmos esses dados, percebe-se que somente 13 dos participantes

(35,14%) estão acima do corte 20, o que significa que somente esses possuem o quadro depressivo. A maioria, ou seja, 24 indivíduos (64,86%) estão abaixo do corte 20, sendo, assim, considerados sem depressão, mas com estado de disforia (variação de humor). Portanto, apesar do estudo de LARANJEIRA (2004) mostrar que existe uma correlação entre álcool e depressão, os dados deste estudo não corroboram tais estudos.

Uma pesquisa realizada por CUNHA et al. (1996) mostra que 47% dos participantes apresentaram depressão grave. Outro estudo, identificado pela ECA (Epidemiologic Catchment Area), relacionado à associação de depressão e abuso de álcool, evidencia que, para os homens com abuso de álcool, 5% tiveram depressão na vida, comparados com 3% da população geral de homens dos Estados Unidos. Desses 3% de homens entrevistados, 78% começaram o abuso do álcool antes da depressão.

Os dados obtidos por meio do ADS (figura 2) evidenciam que 12 participantes apresentaram respectivamente dependência moderada e dependência substancial (32,43%), enquanto 8 participantes (21,62%) apresentaram baixa dependência. A minoria, que corresponde a 5 participantes (13,51%), revelou dependência severa. Podemos observar, pelos dados descritos acima, que todos possuíam algum grau de dependência, seja ela baixa, moderada, substancial ou severa.

Um estudo feito por BANDEIRA et al (1997), numa amostra de 79 participantes, utilizou o mesmo instrumento (ADS), obtendo os seguintes resultados: dependência substancial (32,91%), dependência severa (27,85%), já a dependência moderada (18,99%), dependência baixa (15,19%) e, por último, os que não responderam (5,06%).

Comparando os resultados obtidos no presente estudo com os dados descritos acima, podemos observar que houve uma semelhança no que se refere à dependência substancial. No presente estudo, sobressaiu-se a dependência substancial e moderada, já no estudo de BANDEIRA et al (1997) prevaleceu a dependência substancial.

Conclusão

Pelos resultados deste estudo, confirmou-se, pelo inventário BECK, que os participantes obtiveram baixa depressão, o que não significa que anteriormente algum deles não teve depressão ou que posteriormente possam vir a ter. Por isso, a necessidade da depressão ser explicada a partir de uma interação com o ambiente, analisando-a como um comportamento selecionado a partir das contingências que a mantém, como ressalta CAVALCANTE (1997), pois não há como compreender o comportamento depressivo sem recorrer a uma análise funcional dele, em relação ao contexto particular no qual ele ocorre.

Assim, na presente pesquisa, os resultados obtidos não condizem com as literaturas encontradas sobre o assunto e citadas no decorrer do trabalho, pois nem todos os alcoolistas apresentaram depressão, apesar do álcool ser considerado um agente que por si só, é um depressor, diminuindo a ansiedade, mal-estar e sofrimento do indivíduo de forma imediata, servindo como reforçador e fazendo com que aumentasse a probabilidade da resposta de beber.

No estudo de MATOS et al. (1997), afirma-se que a associação entre alcoolismo e transtornos psiquiátricos, especialmente a depressão, tem sido descrita com frequência na literatura especializada. Embora haja dificuldade de estabelecer o nexo causal, isto é, o que causa e o que é consequência dessas 2 patologias. Por isso, reiteramos a importância de pesquisas mais detalhadas, que busquem realmente determinar a veracidade de tais apontamentos.

Finalizando o presente trabalho, ressalta-se a importância da prevenção do alcoolismo, para que a população possa ter consciência da magnitude do problema e das inúmeras consequências adversas do consumo abusivo do álcool. Vale salientar que o gasto público com internações e tratamentos dos alcoolistas está aumentando a cada ano. Sendo assim, é fundamental que o governo gaste menos com internações em hospitais psiquiátricos e passe a investir em campanhas preventivas, visando ao bem estar da população.

Referências

ALENCAR, L. M. R. de. Alcoolismo: uma doença social. *Nova News*, 7. ed. a. 3, p. 1-3, jun. 2000.

CAVALCANTE, S. N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Rev. Psicologia Ciência e Profissão*, a. 2, n. 17, 1997.

CORREIA, G. B. **Alcoolismo em pacientes no hospital de clínicas**. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr/jhcunho01/conteudo/artigos/alcoolismo.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2002.

CUNHA, A. C. B. da. Análise experimental do comportamento. In: RANGE, B. (Org.). **Psicoterapia comportamental cognitiva**: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas: Psy, 1995.

CUNHA, J. A.; OLIVEIRA, M. da S.; ARGIMON, I. I. L. A avaliação de sintomas depressivos em alcoolistas. *Psico*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 117-127, jan./jun. 1996.

CUNHA, J. A. et al. Depressão, pessimismo e ideação suicida em alcoolistas. *Psico*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 133-142, jul./dez.1995.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FERSTER, C. B.; CULBERTSON, S. C.; BOREN, M. C. P. **Princípios do comportamento**. São Paulo: Hucitec, 1978.

GARENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas utilizadas na avaliação de dependências**. São Paulo: Lemos, 2002. p. 89-95.

HÜNZIKER, M. H. L. O desamparo apreendido e a análise funcional da depressão. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. Santo André: ESETec, 1994. v. 3.

LARANJEIRA, R. **Depressão e abuso e dependência do álcool (ADA)**. Disponível em: <http://www.abead.com.br/asp/home_download.asp?nd=Álcool>. Acesso em: 24 jun. 2004.

LIMA, M. A. Depressão associada a outros transtornos mentais. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MATOS, E. G.; SOUZA, A. M.; MATOS JÚNIOR, E. G. Alcoolismo e fobia social: suas possíveis relações com a depressão. *J. Bras. Psiq.* v. 46, n. 1, p. 9-12, 1997.

MENZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

OLIVEIRA, E. R. de.; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). *Cad. Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p. 171-179, abr./jun. 1996.

RAMOS, S. de P.; BERTOLETE, J. M. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ROSE, J. C. C. O. de. O que é comportamento. In: BANACO, R. A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva. São Paulo: ARBytes, 1997. v. 1.

SHINOHARA, H. Transtornos do humor. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos**. Campinas: Livro Pleno, 2001.

SKINNER, B. F. O lado operante na terapia comportamental. In: **Questões recentes na análise do comportamento**. Papyrus: Campinas, 1995.

_____. **Ciência e comportamento humano**. 10. ed. São Paulo: M. Fontes, 1998.

SOUZA, D. das G. de. O que é contingência? In: BANACO, R. A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva. São Paulo: ARBytes, 1997. v. 1.

Recebido para publicação em: 30/11/2004

Received for publication on: 30/11/2004

Aceito para publicação em: 09/06/06

Accepted for publication on: 09/06/06