

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Roger Santos Camargo

**Investigação dos Sintomas
Depressivos em Usuários de Álcool
e/ou Cocaína em Acompanhamento
Telefônico para Cessaçãõ do Uso**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2013**

Roger Santos Camargo

Investigação dos Sintomas Depressivos em Usuários de Álcool e/ou Cocaína em Acompanhamento Telefônico para Cessaçã o do Uso

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre

Orientador: Dr.Helena Maria T Barros
Co-orientadora: Dra.Maristela Ferigolo
Co-orientador: Mauro Terra

**Porto Alegre
2013**

Catálogo na Publicação

Camargo, Roger Santos
Investigação dos sintomas depressivos em usuários de
álcool e/ou cocaína em acompanhamento telefônico para
cessação do uso / Roger Santos Camargo. -- 2013.
97 f. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

Orientador(a): Profa. Dra. Helena Maria Tannhauser
Barros ; coorientador(a): Dra. Maristela Perigolo, Dr.
Mauro Terra.

1. comorbidade. 2. depressão. 3. cocaína. 4. álcool.
I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DEPRESSÃO	8
2.1 DEPRESSÃO E USO DE ÁLCOOL	13
2.2 DEPRESSÃO E USO DE COCAÍNA	16
3 TELEMEDICINA	20
4 JUSTIFICATIVA	22
5 OBJETIVOS	24
5.1 OBJETIVO GERAL.....	24
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
6 METODOLOGIA	25
6.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	25
6.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	25
6.3 CRITÉRIOS DE ELEGITIBILIDADE DOS PARTICIPANTES.....	25
6.4 AMOSTRAGEM E TAMANHO DA AMOSTRA.....	26
6.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	26
6.6 IMPLEMENTAÇÃO DO ESTUDO.....	28
6.7 PLANEJAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS.....	28
6.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
7 REFERÊNCIAS	30
8 ARTIGO 1	42
9 ANEXOS	75
9.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
9.2 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO.....	76
9.3 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS.....	78
9.4 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL, CRACK/COCAÍNA E OU OUTRAS DROGAS.....	79
9.5 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	80
9.6 MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.....	83
9.7 COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO CEP.....	86
9.8 TREINAMENTO: COMORBIDADE DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	87

9.9 TREINAMENTO: APLICAÇÃO DAS ESCALAS MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW E INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	90
9.10 INSTRUÇÕES PARA AUTORES DA REVISTA JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS.....	91

RESUMO

A comorbidade da depressão e uso de drogas é comum entre os usuários de substâncias. A origem da depressão entre os usuários de drogas não é claro se é provocado pelas alterações cerebrais decorrentes do uso ou se o dependente químico utiliza a droga como medicação para uma depressão anterior ao uso. É importante no acompanhamento da dependência química a identificação e triagem dos sintomas depressivos nos usuários de drogas. O tratamento da depressão resulta em maior adesão ao apoio recebido e efetividade para abstinência. O estudo investigou a comorbidade da depressão e o uso de álcool e/ou cocaína/crack em usuários que realizaram acompanhamento telefônico para cessação do uso. O objetivo foi estimar a prevalência do episódio depressivo atual e de sintomas depressivos, identificando os fatores de risco. Para avaliação dos sintomas depressivos nos pacientes se utilizou o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e para episódio depressivo atual o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), que foram aplicados no seguimento telefônico de 24 horas. Consumo de crack ($p=0,014$), escolaridade baixa (OR=1,4 IC 95%:1,1-2,2), e ser mulher (OR=1,5 IC 95%:1,0-2,4), foi associado com sentimentos negativos mais intensos nos usuários de drogas. Há necessidade de mais estudos para identificar se a relação crack e álcool está mais relacionada a depressão que o consumo de cocaína e álcool.

Palavras chaves: comorbidade, depressão, cocaína, álcool.

ABSTRACT

Depression and drug use comorbidity is common among substance users. It is not clear whether the origin of depression among drug users is caused by brain changes as a result of substance use or if the addict uses the drug as medication for depression prior to use. It is important in the chemical dependency monitoring to screen and identify depressive symptoms in drug users. Depression treatment results in greater adherence to the support received and effectiveness for abstinence. The study researched on depression and alcohol comorbidity and/or cocaine/crack users who underwent telephone follow-up to cease use. The objective was to estimate the current depressive episode and depressive symptoms prevalence, identifying risk factors. Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess depressive symptoms in patients, and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) to assess the current depressive episode. Both were applied in a 24-hour telephone follow-up. Crack consumption ($p=0,014$), low education (OR=1,4 IC 95%:1,1-2,2) and being female are associated with more intense negative feelings in drug users. Further studies are necessary to identify whether the relation between crack and alcohol is more related to depression than cocaine and alcohol consumption.

Keywords: comorbidity, depression, cocaine, alcohol.

1 INTRODUÇÃO

COMORBIDADE DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A chance de indivíduos com transtorno por uso de substâncias psicoativas apresentarem um ou mais transtornos mentais é quatro vezes maior do que pessoas que não usam (PEUKER et al., 2010). No Brasil, as maiores taxas de transtornos neuropsiquiátricos se devem a depressão, psicose e transtornos pelo uso do álcool (SCHMIDT et al., 2011).

A co-ocorrência de abuso de substâncias com outros transtornos psiquiátricos é reconhecida cada vez mais como um problema de saúde pública. O termo “duplo diagnóstico” foi introduzido para descrever este fenômeno, mas "comorbidade" pode ser considerado como um termo mais adequado. A depressão concomitante ao uso de drogas está associado ao aumento do risco de suicídio, violência e os problemas sociais. Há subgrupos de pacientes que podem ser classificados conforme o mecanismo etiológico da comorbidade: transtorno psiquiátrico primário com abuso de substâncias secundárias, abuso de substâncias com transtorno psiquiátrico secundário e transtorno psiquiátrico relacionados à intoxicação pela substância ou abstinência (HARRISON & ABOU-SALEH, 2002). Portanto estabelecer o que vem primeiramente, se o transtorno ou a dependência química, é um desafio (CROME et al., 2009). Para melhor compreensão das questões envolvidas na dependência química de álcool e drogas é relevante entender -além da cura e tratamento- os fatores sociais, psicológicos, políticos e econômicos envolvidos no contexto do usuário de substâncias psicoativas (SILVA et al., 2010).

A associação de abuso de álcool com transtorno depressivo, afeta até 70% dos usuários. A literatura científica apresenta diferentes dados sobre a comorbidade. Aproximadamente 60% dos transtornos de humor são induzidos pelo uso de álcool e outras drogas, mas recentes pesquisas epidemiológicas sugerem que a maioria dos transtornos de humor ocorre independente do uso de substâncias (OSTACHER, 2007). Evidências têm mostrado o uso de drogas em jovens e adolescentes como um preditor para depressão (SIHVOLA et al., 2008; IGWE & OJINAKA, 2010). Outros estudos longitudinais demonstram que depressão precoce é um fator de risco para posterior abuso de álcool e drogas, mas ressaltam a importância de maiores pesquisas na área

(WU et al., 2008; MARMORSTEINA et al., 2010). Cerca de 3 em cada 4 dependentes de cocaína na Espanha tinha um distúrbio mental atual, incluindo distúrbios de personalidade (ARIAS et al., 2012). No Brasil, uma pesquisa realizada em quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com usuários de drogas verificou que 37,6% apresentaram sinais depressivos com indícios de depressão (MARCON et al., 2012).

Estudos relataram que o uso semanal de álcool, ou diário de cigarro, e até mesmo o consumo de pelo menos uma vez na vida de drogas ilícitas, aumentaram a prevalência de depressão no indivíduo para cerca de 19%, juntamente com outros transtornos psiquiátricos (OBANDO et al., 2004). Os pacientes que têm essa comorbidade tendem a ser mais gravemente deprimidos e afetados do que aqueles que têm apenas a depressão, sendo considerado um desafio diagnosticar e trata-los.

Os estudos das comorbidades entre transtornos mentais e transtorno de abuso ou dependência de substâncias são relevantes para compreender a ação das drogas psicotrópicas nas comorbidades, colaborar com a pesquisa de identificação da etiologia do transtorno mental, a busca do aprimoramento dos tratamentos, além de servir como atualização das prevalências sobre a comorbidade frente ao aumento do consumo de substâncias lícitas e ilícitas. Há significativa dificuldade entre os profissionais da saúde em decidir se tratam primeiro o transtorno de humor nos usuários de drogas, ou à questão do uso da substância psicoativa (OSTACHER, 2007, AFUWAPE, 2003).

2 DEPRESSÃO

Desde a antiguidade pesquisadores tentam descrever e conceituar o diagnóstico de depressão, tanto sob a perspectiva médica ou filosófica (CAMPOS et al., 2010). O que atualmente é chamado de depressão foi descrito por alguns cientistas como “melancolia”. Hipócrates foi o primeiro a descrevê-la no século IV a.C e em II d.C. Aretaeus relata um paciente melancólico como: “triste, consternado, insone [...] Eles emagrecem por causa de sua agitação e perda do sono reparador [...] Em idade mais avançada, queixam-se de milhares de futilidades e desejam a morte” (BECK, 2011, pg16). Neto et al., (2011) descrevem em seu trabalho:

“O posicionamento do depressivo ocorre por meio do incessante desejo de libertação de um aprisionamento psíquico que o incomoda, que o faz refletir para sofrer, em uma relação constante e interdependente entre tempo – passado/passado, passado/presente, presente/presente e ausência de futuro. Esse intenso exercício de reflexividade no sentir a dor de ser do depressivo caracteriza o momento crucial da doença.”

Segundo Wancata & Friedrich (2011) um fenômeno de conceituação da depressão foi observado nos últimos anos. Embora os transtornos mentais sejam muitas vezes estigmatizados por leigos, o termo "depressão" é frequentemente usado para todo tipo de problema psicológico e estresse, tais como conflitos familiares ou tensões entre os colegas no local de trabalho. Dessa forma, conceitua-se depressão para qualquer carga emocional negativa comum no cotidiano, como a tristeza ou um sentimento de vazio (PORTO, 1999). A dificuldade em compreender e até mesmo de considerar corretos os critérios para depressão também são vistos na área médica. Em recente revisão, apontou-se que os médicos de atenção primária levam em conta agentes etiológicos atuais e pensamentos identificados para diagnosticar a depressão, evitando de imediato rotular o paciente (Schumann et al., 2012). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV^{TR}), caracteriza como episódio depressivo atual, os seguintes sintomas durante duas semanas consecutivas:

1. Humor deprimido na maior parte do dia (sente-se triste ou vazio).
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia ou quase todos os dias.
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta.
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias.
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias.
9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Os transtornos de humor, como depressão, são considerados uns dos distúrbios mais comuns na atualidade; cerca de 16% da população será ou já foi afetada pelo menos uma vez na vida (LEE et al., 2010). Em recente levantamento de diagnóstico realizado por telefone na Alemanha com 21.262 pessoas, a depressão figurou entre as primeiras 5 doenças, atingindo 8,0% das mulheres e 4,5% dos homens no último ano

(FUCHS et al., 2012). Os custos devido a transtornos afetivos somaram quase 2,5 bilhões de euros por ano na Áustria (WANCATA & FRIEEDRICH, 2011). Um estudo transversal em ambulatórios psiquiátricos espanhóis utilizando o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) diagnosticou um total de 90,3% dos pacientes com pelo menos um transtorno mental, sendo a maioria dos transtornos episódio depressivo recorrente grave (27,2%), episódio depressivo atual (25,9%), e transtorno distímico atual (25,9%), com risco de suicídio atual observado em 18,7% dos pacientes (FRAILE et al., 2011).

A prevalência da depressão em mulheres é cerca de duas vezes maior do que a encontrada em homens (JUSTO & CALIL, 2006). Apontou-se que essa diferença nos sexos está relacionada à ansiedade maior em mulheres, além de elas admitirem mais os problemas e refletirem mais sobre os mesmos. Destacam-se também as questões hormonais e de papéis considerados masculinos e femininos na sociedade (DELISLE et al., 2012). A depressão apresentou variações conforme as regiões do Brasil, com prevalências de 3% a 10%, com taxas maiores de mulheres com transtornos de humor comparados aos homens (ALMEIDA FILHO et al., 1997).

Dados epidemiológicos atuais sobre transtornos mentais no Brasil são escassos (SCHMIDT et al., 2011). Kantorski et al., (2011) avaliaram o perfil de usuários dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da região Sul do Brasil, sendo que 34,3% apresentaram diagnóstico para transtorno depressivo maior e 2,2% para dependência de álcool e drogas. As estimativas atuais da recorrência da depressão sugerem que 50 a 60% de indivíduos com episódio depressivo terão uma segunda experiência, de 70 a 80% destes um terceiro episódio, e 90% dos indivíduos com três episódios passados de depressão poderão ter um quarto episódio (LIU & ALLOY, 2010). Em pesquisa investigativa com 99 pacientes depressivos por telefone que receberam alta da clínica, constatou-se que 1/3 deles tiveram recidiva nos primeiros 100 dias após a alta, por diversos motivos, desde fatores individuais (personalidade, uso de medicação), ambientais, e sociais (DESPLENTER et al., 2011). Em serviços de saúde, de 30 a 50% dos casos de depressão não são diagnosticados. Isso pode advir de fatores como preconceito do paciente, além de falta de capacitação dos profissionais (FLECK et al., 2009).

Trabalhos surgiram na busca de gerar hipóteses para a etiologia da depressão. Um estudo com 239 primatas encontrou evidências de hereditariedade para temperamento ansioso, que é fator preditor para depressão, sugerindo que genes agem sob influência

do endofenótipo para desenvolver os transtornos (OLER et al, 2010). Linton & Bergbom (2011) em análise de 244 artigos reforçam a associação da dor e depressão, apesar de não encontrarem evidências de qual sintoma precede o outro, destacando que pouco se conhece das causas dessa relação. Saleh et al. (2012), investigando o tamanho das amígdalas e o histórico familiar de indivíduos saudáveis com os de deprimidos, concluiu que as amígdalas menores parecem estar associadas com maior vulnerabilidade a desenvolver depressão, enquanto uma assimetria delas parece estar relacionada com o episódio depressivo.

Teorias Darwinianas também são referências na tentativa de elucidar a causa da depressão. A teoria da Estratégia de Derrota Involuntária preconiza a doença como um fator adaptativo para sobrevivência do ser humano. Em circunstâncias de derrota ou incapacidade para se recuperar de subordinação, inicia-se um processo inibitório interno levando o indivíduo a minar a atitude competitiva e a diminuir o nível de aspiração. Este comportamento funcionaria como estratégia de autoproteção e restabelecimento da ordem social. Nesse processo os indivíduos apresentariam os sintomas típicos da depressão (CARVALHO & ROSADO, 2008; ALLEN & BADCOCK, 2006).

A hipótese mais aceita para a origem da depressão é a teoria das monoaminas. A hipótese surgiu das associações entre os efeitos clínicos de vários fármacos que causam ou aliviam os sintomas de depressão e seus efeitos neuroquímicos conhecidos no cérebro, principalmente a deficiência da noradrenalina e serotonina (WENZEL et al., 2009; WUWONGSE et al., 2010). O papel da dopamina em episódios depressivos não é totalmente esclarecido, mas há evidências da mútua inibição de serotonina e dopamina (ESHEL & ROISER, 2010). Embora a inibição de noradrenalina, serotonina e dopamina estejam envolvidos em episódios depressivos, é reconhecido que o déficit de monoamina é apenas parte da etiologia da depressão, não sendo capaz de explicar todo o seu mecanismo de funcionamento (McEWEN et al., 2010; HILDMARCH, 2002). As monoaminoxidasas (MAO) exercem a função de degradarem os neurotransmissores, como serotonina e dopamina. Estudos relataram que a densidade de MAO foi em média 34% mais elevada no cérebro de pacientes com transtorno depressivo, em comparação aos controles, além da descoberta do impacto de níveis de MAO em transtornos de estresse e alcoolismo (DUNCAN et al., 2012).

Sabe-se que o uso continuado de substâncias psicoativas tem como consequência de seu uso repetido o aparecimento de sintomas depressivos (ROSE & BROWN, 2010). Embora haja a compreensão significativa dos fatores ambientais e neurobiológicos

envolvidos na depressão e na dependência de drogas, os mecanismos da comorbidade entre os dois diagnósticos não são bem compreendidos, sendo provável que a alta prevalência desses dois transtornos reflète, em parte, de fatores ambientais e genéticos (VOLKOW, 2004).

O transtorno depressivo afeta a conectividade dinâmica entre estruturas neuroanatômicas envolvidas na regulação do humor e resposta ao estresse (MALESTIC et al., 2007; TREW, 2011). Estudos envolvendo a depressão e o cérebro mostram a neuroplasticidade em diferentes processos de adaptação a respostas inerentes a fatores internos e externos (GONÇALVES & COELHO, 2006). Em pacientes depressivos observados *post-mortem* houve redução do volume do hipocampo e de densidade glial, regiões que mediam aspectos cognitivos como sentimento de inutilidade e culpa (GONÇALVES & COELHO, 2006; KRISHNAN & NESTLER, 2008). Segundo a revisão de Maletic et al. (2007) as diferenças morfológicas no hipocampo podem ser um fator predisponente na Depressão Maior, mas as mudanças também podem acumular-se no curso da doença e, assim, criar um obstáculo à plena recuperação.

Além disso, não está clara a participação dos glicocorticóides (como cortisol) que são liberados em situações estressantes e servem para muitas funções homeostáticas benéficas. No entanto, a desregulação de glicocorticóides em episódios depressivos está associada a alterações cognitivas e neuroplasticidade (SNYDER et al., 2011).

A literatura mostra que a depressão, além da forte associação com dependência química, tem relação estreita com ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (GUDJONSSON et al., 2012). Em revisão comparando o uso de medicação antidepressiva com os tratamentos associados a benzodiazepínicos, concluiu-se que na presença do benzodiazepínico os pacientes aderiram mais, sugerindo a relação entre depressão e ansiedade (FURUKAWA et al., 2008).

Os antidepressivos são a primeira escolha de tratamento em episódios depressivos moderados a graves (FLECK et al., 2009). Mas é importante considerar outras estratégias conjuntamente, pois muitos trabalhos sobre medicação antidepressiva acabam inflando seus resultados, pois os placebos não apresentam efeitos colaterais, não qualificando esses ensaios como cegos para pacientes e pesquisadores (MONCRIEFF et al., 2008). Outras formas de tratamento para depressão é a adição de terapia cognitiva comportamental (TCC), além da entrevista motivacional (HIDES et al., 2011). (LAMBKIN et al., 2011).

Em pacientes deprimidos que não se beneficiam da farmacoterapia antidepressiva ou psicoterapia, existem diversas intervenções antidepressivas. Estes métodos incluem eletroconvulsoterapia (ECT), a terapia magnética convulsiva, a estimulação magnética transcraniana, entre outros. O procedimento de ECT é o tratamento estabelecido com a maior eficácia de todas as intervenções (PLEWNIA & PADBERG, 2012). O modo de ação ainda não foi esclarecido. Existem efeitos secundários relevantes como a diminuição da memória e disfunção cognitiva. Estima-se que cerca de um milhão de pacientes deprimidos recebem ECT anualmente (LEIKNES et al., 2012).

A comorbidade tem suscitado duas teorias distintas: a auto-medicação e a hipótese da toxicidade. A teoria da auto-medicação prega que o indivíduo abusa da substância para aliviar seu problema de depressão; a outra hipótese considera as mudanças neurobiológicas das drogas no sistema nervoso central, levando a sintomas depressivos (FERIGOLO et al., 2009). A origem e causa da depressão, independente se provocada pelo abuso de drogas ou pela auto-medicação do transtorno, ainda não está claro (HOLKOW, 2010).

Os critérios diagnósticos para transtorno do humor induzido por substâncias incluem a) predomínio de perturbação persistente do humor, com falta de prazer ou interesse pelas coisas ou humor irritável ou disfórico; b) evidências laboratoriais de humor depressivo durante a intoxicação ou abstinência da substância; c) a perturbação não é satisfatoriamente explicada por um transtorno do humor não induzido por substância (dados que comprovem a existência do transtorno independente do consumo de substâncias); d) o sofrimento não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*; e) os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou em outras áreas importantes. No transtorno de humor não induzido por substâncias, o humor deprimido permanece após 4 semanas de abstinência, com episódios anteriores sem a presença da droga e de forma mais intensa ou recorrente que o esperado na abstinência ou intoxicação da substância (DSM-IV^{TR}).

2.1 DEPRESSÃO E USO DE ÁLCOOL

Os humanos têm praticado a arte de fermentação durante milênios, observando as diversas ações de etanol sobre a fisiologia e o comportamento (HARRIS et al., 2009). De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde, o consumo global de álcool tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países em

desenvolvimento (ROSE & BROWN Jr, 2010). Pesquisas epidemiológicas indicam que em torno de 1,8 milhões de mortes no planeta tem o álcool como preditor, somando 4% do carga global de doenças mundialmente, principalmente com casos novos na América e Europa (OLIVEIRA & LUCHESI, 2010). Além disso, a população idosa tem aumentado mundialmente, junto com o consumo de álcool nessa faixa. Por apresentarem menor distribuição de água no organismo, as concentrações de etanol no sangue são mais elevadas, levando-os a sofrerem consequências mais sérias (MEIER & SEITZ, 2008).

Há poucos estudos epidemiológicos no Brasil sobre consumo de drogas e mais levantamentos são necessários para evitar generalizar dados baseado em outras culturas (SILVEIRA et al., 2008; SILVEIRA et al., 2012). Alguns desses estudos apontam que cerca de 74,6% dos brasileiros já fizeram uso de álcool alguma vez na vida (CARLINI et al., 2007). Houve um acréscimo nos registros de dependência de álcool na faixa de 12 a 65 anos, considerando que em 2001 o índice foi de 11,2% e em 2005 de 12,3%, média mais elevada que a mundial (CARDOSO et al., 2008). Estudo transversal em São Paulo, com 1464 pessoas, verificou que 17,5% relataram beber pesado em um período de 12 meses, sendo 26,3% homens e 10,9% mulheres. Bebedores pesados e frequentes eram duas vezes mais propensos do que os abstêmios a apresentar transtornos depressivos ao longo da vida (SILVEIRA et al., 2012).

O etanol é uma substância que possui a propriedade de atuar ao mesmo tempo em quase todos os órgãos e sistemas do corpo humano, causando alterações funcionais e anatômicas relacionadas à sua ação tóxica direta ou consequente na metabolização no organismo (BARROS et al., 2004). Pouco se conhece sobre os mecanismos pelos quais o uso do álcool reduz a inibição e ansiedade, nem como ele produz sinais de intoxicação mais grave, sendo um dos motivos a dificuldade em identificar receptores de etanol, pois é baixa a afinidade da ligação do etanol às proteínas (HARRIS et al., 2009).

O uso de álcool no comportamento resulta em diversos efeitos, incluindo a intoxicação, comprometimento cognitivo, incoordenação motora, tolerância e dependência; efeitos provavelmente advindos devido à sua ação sobre múltiplas proteínas cerebrais (LOBO & HARRIS, 2008). A epigenética, variações na transmissão de neurônios e metabolização bioquímica, tem sido alvo de estudos genéticos para a dependência ao álcool (MESSAS & FILHO, 2004).

Tendo alta solubilidade em água, o álcool se distribui pela corrente sanguínea para todos os tecidos. No cérebro age em diversos receptores cerebrais que facilitam ou

inibem a permeabilidade dos íons, por meio de seus respectivos canais (ALBANESE, 2012). Trabalhos têm demonstrado que o etanol influencia a liberação dos principais neurotransmissores no sistema nervoso central (SNC): dopamina, serotonina, noradrenalina, ácido gama-aminobutírico (GABA) e peptídeos opióides. Na área tegmental ventral do mesencéfalo ativa o disparo neuronal dopaminérgico e também libera dopamina no núcleo accumbens – estruturas que fazem parte da via mesolímbica, essencial para os efeitos de recompensa (ZALESKI et al., 2004; BUHLER & MANN, 2011). O álcool por ser antagonista do glutamato, inibe a passagem de cálcio e de sódio através do N-metil D-aspartato (NMDA). Essas ações estimulam a produção de dopamina na área tegmental ventral e núcleo accumbens produzindo efeito prazeroso (ALBANESE, 2012).

O neurotransmissor mais afetado no uso do álcool é o GABA, que tem ação inibitória no SNC. A exposição crônica ao álcool causa hipoatividade do neurotransmissor, que fica insensível temporariamente após a parada do álcool. A excitação do SNC pela hipoatividade do neurotransmissor é responsável por alguns dos sintomas da síndrome de abstinência como a ansiedade, tremor, taquicardia, hipertensão e agitação (LYNN, 2011). Além disso, a exposição prolongada ao etanol pode resultar em alterações adaptativas na neurotransmissão mediada pelos receptores do GABA A, ocorrendo uma diminuição da capacidade de resposta ao neurotransmissor e conseqüentemente uma diminuição da sensibilidade ao etanol (FOLLESA et al., 2006).

Dados sugerem que a retirada repentina do álcool dos dependentes pode estar associada com um atraso da recuperação da eficiência de atenção e função executivas (LOEBER et al., 2010). O espectro de sintomas de abstinência de álcool varia desde sintomas menores tais como insônia e tremores a complicações graves, como crises de abstinência e delirium tremens (BAYARD et al., 2004). O uso de álcool é acompanhado por reduções de volume da matéria cinzenta e branca. Essas mudanças são parcialmente reversíveis na abstinência. Partes do sistema límbico e cerebelo, também foram classificados como vulneráveis a diminuição (BÜHLER & MANN, 2011). A retirada do álcool está associada à ansiedade e depressão, podendo levar o abstinente a experimentar sintomas físicos graves, tais como sudorese, aumento da frequência cardíaca, náuseas, febre e convulsões. Aproximadamente 80% dos alcoolistas queixam-se de sintomas depressivos, e 30% atendem os critérios para um episódio depressivo (BRUIJNZEEL et al., 2004).

O uso de álcool e suicídio estão intimamente relacionados. Os alcoolistas têm 60 a 120 vezes mais probabilidade de atentarem contra a própria vida do que a população abstêmia. Há taxas de 85% da comorbidade da depressão e álcool em ocorrências de suicídio, sendo ambos fenômenos complexos, envolvendo uma multiplicidade de fatores da depressão e/ou alcoolismo (POMPILI et al., 2010; BARROS et al., 2004). A combinação de álcool e cocaína é popular entre os usuários de drogas, talvez por causa de sentimentos mais intensos de efeitos comparados a utilização da droga sozinha, além de disfarçar o desconforto da falta de prazer com o fim do efeito da cocaína. Dados sugerem que a combinação pode potencializar a tendência de pensamentos violentos, podendo levar a um aumento das chances de suicídio (PENNINGGS et al., 2002).

Chachamovich et al. (2012) compararam dados de autópsia psicológica (técnica que auxilia na resolução do tipo de morte ao entrevistar pessoas próximas ao falecido) de suicidas por transtornos por uso do álcool com aquelas de suicidas por outros motivos. A conclusão foi que os alcoolistas apresentavam níveis mais elevados de comportamentos impulsivos-agressivos, transtorno de personalidade antissocial, dependência de cocaína e histórico familiar de uso de drogas, mas o humor depressivo tinha prevalência semelhante nos dois grupos. Dados brasileiros relataram que até um terço dos suicídios foram cometidos logo após o consumo de álcool (PONCE et al., 2008). Em uma amostra com jovens de 18 a 25 anos, usuários de drogas injetáveis, a maioria utilizava heroína, concomitante com maconha, álcool e cocaína. Nessa amostra, a dependência de álcool foi de 25% nos homens e 28% das mulheres, e a depressão maior foi diagnosticada em 25% dos homens e 31% das mulheres, além de altas taxas de transtorno borderline (AMITI et al., 2012). O complexo mecanismo de ação do álcool influi, mesmo com a sua ingestão em doses moderadas, ao desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas mais sérias do que as vistas na população abstêmia (SIHVOLA et al., 2008).

2.2 DEPRESSÃO E USO DE COCAÍNA

A cocaína tem sido utilizada há pelo menos 4500 anos pelos índios da América do Sul, por meio da extração do arbusto *Erythroxylon coca*. Na antiguidade e atualmente em algumas tribos, a cocaína tem uma função social e cultural. Em 1884, Freud publica o artigo *Über Coca*, enfatizando as propriedades da cocaína, retratando-se posteriormente frente aos possíveis riscos do abuso da droga. O uso pela elite e a pouca

distribuição após a Primeira Guerra, creditou a cocaína a idéia de não parecer perigosa. Ainda na década de 70, não era considerada de alto risco para a saúde, fato que mudou a partir dos anos 80 com a alta produção da cocaína e seus efeitos colaterais bem descritos na literatura (FERREIRA & MARTINI, 2001; DÍAZ et al., 2010; MARTÍNEZ, 2005).

O consumo de cocaína tem aumentado e preocupado tanto nos EUA como na Europa (MARTÍNEZ, 2005). No Brasil não é diferente. De acordo com o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, no país 4% da população ou quase 6 milhões de pessoas já experimentaram cocaína e seus derivados na vida, e 2% no último ano. O crack foi utilizado na vida por 1 para cada 100 pessoas, totalizando 1 milhão de usuários. Em números absolutos, o país representa 20% do consumo de cocaína e é o maior mercado de crack do mundo (LARANJEIRA et al., 2012).

A ação da cocaína ocorre principalmente pela estimulação dopaminérgica, com efeitos como diminuição do apetite, aumento da vitalidade e energia. Usuários crônicos apresentam disforia, fissura, e até alucinações auditivas e visuais. Aspirada, fumada na forma de pedra (crack, merla ou óxi) ou injetada, a cocaína entra rapidamente na corrente sanguínea e no cérebro. Embora também iniba norepinefrina e serotonina, sua ação é principalmente no circuito de recompensa (MARTÍNEZ, 2005; NESTLER, 2005).

Seu uso intermitente está associado à falta e neurotransmissão da dopamina e norepinefrina, sendo relacionado à diminuição da conectividade funcional do mesencéfalo (onde se localiza a DA) com outras estruturas cerebrais (TOMASI et al., 2010). Na abstinência pode ocorrer fissura e sintomas depressivos perdurando até dez semanas nos dependentes de cocaína. Os medicamentos dificilmente têm sucesso nessa fase (AMARAL et al., 2010). A literatura sugere que a ativação da dopamina no núcleo accumbens por substâncias psicotrópicas por si só é capaz de provocar neuroplasticidade e favorecer a dependência química (LÜSCHER & MALENKA, 2011).

Assim como a exposição à cocaína materna, a paterna também tem sido relacionada a danos significativos nas proles de ratos machos expostos a droga, como perda de peso e comportamentos depressivos na geração F1 (KILLINGER et al., 2012).

Em filhos de usuários de cocaína com entrada em escolas especiais nos EUA, observaram-se diferenças importantes nas crianças, como baixo peso ao nascer, hiperatividade, déficit de atenção, inteligência baixa, além de depressão nos cuidadores (LEVINE et al., 2012). Sclafani (2002), acompanhou por 6 meses usuários de

cocaína/crack e usuários de cocaína /crack e álcool, concluindo que ambos os grupos apresentaram declínio cognitivo significativo numa vasta gama de funções em comparação aos controles. O abuso da cocaína/crack tem sido associados a prejuízos na tomada de decisão, além de estudos longitudinais em primatas também relacionarem a perda cognitiva pelo uso. Esses fatores acabam por dificultar as estratégias para evitação da drogas, aumentando a probabilidade de recaídas e a compulsão pelo uso das substâncias psicoativas (VIOLA et al., 2012; PORTER et al., 2011; GOULD et al., 2012).

Há associação da cocaína com violência é relatada na literatura científica. Em avaliação da violência por parceiro íntimo em 343 pacientes internados com HIV e usuários de crack, mostrou-se a prevalência de 56%, afetando 68% das mulheres e 71% dos homens homossexuais, bissexuais e transgêneros (KALOKHE et al., 2012). Outro trabalho que relacionou 107 usuários brasileiros de crack com violência após 12 anos do acompanhamento, mostrou que 43 estavam abstêmios, 22 faziam uso do crack, 13 estavam presos, 2 estavam desaparecidos, e 27 estavam mortos. O envolvimento em atividades ilegais foi considerado alto (DIAS et al., 2011).

Explicações causais para a relação de cocaína e depressão incluem que o uso recorrente de cocaína ou crack ocasiona reestimulação crônica de circuitos de recompensa do cérebro, levando a neuroadaptação e consequente depressão e anedonia quando o uso é interrompido. Dessa forma, a desintoxicação não trata a dependência que, na sua base, é um traço de memória envolvendo alterações nos circuitos cerebrais (O'BRIEN et al., 2009). Além disso, o fator ambiental, como circunstâncias estressantes e dificuldades enfrentadas pelo usuário crônico, pode subjugar influências para depressão ou para o uso de substâncias (CONNER et al., 2008). Aponta-se que em usuários de crack, o risco de desenvolver transtorno depressivo é de 64% (HERRERO et al., 2008).

Tanto a depressão induzida por álcool e cocaína, ou como consequência do uso, é associada à recaída. No caso específico de abuso de cocaína, a diferenciação da etiologia como depressão induzida ou prévia (antes do consumo) é mais difícil de interpretar já que se trata de uma droga que possui efeitos antidepressivos (Lopes & Coutinho, 1999). Os médicos podem minimizar a importância da depressão que ocorrem durante períodos de uso da substância, uma vez que muitos desses episódios depressivos se resolvem dentro de um mês de abstinência. No entanto, tais episódios têm importância prognóstica despercebidas para prevenção da recaída. Isso pode ocorrer

porque os episódios depressivos induzidos por substância persistem até 6 meses ou mais da abstinência (SAMET et al., 2012).

McDermott et al. (2010) examinaram a relação entre estresse (preditor para depressão) em homens usuários de crack/cocaína com distúrbios pós traumáticos e outros sintomas negativos, descobrindo que maiores níveis de estresse e sentimentos negativos estavam relacionados a representação do gênero masculino, e conseqüentemente na gravidade dos sintomas, interferindo na maneira como eles evitam emoções, além de sentimentos de culpas e resistência em buscar ajuda.

Nos jovens e adolescentes o suicídio tem aumentado nas últimas décadas, e tem sido associado fortemente aos sintomas depressivos e ao consumo de álcool e drogas (SILVA et al., 2006; BAGGIO et al., 2009; SOUZA et al., 2010). Em uma amostra com 1560 jovens registrou-se a prevalência de risco de suicídio associado a uso de tabaco de 15,4%, ao álcool de 13,4%, a cocaína de 30,3%, e ao crack 37,5% (ORES et al., 2012). Em estudos transversais que avaliaram o uso de cocaína/crack em jovens, a droga apresenta-se como uma das drogas mais prevalentes de consumo no último ano. (RODRIGUEZ et al., 2012; WILLIS et al., 2012). Uma pesquisa com 432 estudantes de graduação associou os sintomas depressivos ao consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína, essa sendo a segunda droga ilícita mais utilizada (FACUNDO et al., 2011). Outro trabalho realizado com usuários em tratamento no Panamá, computou que 71,3% relataram uso de álcool, 73,9% de maconha, 62,3% de cocaína, e 40,7% crack ou outros derivados de cocaína, desses 16,8% tiveram diagnóstico de depressão (WILLIS et al., 2012). Em Porto Alegre, um estudo avaliou os transtornos mentais utilizando o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), em usuários de cocaína/crack, mostrando que 20% tinham sintomas de depressão mínimos; 30%, leves; 40%, moderados; e 10%, graves, além do alto envolvimento da amostra com criminalidade (GUIMARÃES et al., 2008). Outro trabalho feito no Rio Grande do Sul com usuários dependentes de cocaína, maconha e álcool em abstinência, utilizando-se do do MINI, diagnosticou que 16,7% apresentavam episódio atual de depressão e 33,3% já tiveram no passado (HESS et al., 2012). A qualidade do sono e os sintomas depressivos foram avaliados em usuários não tratados, com a prevalência de sintomas depressivos leves em 45% e moderados em 32,5% da população estudada, sendo que 92,5% relatou qualidade ruim do sono (LIMA et al., 2010).

A síndrome de abstinência da cocaína é caracterizada por depressão, ansiedade, agitação, paranóia e desejo intenso de usar a droga, que pode durar até vários dias após a cessação do uso. Em contraste com a retirada de opióides ou álcool, a abstinência de cocaína não induz qualquer sintoma físico (BRUIJNZEEL et al., 2004). No Brasil acredita-se que o tratamento hospitalar é o único tratamento eficaz possível, especialmente com a dependência de crack (DIAS et al., 2011). Essa noção pode desestimular o usuário a procura por outras redes de apoio importantes. Os pacientes comórbidos poderiam ser tratados com medicamentos antidepressivos, e ainda abordados com tratamentos psicossociais como a Terapia de Prevenção a Recaída, cuja forma de lidar com problemas de humor poderiam ser enfatizados (SAMET et al., 2012).

3 TELEMEDICINA

Define-se comumente de telemedicina a medicina praticada a distância, e apesar de parecer algo recente, ela existe desde a década de 1960. No início era praticada com o uso de telégrafos e atualmente pode ser utilizada por telefone, internet e até no manuseio de robôs monitorados para intervenções cirúrgicas (TORRES et al., 2010).

Entre as principais vantagens da telemedicina destacam-se o acesso facilitado para regiões sem infraestrutura, sem profissionais especializados, o menor tempo de espera pelo paciente, o investimento mais baixo que outras intervenções, além da facilidade de conduta profissional antes dos primeiros socorros ou atendimento necessário (SOTOS et al., 2010; TORRES et al., 2010). A medicina à distância muitas vezes é o único acesso a saúde para áreas rurais e sem infraestrutura em países em desenvolvimento. Calcula-se que na África e na Ásia cerca de 1,5 bilhões de pessoas acessem os serviços de telemedicina (OMS, 2012). Grandes pesquisas e diversos serviços são realizados em países europeus e nos Estados Unidos com o recurso da telemedicina abrangendo desde populações de grandes centros urbanos até a população rural e sem recursos. (ME et al., 2011; OLIVEIRA, 2012).

Em pesquisa com usuários de álcool, tendo 49% da amostra critérios para dependência de cocaína também, o acompanhamento telefônico por 18 meses mostrou favorável para a auto eficácia para a abstinência, principalmente em mulheres (McKAY et al., 2011). Para depressão, recente meta-análise com 45 artigos conclui efetividade para tratamentos psicológicos via computador, apesar das diferentes populações dos

estudos (RICHARDS & RICHARDS, 2011). Em pesquisa qualitativa com pacientes deprimidos que moram na zona rural dos EUA, esses informaram que na falta de outros recursos, tem boa aceitação dos serviços prestados por telefone (SWINTON et al., 2009). Outro trabalho com 325 indivíduos com depressão, divididos em intervenção com Terapia Cognitiva Comportamental face a face e por telefone, concluiu que o grupo não presencial apresentou maior adesão, mas com mais pessoas deprimidas, reforçando a importância da continuidade da pesquisa utilizando o recurso da telemedicina (MOHR et al., 2012).

A telemedicina, além de prover benefícios aos utilizadores do serviço, ainda é útil para pesquisas investigativas, como o presente, podendo levantar dados epidemiológicos mais significativos com a população estudada. Um exemplo é um recente trabalho por telefone realizado na Alemanha realizando diagnósticos psiquiátricos em uma população de mais de 20.000 indivíduos (FUCHS et al., 2012).

No Brasil, as iniciativas referentes a serviços de telemedicina, tem sido desenvolver, além de acesso a informação a população por ações governamentais, a implementação em universidades de aulas e treinamentos à distância para capacitação de profissionais e estudantes da área da saúde (LARANJEIRA & MITSUHIRO, 2011; ALKMIM et al., 2012). Como rede de apoio especializado em dependência química, há o VIVAVOZ (Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas), que presta informação sobre drogas lícitas e ilícitas a população geral, informa centros de tratamento, além de oferecer acompanhamento telefônico para usuários de drogas e seus familiares (SIGNOR et al., 2013, in press).

O VIVAVOZ realiza, entre diversos estudos, pesquisas de coorte com aplicação da Entrevista Breve Motivacional (EBM) comparado a usuários controles. Dados publicados pelo serviço apontam que a intervenção da EBM pelo telefone é eficaz para cessação do crack em jovens (BISCH et al., 2011), e em usuários de maconha representou diferenças importantes para abstinência quando comparados aos que não receberam a intervenção (FERNANDES et al., 2010).

4 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de depressão entre usuários de drogas é importante ser realizado durante o tratamento do dependente químico. Pesquisas apontam que a depressão está relacionada à menor adesão em tratamentos de dependentes de cocaína (CONNER et al., 2008). Dado de pesquisa realizada com usuários de drogas verificou que 37,6% apresentaram sinais depressivos relevantes, associados a baixa qualidade de vida (MARCON et al., 2012).

As recomendações nesse sentido sugerem que o abuso de substâncias não deve ser uma barreira para tratar a depressão, além de indicarem, que quando a medicação ou acompanhamento prestado é eficaz no tratamento da depressão, acaba por influenciar na redução da quantidade de drogas (NUNES & LEVIN, 2004). A saúde brasileira apresentou avanços na área da dependência química, mas ainda necessita de maior capacidade de intervenções para depressão e dependência de álcool (SCHMIDT et al., 2011).

É referido que uma variedade de situações afeta os usuários de drogas, além dos problemas sociais e de saúde, tornando de suma importância abordar as temáticas envolvidas para refletir-se sobre as intervenções terapêuticas mais eficazes (AUGUSTA et al., 2010). Tendo-se em conta que há poucos dados epidemiológicos a nível nacional sobre drogas e depressão (SILVEIRA et al., 2012), a avaliação dos sintomas depressivos em uma amostra brasileira, representada pelos clientes em acompanhamento telefônico no Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas (VIVAVOZ) revelou-se importante para verificação se usuários de cocaína e ou álcool apresentaram índices expressivos de sintomas depressivos.

O tratamento dos usuários de drogas tem sido considerado um desafio ao país, necessitando de abordagens multidisciplinares, além de pesquisas para aprimorar as práticas utilizadas com os usuários. Atualmente, o desafio tem sido principalmente aos que fazem uso de crack pela violência vinculada ao ambiente do dependente e pela escassez de estudos relacionados à droga (PULCHERIO et al., 2010; ALMEIDA & CALDAS, 2011). A avaliação dos sintomas depressivos nos clientes em acompanhamento telefônico do VIVAVOZ pôde verificar se usuários de cocaína e ou álcool apresentaram diferenças de sintomas depressivos relacionados ao seu padrão de

consumo. Dessa forma acrescentou dados de uma amostra nacional de usuários de drogas em acompanhamento por telefone.

Ao investigar o quanto esses sintomas depressivos estavam presentes nos usuários em acompanhamento, o serviço VIVAVOZ orientou esses clientes a procurarem tratamento para a possível depressão, quando identificada. Como consequência direta, o acompanhamento telefônico prestado pelo VIVAVOZ amplia seu recurso de apoio e efetividade ao dependente químico que apresenta sintomas da depressão. Com a continuidade da avaliação, o VIVAVOZ pode futuramente aprimorar seu auxílio prestado ao dependente químico, orientando a tratá-lo a comorbidade e, como um serviço de pesquisa de abrangência nacional, elaborar projetos para intervenção por telefone quanto aos sintomas/episódio depressivo dos usuários de drogas.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar os sintomas depressivos em usuários de álcool e ou cocaína, associadas ou não a maconha em acompanhamento telefônico para cessação do uso.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar diferenças de intensidade dos sintomas depressivos pelo BDI nos sexos masculinos e femininos.
- Investigar a presença do episódio depressivo atual pelo MINI nos usuários em acompanhamento telefônico.
- Avaliar se as manifestações da depressão têm relação com a dependência e abstinência de cocaína/crack e álcool.

6 METODOLOGIA

6.1 População

A população do estudo incluiu indivíduos com mais de 18 anos de idade, usuários de cocaína, álcool ou ambas, associadas a outras drogas ou não, das 5 regiões do Brasil, que ligaram, no período de julho de 2011 a novembro de 2012, para o Serviço Nacional de Orientação e Informação sobre a Prevenção do Uso de Drogas – VIVAVOZ.

6.2 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal para a avaliação dos sintomas depressivos e episódio depressivo nos usuários de cocaína e/ou álcool que aceitaram participar do acompanhamento de 6 meses por telefone, no período de julho de 2011 a novembro de 2012. Após a primeira ligação, os participantes do estudo, receberam uma carta enviada pelo serviço VIVAVOZ contendo as datas agendadas para o cliente retornar a ligação, bem como o número do protocolo para que se possa relacionar todas as ligações de atendimento do mesmo. Junto à carta, foi encaminhado como material de apoio as cartilhas: “Mudando Comportamentos” e “Maconha, Cocaína e Inalantes” e/ou “Álcool e jovens”.

6.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS PARTICIPANTES

Critérios de inclusão: todos os usuários que consumiram cocaína e ou álcool no último ano, associado ou não a outras drogas de abuso, com idade entre 18 e 60 anos, que ligaram com o objetivo de cessar o consumo e aceitaram participar do estudo, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9.1).

Critérios de exclusão: foram excluídos os indivíduos que demonstraram incapacidade para responder adequadamente o protocolo de atendimento, os que estavam sob efeito de drogas ou aqueles que não completaram as escalas.

6.4 AMOSTRAGEM E TAMANHO DA AMOSTRA

Seleção dos indivíduos: todos os usuários que consumiram pelo menos uma vez no último ano cocaína e/ou álcool, entre 18 a 60 anos, que aceitaram verbalmente participar do estudo, após a leitura do consentimento informado.

Tamanho da amostra: compreendeu todos os usuários de álcool e ou cocaína ou de ambas as substâncias psicoativas que retornaram para o VIVAVOZ no seguimento de 24 horas após o início do acompanhamento. Os clientes que não ligaram, foi feita uma ligação pró ativa (o serviço liga para o cliente). No período de julho de 2011 a novembro de 2012, totalizando 838 usuários.

6.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Protocolo Geral de Atendimento: este instrumento visa obter dados gerais da caracterização do cliente, incluindo sexo, idade, estado marital, profissão, renda familiar, grau de escolaridade, cidade da qual está sendo realizada a consulta, hora e duração da chamada e dados sobre a classificação da pergunta, incluindo centros de tratamento, informações sobre drogas, material informativo, outras e retorno, além do tipo de droga (Fernandes et al., 2010). É realizada na primeira ligação do cliente (Anexo 9.2).

Questionário para Avaliação do Consumo de Drogas de Abuso: essas questões visam caracterizar e/ou medir quantidade, frequência e padrão de consumo. Para isto, foi utilizado um questionário, no primeiro contato do cliente, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o qual tem sido amplamente utilizado no Brasil (FOSTER et al., 1992; GALDURÓZ et al., 2004), (Anexo 9.3).

Questionário para Avaliação da Dependência Química: questionário formulado para estimar dependência, elaborado pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA], (1996; 1999), é baseado em 6 dos 7 itens existentes no DSM-IV^{TR}. É aplicado na primeira ligação, e os respondentes são definidos como dependentes de alguma substância, caso respondam afirmativamente, pelo menos a 2 critérios do questionário (Anexo 9.4).

Ligações de Seguimento: utilizadas para acompanhar o usuário durante o processo de redução e ou cessação do consumo, tem por objetivo verificar quais usuários não pararam, quais reduziram o consumo da droga de abuso utilizada ou quais recaíram.

Inventário de Depressão de Beck (BDI): É um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais, cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. Cada categoria contém quatro alternativas, que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. Quanto à classificação da intensidade dos sintomas, a normatização da versão brasileira do Inventário de Depressão de Beck (BDI) estabelece intensidade mínima (0-11), leve (12-19), moderada (20-35) e grave (36-63). Contudo, o escore de 21 pontos ou mais tem sido sugerido como indicativo da existência de depressão clinicamente significativa. O BDI apresenta 0,86 de índice de confiabilidade e 97% de concordância entre entrevistadores. No Brasil, o BDI foi validado por Gorestein e Andrade (1996), com índices de consistência interna (0,81) para a população geral e (0,88) para a população clínica (PEUKER et al, 2010). O BDI não tem pretensão diagnóstica. Por ser um instrumento padronizado, pode falhar na detecção em pacientes que negam seu sofrimento emocional, no entanto colabora com a identificação de possíveis sintomas somáticos relacionados a doença (Costa et al., 2012). Assim como muitos trabalhos recentes na literatura que investigam os sintomas depressivos, o BDI II foi preterido pelo BDI pela sua grande utilização como bateria de avaliação na literatura (Carmody et al., 2012). O BDI foi aplicado nas ligações de seguimentos de 24 horas (Anexo 9.5).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para Episódio Depressivo Maior Atual: O MINI pode ser utilizado para a seleção rápida de populações em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos (Amorim, 2000). A escala confere ao entrevistado o diagnóstico de episódio depressivo maior. O questionário contém 11 questões, com opções de respostas sim ou não. A entrevista envolve sentimentos de tristeza, culpa, alterações de apetite e de disposição física, sentidos nas últimas duas semanas e, dependendo dessas respostas, se investiga a presença do episódio depressivo maior passado. Está em conformidade com os critérios do DSM IV e CID (Classificação Internacional de Doenças) (Amorim, 2000; Sheehan et al., 1998). O MINI foi aplicado nas ligações de seguimentos de 24 horas (Anexo 9.6).

6.6 IMPLEMENTAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço VIVAVOZ, o qual tem em sua estrutura física um *Call Center* com 10 estações de atendimento, funcionando 24 horas todos os dias, com capacidade para atender 4.800 chamadas por mês. As 4 equipes de atendimento são compostas por 10 atendentes por turno (estudantes em formação na área de saúde) e um supervisor aluno de mestrado ou doutorado. Para as atividades foi criado um Software que permite:

- monitorar o atendimento telefônico realizado pelos consultores
- protocolar as solicitações dos clientes e as respostas fornecidas pelo consultor
- registrar chamadas: total das chamadas, tempo de espera para atendimento, número de atendimento realizados por turno, dia, e mês.
- resgatar as informações gravadas para o planejamento de ações preventivas

6.7 PLANEJAMENTO DA ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi construído a partir das informações do protocolo de atendimento telefônico ao usuário de drogas e posteriormente digitados no programa Excel. A análise foi conduzida pelo programa IBM Statistics 19. Dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão, e dados qualitativos por frequência absoluta e percentual. A comparação entre as variáveis categóricas foi realizada através do teste do Qui-quadrado, e para variáveis contínuas foi utilizado teste T de Student para comparação entre médias nos casos de distribuição normal. Para as variáveis que não apresentaram uma distribuição normal o teste Mann-Whitney (não-paramétrico) foi utilizado.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa por meio de consentimento livre e esclarecido. A todos os entrevistados foi garantido o anonimato e a confidencialidade de seus dados pessoais. Além disso, foi explicado o destino do conteúdo das entrevistas, seu uso exclusivo para fins de pesquisa e ressaltado sua livre contribuição para a realização deste estudo. O estudo foi avaliado (cadastro 746/11) pelo comitê de ética (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), e aprovado conforme parecer consubstanciado sob o número 1320/11 (ANEXO 9.1).

7 REFERÊNCIAS

AFUWAPE, S.A. Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness)? A review of the literature. **Rethink**, nov, 2003 .

ALBANESE, A.P. Management of Alcohol Abuse Alcohol Use Disorders. **Clin Liver Dis**, vol.16, 737–762, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cld.2012.08.006>

ALKMIM, M.B.; FIGUEIRA, R.M.; MARCOLINO, M.S.; CARDOSO, C.S.; ABREU, M.P.; CUNHA, L.R.; CUNHA, D.F.; ANTUNES, A.P.; RESENDE, A.G.A.; RESENDE, E.S.; RIBEIRO, A.L.P. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. **Bull World Health Organ**; 90:373–378, 2012.

ALLEN, N.B.; BADCOCK, P.B.T. Darwinian models of depression: A review of evolutionary accounts of mood and mood disorders. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**. vol. 30, 815–826 06, 2006.
doi:10.1016/j.pnpbp.2006.01.007

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI S.B.; BUSNELLO, E.D. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**. 1997 Dec;171:524-9.

AMARAL, R.A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A.G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev Bras Psiquiatr**, vol 32, Supl II, out 2010.

ALMEIDA, R.B.; CALDAS, M.T. As Dificuldades e Sucessos no Tratamento do Usuário de Crack . **Neurobio**, abr./jun., 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais, 4ª Ed., **Ed Artmed**, Porto Alegre, 1995.

AMITI, M.M.; DONENBERG, G.R.; OUELLET, L.J. Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. **Drug Alcohol Depend**, 124, 70– 78, 2012.

AMORIN, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr**, 22 106-115, 2000.

ARIAS, F.; SZERMAN, N.; VEJA, P.; MESIAS, B.; BASURTE, I.; MORANT, C.; OCHOA, E.; POVO, F.; BABIN, F. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. **Rev Psiquiatr Salud Ment**. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002>

AUGUSTA, M.; MARCON, S.S.; COSTA, J.B.. Caracterização das interações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Rev. Bras. Enfermagem**, 63(5): 735-40, 2010.

BARROS, J.E.F; WINTER, D.H.; CÉSAR, K.G. ; GAVINIER, L.C.S. ; ALENCAR, M.J.; FARIA, M.C.S.; Transtornos relacionados ao uso de álcool em 1901 pacientes atendidos no pronto socorro municipal de Taubaté no ano 2000 Contribuição para educação sociocêntrica em neurologia. **Arq Neuropsiquiatr**, 62(2-A):307-312, 2004.

BAYARD, M.; MCINTYRE, J.; HILL, K.R.; WOODSIDE, J. Alcohol Withdrawal Syndrome. **Am Fam Physician**, 69, num 6, 2004.

BECK, A.T.; ALFORD, B.A. Depressão Causas e tratamento **Ed. ARTMED**, Porto Alegre, 2011.

BRUIJNZEEL, A.W.; REPETTO, M.; GOLD, M.S. Neurobiological mechanisms in addictive and psychiatric disorders. **Psychiatr Clin N AM** , 27, 661–674, 2004.

BÜHLER, M.; MANN, K. Alcohol and the Human Brain: A Systematic Review of Different Neuroimaging Methods. **Alcohol Clin Exp Res**, Vol 35, No 10,; pp 1771–1793, 2011.

Bulletin of the World Health Organization . **OMS**, Past issues , vol. 90, n 5: 321-400, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/en/>

CAMPOS, R.N.; CAMPOS, J.A.O.; SANCHES, M. A evolucao historica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnostico diferencial. **Rev Psiq Clín**, vol. 37(4):162-6, 2010.

CARDOSO, L. R. D. ; MALBERGIER, A. ; FERNANDES, T. B. F. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Rev Psiq Clín**, supl 1; 70-75, 2008.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. II Levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país:2005. São Paulo:**CEBRID- Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas** e UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CARMODY, T.P.; DELUCCHI, K.; SIMON, J.A.; DUNCAN, C.L.; N. SOLKOWITZ, S.N.; HUGGINS, J.; LEE, S.K.; HALL. Expectancies Regarding the Interaction Between Smoking and Substance Use in Alcohol-Dependent Smokers in Early Recovery. **Psychol Addict Behav**, Vol. 26, No. 2, 358–363, 2012.

CARVALHO, S. ROSADO, M.. Medicina evolucionária O Futuro Olhando o Passado. **Acta Med Port**, 21: 591-600, 2008.

CHACHAMOVICH, E.; DING, Y.; TURECKI Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: Results from a psychological autopsy study. **Alcohol**, vol. 46, 529-536, 2012.

CONNER, K.R.; PINQUART, M.; HOLBROOK, A.P. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. **Drug Alcohol Depend**, 98, 13–23, 2008.

COSTA, E.F.O.; SANTANA, Y.S.; SANTOS, A.T.R.A.; MARTINS, L.A.N.; MELO, E.V.; ANDRADE, T.M. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira **Rev Assoc Med Brás**, 58(1):53-59, 2012.

CROME, I.; CHAMBERS, P.; FRISHER, M.; BLOOR, R.; ROBERTS, D. The relationship between dual diagnosis: substance misuse and dealing with mental health issues. **Scie**, nº 30, 2009.

DELISLE, V.C.; BECK, A.T.; DOBSON, K.S.; DOZOIS, D.J.A.; THOMBS, B.D. Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado about Nothing? **PLoS One** 7(2), 2012 Disponível em: doi:10.1371/journal.pone.0032490
Acesso em 25 set 2012.

DESPLENTER, F.A.; LAEKEMAN, G.J.; SIMOENS, S.R. Following up patients with depression after hospital discharge: a mixed methods approach. **Int J Ment Health Syst**, 5:28, 2011.

DÍAZ, M.M.; CONTRERAS, A.E.R.; GÓMEZ, B.P.; ROMANO, S.C.; CAYNAS, S.; GARCÍA, O.P. El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. **Salud Mental**, vol. 33, 451-456, 2010.

DIAS, A.C.; VIEIRA, D.L.; GOMES, L.S.; ARAÚJO, M.R.; LARANJEIRA. Longitudinal Outcomes Among a Cohort of Crack Users After 12 Years from Treatment Discharge. **J Addict Dis**, 30:271–280, 2011.

DOWLATI, Y.; HERRMANN, N.; SWARDDFAGER, W.; LIU, H.; SHAM, L.; REIM, E.K.; LANCTÔT, K. A Meta-Analysis of Cytokines in Major Depression. **Biol Psychiatry**;67:446–457, 2010.

DUNCAN, J.; JOHNSON, S.; OU, X.M. Monoamine oxidases in major depressive disorder and alcoholism. **Drug Discov Ther**, 6(3):112-122, 2012.

ESHEL, N.; ROISER, J.P. Review reward and punishment processing in depression. **BIOL PSYCHIATRY**, 68:118–124, 2010.

FACUNDO, H.F.R.; LUNA, R.S.; CASTILLO, A.M.M.; ALMANZA, E.S.E.; López-GARCÍA, L.K.S.; GONZÁLEZ, I.C. Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. **Invest Educ Enferm.**; vol. 29, 442-450, 2011.

FLECK, M.P.; BERLIN, M.T.; LAFER, B.; SOUGEY, E.B.; PORTO, J.A.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F.; HETEM, L.A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev Bras Psiquiatr.** 2009;31.

FERIGOLO, M.; STEIN, A.T.; FUCHS, F.D.; M. T. BARROS, H.M.T. Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study. **Rev Bras Psiquiatr**, 31(2):106-13, 2009.

FERNANDES, S.; FERIGOLO, M.; BENCHAYA, M.C.; MOREIRA, T.C.; PIEROZAN, P.S.; MAZONI, C.G.; BARROS, H.M.T. Brief Motivational Intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users. **Addict Behav**, 35 750-755, 2010.

FERREIRA, P.E.M.; MARTINI, R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev Bras Psiquiatr**, 23(2): 96-99, 2001.

FOLLESA, P. BIAGGIO, F.; TALANI, G.; MURRU, L.; SERRA, M.; BIGGIO, S.G. Neurosteroids, GABAA receptors, and ethanol dependence. **Psychopharmacology**, vol.186: 267–280, 2006.

Disponível em: doi 10.1007/s00213-005-0126-0

FRAILE, M.G.; CALVO, C.G.; PRIETO, R.; GARITANO, I.G. Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. **Actas Esp Psiquiatr**, 39 (6):349-55, 2011.

FUCHS, J.; BUSCH, M.; LANGE, C.; NAVE, C.S. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. **Bundesgesundheitsbl**, 55:576–586, 2012.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), **Sistema Nacional de Informações Tóxico farmacológicas- SINITOX**, 2008.

Disponível

em:

http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=151

FURUKAWA, T.A.; STREINER, D.L.; YOUNG L.T. Antidepressivos y benzodiazepinas para la depresión mayor. **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com> Acesso em: 11 set. 2012.

GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., FONSECA, A.M. & CARLINI, E.A. V Levantamento Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. **CEBRID. UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo**, 2004.

GONÇALVES, F.A.; COELHO, R. Depressão e tratamento:

Apoptose, Neuroplasticidade e Antidepressivos. **Acta Med Port**; vol.19, 9-20, 2006.

GOULD, R.W.; GAGE, H.D.; NADER, M.A. Effects of Chronic Cocaine Self-Administration on Cognition and Cerebral Glucose Utilization in Rhesus Monkeys. **Biol**

Psychiatry, 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.05.001>. Acesso em 24 set 2012.

GREENFIELD, B.L.; VENNER, K.L.; KELLY, J.F.; SLAYMAKER, V.; BRYAN, A.D. The Impact of Depression on Abstinence Self-Efficacy and Substance Use Outcomes Among Emerging Adults in Residential Treatment. **Psychol Addict Behav**, Vol. 26, No. 2, 246–254, 2012.

GUDJONSSON, G.H.; SIGURSSON, J.F.; SIGFUSDOTTIR, I.D.; Susan YOUNG, S. An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. **J Child Psychol Psychiatry**, 53:3, pp 304–312, 2012.

GUIMARÃES, C.F.; SANTOS, D.V.V.; FREITAS, R.C.; ARAÚJO, R.B. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev Psiquiatr RS**, vol. 30, 2008.

HARRIS, R.A.; TRUDELL, J.R.; MIHIC, J.S. Ethanol's Molecular Targets. **Sci Signal.**, 1(28): re7. doi:10.1126/scisignal.128re7, 2009.

HARRISON, C. & ABOU-SALEH, M. T. (2002) Psychiatric disorders and substance misuse psychopathology. **APT**, pp. 43–57, vol. 10, 352–360, 2004.

HIDES, L.M.; ELKINS, K.S.; SCAFFIDI, A.; COTTON, S.M.; CARROL, S.; LUBMAN, D.I. Does the addition of integrated cognitive behaviour therapy and motivational interviewing improve the outcomes of standard care for young people with comorbid depression and substance misuse? **MJA**; 195: S31–S37, 2011.

HINDMARCH, I. Beyond the monoamine hypothesis: mechanisms, molecules and methods. **Eur Psychiatry**, 17 Suppl 3:294-9, 2002.

HERRERO, M.J.; SALVANY, A.D.; BRUGAL, M.T. Itinere Investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. **Addiction**,;103:284-93, 2008.

HESS, A.R.B.; ALMEIDA, R.M.M.; MORAES, A.L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estud. psicol**, 17(1), 171-178, 2012.

HURLEY, L.L.; YOUSEF, T. Neuroinflammation, Neurodegeneration, and Depression. **Neurotox Res**, 2012.

IGWE, W.C.; OJINNAKA, N.C. Mental health of adolescents who abuse psychoactive substances in Enugu, Nigeria - A cross-sectional study. **Ital J Pediatr**, 36:53, 2010.

JUSTO, L.P.; CALIL H.M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev Psiq Clín**, 33: 74-9, 2006.

KALOKHE, A.S.; PARANJAPE, A.; BELL, C.E.; CARDENAS, G.A.; KUPER, T.; METSCH, L.R.; RIO, C. AIDS. Intimate Partner Violence Among HIV-Infected Crack Cocaine Users. **Patient care and STDs**, vol 26, num 4, 2012.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PORTO, A.R.; SCHEK, G.; CORTES, J.M.; OLIVEIRA, M.M. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, 45(6):1481-7, 2011

KILLINGER, C.E.; ROBINSON, S.; STANWOOD, G.D. Subtle Biobehavioral Effects Produced by Paternal Cocaine Exposure. **Synapse**, 66:902–908, 2012.

KRISHNAN, V.; NESTLER, E.J. The molecular neurobiology of depression. **Nature**, 6; 455(7215): 894–902, 2008.

LAMBKIN, F.J.K.; L BAKER, A.L.; KELLY, B.; LEWIN, T. Clinician-assisted computerised versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorders: a randomised controlled Trial. **MJA**, 2011; 195: 44–50.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C.S.; RIBEIRO, M. PINSKY, R.C.; MITSURO, S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas O Uso de Cocaína e Crack no Brasil. **UNIFESP**, São Paulo, 2012.

LARANJEIRA, R.; S. MITSUHIRO, S.S. Addiction Research Centres and the Nurturing of Creativityadd_ National Institute on Alcohol and Drugs Policies, Brazil. **Addiction**, 107, 727–732, 2011.

LAU, M.E.; WAY, B.B.; FREMONT, W.P. Assessment of Suny Upstate Medical University's child telepsychiatry consultation program. **Int J Psychiatry Med**. 42(1):93-104, 2011.

LEE, S.; JEONG, J.; KWAK, Y.; PARK, S.K. Depression research: where are we now? **Mol Brain**, 3:8, 2010.

LEIKNES, K.A.; SCHWEDER, L.J. HØIE, B. Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. **Brain and Behavior**, 2(3): 283–345, 2012.

LEVINE, T.P.; LESTER, B.; LAGASSE, L.; SHANKARAN, S.; BADA, H.S.; BAUER, C.R.; WHITAKER, T.M.; , R.; HAMMOND, J.; ROBERTS, M.B. Psychopathology and Special Education Enrollment in Children With Prenatal Cocaine Exposure. **J Dev Behav Pediatr**, vol 33, 377–386, num. 5, 2012.

LIMA, A.; ROSSINI, S.; REIMÃO, R. Chronic Cocaine Users: Sleep Patterns, Depressive and Anxiety Symptoms. **Neurobiologia**, vol. 73 (3), 2010.

LINTON, S.J.; BERGBON, S. Understanding the link between depression and pain. **Scand J Pain**, 2, 47–54, 2011.

LIU, R.T.; ALLOY, L.B. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. **Clin Psychol Rev**, 30, 582–593, 2010.

LOBO, I.A.; HARRIS, R.A. GABAA receptors and alcohol. **Pharmacol Biochem Behav**, 90 90–94, 2008.

LOEBER, S.; DUKA, T.; uka, MÁRQUEZ, H.W.; NAKOVICS, H.; HEINZ, A.; MANN, K.; FLOR, H. Effects of Repeated Withdrawal from Alcohol on Recovery of Cognitive Impairment under Abstinence and Rate of Relapse. **Alcohol Alcohol**, pp. 1–7, 2010.

LOPES, C.S.; COUTINHO, E.S.F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, vol.33 n.5 São Paulo Oct. 1999.

LYNN, E Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: A review. **J Emerg Nurs**, vol 36, 2010.

LÜSCHER, C.; MALENKA, R.C. Drug-Evoked Synaptic Plasticity in Addiction: From Molecular Changes to Circuit Remodeling. **Neuron** 69, February 24, 2011. DOI 10.1016/j.neuron.2011.01.017

MARCON, S.R.; RUBIRAL, E.A.; ESPINOSA, M.M.; BARBOSA, D.A. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.20 no.1 Jan./Feb. 2012

MALETIC, V.; ROBINSON, M.; OAKES, T.; IVENGAR, S.; S. G. BALL, S.G.; RUSSELL, J. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. **Int J Clin Pract**, 61, 12, 2030–2040, 2007.

MARMOSTEINA, N.R.; IACONOB, W.G.; MALONEB, S.M. Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. **Drug Alcohol Depend**, 107 154–160, 2010.

MARTÍNEZ, L.C. Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. **Secretaría general de sanidad delegación Del gobierno para El plan nacional sobre drogas**. Madrid, 2005.

MCDERMOTT, M.J.; TULL, M.T.; SOENKE, M. Kim L. GRATZ, K.L. Masculine Gender Role Stress and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Among Inpatient Male Crack/Cocaine Users. **Psychol Men Masc.**, vol. 11, num 3, 225–232, 2010.

McEWEN, B. S.; CHATTARJI, S.; DIAMOND, D.M.; JAY, T. M.; REAGAN, L.P.; SVENNINGSSON, P.; FUCHS, E. The neurobiological properties of Tianeptine (Stablon): from monoamine hypothesis to glutamatergic modulation. **Mol Psychiatry**, 15(3): 237–249, 2010.

McKAY, J.R.; HORN, D.V.; OSLIN, D.; IVEY, M.; DRAPKIN, M.; COVIELLO, D.; YU, Q.; LYNCH, K.G. Extended Telephone-Based Continuing Care for Alcohol Dependence: 24 Month Outcomes and Subgroup Analyses; **Addiction**, October ; 106(10): 1760–1769, 2011. Disponível em: doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03483.x.

MESSAS, G.P; FILHO, H.P.V. O papel da genética na dependência do álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, 26(Supl I):54-58, 2004.

MOHR, D.C.; HO, J.; DUFFECY, J.; REIFLER, D.; SOKOL, L.; BURNS, JIN, L. Juned Siddique, DrPH Effect of Telephone-Administered vs Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy on Adherence to Therapy and Depression Outcomes Among Primary Care Patients A Randomized Trial. **JAMA**, jun6, vol. 307, nº 21, 2012.

MONCRIEFF, J.; WESSELY, S.; HARDY, R. Placebos activos versus antidepressivos para la depresión. **La Biblioteca Cochrane Plus**, Oxford, vol. 2, 2008.: Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com>. Acesso em:24 set 2012.

NETO, M.L.R.; REIS, A.O.A.; VASCONCELOS, C.A.C.; LIMA, N.N.R.; CARTAXO, J.S.; FERREIRA, M.L.A.; JÚNIOR, J.A.D. Histórias de vida sobre o fenômeno depressivo. **Arq Bras Ciênc Saúde**, v.36, n. 3, p. 155-9, 2011

NUNES, E.V NESTLER, E.J. The Neurobiology of Cocaine Addiction. **Sci Pract Perspect**, 2 0 0 5.

NUNES, E.V.; LEVIN, F.R. Treatment of Depression in Patients With Alcohol or Other Drug Dependence A Meta-analysis. **JAMA**. 291(15):1887-1896, 2004.

OBANDO, P.; KLIEWER, W.; MURRELLE, L.; SVIKIS, D. The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents. **Drug Alcohol Depend**, 76, 37–44, 2004.

O'BRIEN, C.P.; MCLEILLAN, A.T.; CHILDRESS, A.R.; WOODY, G.E. Penn/VA center for studies of addiction. **Neuropharmacology**, 56,44–47, 2009.

OLIVEIRA, G.F.; LUCESI, L.B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. **Rev Latinoam Enferm**, 18(Spec):626-33, 2010.

OLIVEIRA, T.C.; BRANQUINHO, M.J.; GONÇALVES L. State of the art in telemedicine - concepts, management, monitoring and evaluation of the telemedicine programme in Alentejo (Portugal). **Stud Health Technol Inform.**,179:29-37, 2012.

OLER, J.A.; FOX, A.S.; SHELTON, S.E.; ROGERS, J.; DYER, T.D.; DAVIDSON, R.J.; SHELLED, W.; OAKES, T.R.; BLANGERO, J.; KALIN, N.H. Amygdalar and hippocampal substrates of anxious temperament differ in their heritability. **Nature**. August 12; 466, 2010.

OLIVEIRA, R.G.; BRIEZTKE, E.; TEIXEIRA, A.; PEZZI, J.C.; ZANINI, M.; LOPES, R.P.; BAUER, M.E. Peripheral chemokine levels in women with recurrent major depression with suicidal ideation. **Rev Bras Psiquiatr.**, 34:71-75, 2012.

ORGANIZAÇÃO MULDIAL DA SAÚDE, 2004, Organización Panamericana de la Salud, 2005 Neuroscience of psychoactive substance use and dependence Disponível em:http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

ORGANIZAÇÃO MULDIAL DA SAÚDE. World Report on Violence and Health. Geneva, Switzerland, 185–212, 2002 Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

ORES, L.C.; QUEVEDO, L.A.; JANSEN, K.; CARVALHO, A.B.; CARDOSO, T.A.; SOUZA, L.D.M.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, 28 (2):305-312, fev, 2012.

OSTACHER, M.J. Comorbid Alcohol and Substance Abuse Dependence in Depression: Impact on the Outcome of Antidepressant Treatment. **Psychiatr Clin N AM**, 30, 69–76, 2007.

PENNINGS, E.J.M.; LECCESE, A.P.; WOLFF, F.A. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. **Addiction**, 97, 773–783 2002.

PEUKER, A.C; ROSEMBERG, R; CUNHA, S.M; ARAÚJO, L.B. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. **Paidéia**, vol. 20, No. 46, 165-173, 2010.

POMPILI, M.; SERAFINI, G.; INNAMORATI, M.; DOMINICI, G.; FERRACUTI, S.; KOTZALIDIS, G.D.; SERRA, G.; GIRARDI, P.; JANIRI, L.; TATARELLI, R.; SHER, L.; LESTER, D. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. **Int J Environ Res Public Health**, 7, 1392-1431, 2010.

PONCE, J.C.; PONCE, G.; JESUS, M.G.S.; LEYTON, V.; UMÑÓZ, D.R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo Rev. Psiq. Clín, 35, supl 1; 13-16, 2008.

PLEWNIA, C.; PADBERG, Transkranielle und invasive Hirnstimulationsverfahren bei Depression. **Der Nervenarzt**, vol. 8, 2012

PORTER, J.N.; OLSEN, A.S.; GURNSEY, K.; DUGAN, B.P.; JEDEMA, H.P.; BRADBERRY, C.W. Chronic cocaine self-administration in rhesus monkeys: impact on associative learning, cognitive control, and working memory. **Neurosci**, vol 30, 4926–4934, 2011.

PULCHERIO, G.; STOLF, A.R.; PETTENON, M.; FENSTERSEIFER, D.P.; KESSLER, F. Crack – da pedra ao tratamento. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul.-set. 2010.

PORTO, J.A.D. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras de Psiquiatr**, Depressão - vol. 21, 1999.

RODRIGUEZ, A.H.; SIMICH, L.; STRIKE, C.; BRANDS, B.; GIESBRECHT, N.; KHENTI, A. Policonsumo Simultâneo de Drogas em Estudantes Del Área de La Salud em Uma Universidad, León- Nicaragua. **Texto Contexto Enferm**,; 21, 79-86, 2012.

ROSE G.L.; Brown Jr., R.E. The impaired anesthesiologist: not just about drugs and alcohol anymore. **J Clin Anesth**, 22, 379–384, 2010.

RICHARDS, D. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. **Clin Psychol Rev**, vol. 32, 329–342, 2012. Disponível em: doi:10.1016/j.cpr.2012.02.004

SALEH, K.; CARBALLEDO, A.; LISIECCK, D.; FAGAN, A.J.; CONNOLLY, G.; BOYLE, G.; FRODL, T .Impact of family history and depression on amygdala volume. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2012, doi:10.1016/j.psychresns.2011.10.004

SAMET, S. FENTON, M.C.; NUNES, E.; GREENSTEIN, E.; AHARONOVICH, E.; HASIN, D. Effects of Independent and Substance-induced Major Depressive Disorder on Remission and Relapse of Alcohol, Cocaine and Heroin Dependence. **Addiction**, 2011. Disponível em: doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04010.x. Acesso em: 12 set. 2012.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, A.G.; , MONTEIRO, C.A.; Barreto SM, Chor D et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**; 377(9781):1949-61, 2011.

SCHUMANN, I.; SCHNEIDER, A.; KANTERT, C.; LÖWE, B.; LINDE, K. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. **Fam Pract**, vol. 29, 255–263 2012 Disponível em: doi:10.1093/fampra/cmr092

SCLAFANI, V.; SHAMS, M.T.; PRICE, L.J.; FEIN, G. Neuropsychological performance of individuals dependent on crack–cocaine, or crack–cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. **Drug Alcohol Depend**, num 66, 161–171, 2002.

SIHVOLA, E.; ROSE, R.J.; DICK, D.M.; PULKKINEN, L.; MARTTUNEN, M.; KAPRIO, J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescent:: A prospective study of adolescent finnish twins: Early-onset depressive disorders and substance use. **Addiction**, 103(12): 2045–2053, 2008.

SILVA, L.H.P.; BORBA, L.O.; PAES, M.R.; GUIMARAES, A.N.; MANTOVANI, M.F.; MAFTUM, M.A. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery**, vol.14, no. 3, 2010.

SILVEIRA, C.M.; SILVEIRA, C.C.; SILVA, J.G.; SILVA, L.M.; A.G.; ANDRADE, L.H.S.G. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Psiq. Clín**, 35, supl 1; 31-38, 2008

SILVEIRA, C.M.; SIU, E.R.; WANG, Y.P.; VIANA, M.C.; I, A.G.; ANDRADE, L.H. Gender differences in drinking patterns and alcohol related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. **CLINICS**, vol. 67(3):205-212, 2012. Disponível em: DOI:10.6061/clinics/2012(03)01

SNYDER, J.S.; SOUMIER, A.; BREWER, M.; PICKEL, J.; CAMERON, H.A. Adult hippocampal neurogenesis buffers stress responses and depressive behaviour. **Nature**, vol. 476, 25 ago, 2011.

SOTOS, J.R.; MARTÍNEZ, I.P.; HIDALGO, J.L.T.; PRETEL, F.A.; BRAVO, B.N. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones:Telemedicina. **Rev Clin Med Fam**,; 4 (1): 42-48, 2011.

TOMASI, D.; VOLKOW, N.D.; WANG, R.; CARRILO, J.H.; MALONEY, T.; KLEIN, N.A.; WOICIK, P.A.; TELANG, F.; GOLDSTEIN, R.Z. Disrupted Functional Connectivity with Dopaminergic Midbrain in Cocaine Abusers. **Plos One**, vol 5, 108-15, 2010.

TORRES, E.O.S.; LUGO, L.M.; FERNANDÉZ, M.J.; HERNÁNDEZ, R.M. Telemedicina: ¿futuro o presente? **Rev Habanera Cienc Méd**, 9(1)127-139, 2010.

TREW. J.L. Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. **Clin Psychol Rev**, 31, 1156–1168, 2011.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS. **Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo, 2012. Disponível em: ago. 2012.

VIOLA, T.W.; CARDOSO, C.O.; FRANCKE, I.D.; GONÇALVES, H.A. ; PEZZI, J.C.; ARAÚJO, R.B.; FONSECA, R.P.; OLIVEIRA, R.G. Tomada de decisão em dependentes de crack: um estudo com o Iowa Gambling Task. **Estud Psicol**, vol. 17, 99-106, 2012.

VOLKOW, N.D. The Reality of Comorbidity: Depression and Drug Abuse. **Biol Psychiatry**, 56:714–717, 2004.

ZALESKI, M.; MORATO, G.H, SILVA, V.A.; Lemos T. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, 26(Supl I):40-42, 2004.

WANCATA, J.; FRIEDRICH, F. DEPRESSION: A Diagnosis aptly used? Depression: Wird die diagnose richtig verwendet? **Psychiatr Dan**, Vol. 23, No. 4, pp 406-411, 2011.

WENZEL, S.L.; GREEN, H.D.; TURCKER, J.S; GOLINELLI, D.; KENNEDY, D.P.; RYAN, G.; ZHOU, A. The social context of homeless women's alcohol and drug use. **Drug Alcohol Depend**, 105, 16–23, 2009.

WILLIS, O.J.; MANN, R.; STRIKE C.; BRANDS B.; KHENTIA. Estudio De La Comorbilidad Entre Distrés Psicológico y Abuso De Drogas En Pacientes En Centros De Tratamiento. **Texto Contexto Enferm**, vol.21, 159-67, 2012.

WU, P.; HOVEN, C.W.; LIU, X.; FULLER, C.J.; FAN, B.; MUSA, G.; WICKS, J.; MANDELL, D.; COOK, J.A. The relationship between depressive symptom levels and subsequent increases in substance use among youth with severe emotional disturbance. **J Stud Alcohol Drugs**, 69(4): 520–527, 2008.

WUWONGSE, S.; CHANG, R.C.C.; LAW, A.C.K. The putative neurodegenerative links between depression and Alzheimer's disease. **Prog Neurobiol**, 91, 362–375, 2010.

8 ARTIGO**RISK FACTORS FOR DEPRESSIVE EPISODES AND SYMPTOMS IN
ALCOHOL AND/OR COCAINE USERS**

Roger Camargo, Luciana Signor, Cassandra Bortolon, Mauro Terra, Maristela Ferigolo,
Helena Maria Tanhauser Barros

Abstract

Introduction: The simultaneous occurrence of depression and drug use is common among individuals with chemical dependency. Drug users tend to be more seriously affected by depression compared with non-users, and screening for depression is required along the course of therapy. **Aims:** To identify risk factors for depressive episodes and depressive symptoms in alcohol and/or cocaine/crack users. **Results:** Among the investigated population of drug users, 66.5% exhibited moderate to severe depressive symptoms, and 57.7% met the diagnostic criteria for current depressive episode. Low schooling was a risk factor for the occurrence of depressive symptoms (odds ratio - OR= 1.4; 95% confidence interval - CI: 1.1-2.2), and female gender was a risk factor for depressive episodes (OR= 1.5; 95% CI: 1.0-2.4). In addition, crack use was associated with the occurrence of depressive episodes ($p= 0.014$). **Conclusions:** The present population of drug users, assisted by a telemedicine service, exhibited high prevalence of depressive manifestations, particularly crack users, individuals with low schooling, and female drug users. Further studies are needed to investigate methods for the treatment of depression in drug users undergoing the initial stages of cessation.

Keywords: depression, cocaine, alcohol, depressive symptoms, depressive episode

Depression is a common mental disorder that presents inherent symptoms including apathy, anhedonia, and hopelessness (DSM IV^{TR}, 1995). Depression affects approximately 121 million people worldwide, and the World Health Organization (WHO) characterizes depression as the main cause of disability. In Brazil, 4.1% of the population was reported in 2008 as having depression (WHO). Depressive symptoms are stronger and more frequent among the users of legal and illegal drugs (Nace, 1984; Fergusson et al, 2009; Torrens et al, 2011). Some studies have shown that 20.3% of individuals with alcohol dependency were diagnosed with depression or anxiety, and

approximately 10% of drug users with cocaine/crack dependency exhibited severe depressive symptoms (Guimaraes et al., 2008; Boschloo et al., 2011).

Telemedicine, as an approach to the treatment of chronic diseases, achieved positive results (Dobkin et al., 2011; Yeung et al., 2009). The use of technologies contributed to reducing the depressive symptoms (Furukawa et al., 2012; Fortney et al., 2013). Telephone interventions were beneficial in the case of drug users, facilitating abstinence from alcohol, cocaine/crack, tobacco, and marijuana. (Fernandes et al., 2010; Bisch et al., 2011).

Alcohol and cocaine use worsens depression, increases the risk of comorbidities and suicide, and interferes with the efficacy of the face-to-face treatment of this mental disorder (Torrens et al., 2011; Dvorak et al., 2013; Bolotner et al., 2011; Casares-López et al., 2011). In addition, chemical dependency is a risk factor for depression, particularly among females and individuals older than 60 years old, with low income, low schooling, who are unemployed and have little contact with their families (Bolotner et al., 2011). Therefore, knowledge concerning the mood disorders of drug users, based on telemedicine resources, is important for the elaboration of screening programs, interventions in mental health, and substance cessation support. The aim of the present study was to use telemedicine resources to investigate episodes of major depression, depressive symptoms, and associated risk factors among alcohol and/or cocaine users.

Methods This cross-sectional study was conducted with 838 alcohol and/or cocaine users. Data collection was performed from July 2011 to November 2012. All volunteers were older than 18 years of age and agreed to participate in the telephone intervention and follow-up consultation for drug cessation through VIVAVOZ (National Service of Orientation and Information on Drug Use Prevention). The volunteers who did not complete the interviews or exhibited a poor understanding of the instruments were excluded from the study. VIVAVOZ is a nationwide public interest service that provides support and information on drugs and treatment facilities and telephone interventions to drug users and their relatives 24 hours a day (Souza et al., 2008; Portal Brasil, 2012; MJ, 2012).

The consultants, who were health science students with training in drug abuse, telephone counseling, and brief motivational intervention performed data collection (Barros et al., 2008). The sociodemographic data, including gender, schooling, marital status, and family income and information on the type, amount, and intensity of drug use for each participant, were obtained and stored using computer software.

The consultants were trained using a theoretical course and practice in the application of the instrument used in the present study to collect data on depressive symptoms and current depressive episodes. The users were offered follow-up

consultation for 6 months. The consultants and volunteers agreed on a date to stop drug use, which was followed by calls to the service at 24 hours, 3, 7, and 30 days after cessation. The investigators performed an active search and called the volunteers who missed the follow-up appointments scheduled at 3, 7, and 30 days after the first contact.

The instrument used to assess drug use and dependency and collect sociodemographic data were applied at the initial contact. The instrument to assess depression were applied at the second contact, 24 hours later. The volunteers were divided into three groups: up to 7 days of abstinence, 8 to 30 days of abstinence, and failure to stop using drugs.

The National Household Surveys on Drug Abuse (NHSDA) measures the prevalence of drug use and abuse. This statistical test has been used in numerous epidemiological surveys in Brazil (SAMHSA, 1999; Carlini and Galduroz, 2007). According to the NHSDA, drug use is established when at least two of the following criteria are met: a) the individual spends a great deal of time obtaining and using the drug, or getting over the drug effects; b) the individual used the drug more often or in larger amounts than intended; c) the presence of tolerance (need to use larger amounts of the drug to achieve the same effect as before); d) the individual was exposed to situations involving physical danger under the influence of the drug or after getting over the affects of the drug; e) the individual experienced problems with family, police, school, etc. and/or emotional or psychological difficulties derived from the use of drugs; and f) the individual wants to stop or reduce the use of drugs.

The quantitative data were represented as the mean and standard deviation (SD), and the qualitative data were represented as absolute frequencies and percentages. The categorical variables were compared using the chi-square test, at a significance level of $p < 0.05$. In the case of the continuous variables, analysis of variance (ANOVA), followed by Student's t-test, was used to compare the averages of the data with normal distribution. The variables with $p < 0.20$ in the bivariate analysis were included in the multivariate analysis performed to control the potential confounding factors. The statistical analysis was performed using IBM Statistics 19 software.

The depressive symptoms were analyzed using the Beck Depression Inventory (BDI), a 21-question multiple-choice self-report inventory, from which the interviewee is asked to select the description that best matches his or her feelings during the past week. The final score is classified in one among four psychiatric categories: < 9 – no or minimal depression; 10 to 18 – mild to moderate depression; 19 to 29 – moderate to severe depression; and 30 to 63 – severe depression. The questions are designed to assess feelings and cognitive and physical behaviors. In Brazil, the BDI has been validated for the overall (internal consistency index = 0.81) and clinical (internal consistency index = 0.88) populations (Gorestein and Andrade, 1998). BDI has also

been validated for verbal application. The cutoff point was established as 19, whereby lower scores indicated minimal to moderate depressive symptoms, and higher scores indicated moderate to severe symptoms (Cunha, 2001).

Depressive episodes were characterized using the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), an 11-question psychiatric interview, eliciting rapid yes/no answers during a testing period of 15 to 30 minutes. The questions correspond to the diagnostic criteria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10 (Amorin, 2001; Sheehan et al., 1998).

All the participants expressed verbally agreed to the stipulations in the informed consent form. The study was approved through the ethics committee of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA), ruling no. 1320/11. The participants who exhibited depressive symptoms or episodes were informed of the location of mental healthcare facilities and were asked to report the problems experienced during treatment to the healthcare professionals.

Results

Table 1 describes the sociodemographic and drug use data. Most participants were male (82.1%), with an average age of 29.97 years ($SD \pm 7,288$), whereas the average age of the females (17.8% of the sample) was 31.81 years ($SD \pm 9.291$). Most participants were married (60.3%) and poly drug users (78.5%) with a career (76.1%), more than eight years of schooling (58.7%) and low family income (62.5%). More than 70% of the participants stopped using drugs, and more than 50% of the participants experienced depression and exhibited moderate to severe depressive symptoms. Depressive symptoms were detected in 68% of the alcohol users, and 66.8% of the cocaine/crack users.

With regard to drug use in the past month per gender, 40.3% of the females and 42.9% of the males used crack, 88.6% of the females and 83.8% of the males used cocaine, and 84.3% of the females and 90.3% of the males used alcohol. The use of alcohol in the past month ($p = 0.044$) was the only type of drug that exhibited a significant difference between both genders. No difference was observed for crack and cocaine.

At the moment when treatment was applied, 496 (59.2%) participants stopped using drugs, 384 (77.4%) participants stopped using drugs for up to 7 days, and 112 (22.6) participants stopped using drugs for 8 to 30 days. Therefore, the sample comprised three different groups. Among the participants who stopped using drugs, 59.4% exhibited episodes of depression, as did 59.1% of the participants in abstinence

for up to 7 days, and 47.2% of the participants in abstinence for 8 to 30 days ($p= 0.062$). Based on the BDI analysis, 252 (65.6%) of the participants in abstinence for up to 7 days scored above 19, and 62 (55.4%) of the participants in abstinence for 8 to 30 days also exhibited depressive symptoms. Based on the BDI scores, the participants who still used drugs (243, 71.1%) exhibited significantly higher indices of depressive symptoms compared with the participants in abstinence ($p= 0.008$).

Table 2 describes the correlation between the possible risk factors for depression and the frequency of BDI scores above and below the cutoff point. The variables gender, employment, schooling, and alcohol dependency exhibited statistical significance ($p < 0.05$). Logistic regression showed that low schooling was associated with the occurrence of severe depressive symptoms (odds ratio - OR= 1.4; 95% confidence interval - CI: 1.1-2.2).

Table 3 describes the correlation between current depressive episodes and the sociodemographic variables, alcohol, and cocaine/crack dependency. Approximately 60% of the users of either alcohol or cocaine experienced a current depressive episode. In the raw analysis, female gender, lack of employment, and low schooling exhibited statistical significance. In the regression analysis, marriage was a protective factor (OR=0.6; 95% CI: 0.4-0.9), and female gender was confirmed as risk factor for current depressive episodes (OR=1.5; 95% CI: 1.0-2.4).

Table 4 describes the types of drugs and patterns of use described by the participants and their association with depressive symptoms/episodes. Crack use during the past month or anytime in life was associated with depression. Single or multiple drug use was not associated with the occurrence of depressive episodes or severe symptoms. ANOVA did not show significant differences among the patterns of drug use [$F(4.833)= 1.382$; $p=0.238$].

Discussions

Approximately 70% of the alcohol and/or cocaine users who called VIVAVOZ exhibited moderate to severe depressive symptoms the previous week. More than 50% of these users experienced a current depressive episode. Interestingly, there were no statistical differences in depressive symptoms or depressive episode between the single user and polysubstance users. The users of the telemedicine service, included in the present study, exhibited higher rates of depressive symptoms compared with populations assisted face-to-face at traditional healthcare facilities. The prevalence of depression in the previous year in a sample of 1,266 cocaine users in Spain was 21.7%, showing a correlation with poor social support and financial instability (Lee et al., 2010). In a study conducted with

2,329 individuals diagnosed with depression and/or anxiety, 20.3% of the patients with depression had alcohol dependency, showing a significant correlation with male gender and multiple drug use (Boschloo et al., 2011).

The fact that alcohol and cocaine/crack dependency is associated with high prevalence of depressive symptoms/episodes is consistent with the results obtained with alcoholics, and therefore the strong association between depression and the use of those substances is expected. In a study of 400 individuals with alcohol abuse or dependency, the prevalence of depression was 57.3% (Bolotner, 2011). In the outpatient setting, approximately 80% of the alcoholics reported at least one depressive symptom, and up to 30% of these individuals exhibited a current depressive episode (Bruijnzeel et al., 2004). Interestingly, the lack of association between cocaine/crack or alcohol use and higher levels of depressive episodes or symptoms independently from the type of drug combination was observed in the present study.

We also attempted to establish whether the type of drug used exhibits a stronger or weaker correlation with depression. The results showed that use of crack in the past month or year exhibited a significant association with occurrence of current depressive episodes. A cross-sectional study conducted in Brazil using 30 crack users showed moderate to severe depressive symptoms in 50% of these individuals (Fabiano et al., 2008), consistent with the high prevalence of the investigated comorbidity in this particular population. Cocaine/crack withdrawal is typically characterized by periods of depression (Silva et al., 2010), which must be considered when interpreting the outcomes. One study compared groups of crack, cocaine, and other drug users, and did not observe a significant difference in the occurrence of depressive episodes among the groups, although a significant risk of suicide, antisocial personality disorder, and violent behavior (Kessler et al., 2012), likely associated with the occurrence of depression in that population, was observed. In this same study, most participants were multiple drug users, and the prevalence of the combined use of cocaine and alcohol was particularly high, consistent with other studies, due to the mutual potentialization of pleasure (Laranjeira et al., 2012; Katz et al., 1998; Restrepo et al., 2011).

In the present study, among the risk factors for the depression exhibited by the alcohol and cocaine users of the telemedicine service, female gender, low schooling, and the use of crack exhibited statistical significance. Low schooling as a risk factor for depression has been well documented in studies on chemical dependency depressãõ (Ramírez e Martínez, 2011; Hasin et al., 2005). Hailemariam identified age, marital

status, and use of alcohol as significant factors, while low schooling hindered the access to healthcare facilities (Hailemariam et al., 2012).

Despite the significant reduction in the use of cocaine and alcohol, the women in the present sample confirmed the relevance of gender in depression (Boing et al, 2012; Stegenga et al., 2012), as the incidence of depression among females is 10% higher compared with males, even among drug users. The prevalence of depression was also high compared with the Brazilian non-psychiatric population, in which the prevalence of depression is 8.9% among males and 21.9% among females (Cunha et al., 2012). This information is consistent with the increased negative feelings, low self-esteem, and sad feelings that occur among females following the abuse of drugs, such as alcohol and cocaine (Almeida-Filho et al., 1997).

Although the identification of differences based on gender was examined in the present study, the results highlighted the relevance of these factors. In Brazil, females attend school longer than males (IBGE, 2010), indicating that schooling is a risk factor primarily among males, and sociocultural aspects (supervising the family's wellbeing, responsibility for house chores and professional activities) and biological factors typical of the female gender are associated with the significant differences in the depressive episodes between both genders.

Drug users experience difficulties maintaining interpersonal relationships, as much of their time is spent obtaining drugs or recovering from the effects; notably, the behavioral changes induced by these substances also interferes with the maintenance of interpersonal relationships. Thus, the participants in most studies primarily comprise single individuals (Pasa, 2010; Hailemariam et al., 2012). With regard to depression, the lack of affective relationships represents an additional risk factor. An impoverished human environment affords no support when problems arise, thereby worsening depressive symptoms (Cai e Oderda, 2012). The results of the present study confirm the relevance of this factor, as marriage was protective against the occurrence of depressive symptoms/episodes.

A study conducted in the United States with cocaine-dependent and non-dependent crack users did not detect differences in depressive episodes, but observed greater alcohol dependency among cocaine-non-dependent crack users (Falck et al., 2008). The present study showed similar findings regarding the high rates of alcohol dependency among cocaine and crack users, which might also worsen depression. The relationship between alcohol dependency and crack use typically leads to the occurrence

of more severe depressive symptoms compared with the concomitant use of alcohol and cocaine. In a population of crack users infected with the human immunodeficiency virus (HIV), depressive symptoms were positively correlated with the increased frequency of use (Schönnesson et al., 2009). However, it is not known whether the use of crack, independent from use pattern, together with alcohol dependency and low schooling increases the vulnerability of this subset of users to depression compared with non-users of crack. In Brazil, there are few studies specifically conducted with cocaine/crack users (Duailibi et al., 2008; Vargens, 2011), which makes it difficult to perform comparisons between cocaine use and its derivatives relative to the associated comorbidities.

The results of the present study corroborate the close relationship between depression and drug abuse observed in the literature, which poses a challenge to healthcare professionals during treatment. Occasionally, the current depressive episode diminishes with alcohol cessation, but in other cases, depression might be an independent disorder, requiring specific treatment and longer follow up (Casas & Guardia, 2002). Thus, the screening and assessment of depression is of paramount importance for the treatment of drug users.

Depression might be a protective factor relative to the maintenance of abstinence (Terra et al., 2007). Depressive individuals often exhibit rumination, focusing one's thoughts on negative feelings and current problems (Watkins e Baracaia, 2002; Watkins e Brown, 2002). The fact that a large fraction of the individuals, who sought the assistance of the telemedicine service to stop using alcohol and/or cocaine, exhibited severe depressive symptoms or current depressive episodes might indicate that negative feelings are protective factors for abstinence and the search for help to solve drug problems. The telemedicine service might act as a first agency, prompting individuals to seek help, and the particular advantages of this service might reflect the choice of the participants.

Conclusions

The risk factors for the depressive feelings of cocaine/crack and alcohol users assisted by telephone included low schooling, female gender, and marital status. The presence of affective relationships is a protective factor associated with both depression and the combined comorbidity. The participation and eventual understanding of spouses relative their partner's alcohol or cocaine dependency is strongly correlation with severe depressive symptoms.

The occurrence of depressive episodes or severe depressive symptoms was not associated with either single or multiple drug use in the investigated population. Different combinations of drugs did not exhibit differences in the occurrence of depressive symptoms/episodes, even when compared with single drug use. However,

crack use has been associated with the occurrence of current depressive episodes. As the present population primarily comprised multiple drug users, it is difficult to identify the exact pattern of use associated with the occurrence of depressive symptoms/episodes. Nevertheless, a discussion of whether crack users are more exposed to depression compared with other drug users is relevant.

The relevance of the study and understanding of the risk factors associated with the joint occurrence of depression and drug use, its relationships with the drugs separately or in groups, and the need for a thorough investigation of the influence of gender are emphasized. More studies are needed to address the population that uses cocaine in different ways.

The limitations of the present study are derived from the difference between the number of males and females in the sample, and the fact that the correlation between the depressive episodes/symptoms and tobacco use was not assessed. The fact that the sample primarily comprised multiple drug users might hinder the identification of the precise substance that bears a greater association with depression. Few studies addressed crack and cocaine users separately, which makes comparisons of the relative strength of the association of crack and cocaine with depression difficult. Although MINI was successfully used in other studies with telephone interventions (Faller et al., 2012; Christensen et al., 2011; Matthey e Ross-Hamid, 2011), no specific version has been validated for telephone use. Moreover, BDI has been used in several studies with telephone interventions (Spendlove et al., 1984), but it also lacks a specific version validated for telephone use.

Table 1 - Sociodemographic characteristics, alcohol and/or cocaine/crack dependency and abstinence evaluated using MINI and BDI

	n	%
Gender		
Female	149	(17.8)
Male	689	(82.1)
Employment^a (n=818)		
No	180	(21.5)
Yes	638	(76.1)
Shooling (n=821)		
< 8 years	329	(39.3)
> 8 years	492	(58.7)
Marital status (n=827)		
Married	505	(60.3)
Single	322	(38.4)
Family income (n=811)		
Up to R\$ 1,500.00	524	(62.5)
> R\$ 1,500.00	287	(34.2)
Alcohol dependency (n=689)		
Yes	558	(81)
No	131	(19)
Cocaine dependency (n=741)		
Yes	660	(89.1)
No	81	(10.9)
Cocaine abstinence^b (n=671)		
Yes	521	(76.5)
No	160	(23.5)
Alcohol abstinence^b (n=709)		
Yes	502	(70.8)
No	207	(29.2)
Drugs (n=838)		
Poly drug users	658	(78.5)
Alcohol-only users	98	(11.7)
Cocaine-only users		
BDI score >19	557	(66.5)
BDI score <19	281	(33.5)
CDE	474	(57.7)

^a Formal or informal jobs were considered.

^b In the first 24 hours

BDI= Beck Depression Inventory

MINI= Mini International Neuropsychiatric Interview

CDE= Current Depressive Episode.

The data are expressed as frequencies.

Table 2. Correlation of the Beck Depression Inventory (BDI) scores for alcohol and cocaine/crack users with sociodemographic data and drug dependency and abstinence

	BDI score < 19	BDI score > 19	Raw OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Average BDI	± SD
Gender (n=838)						
Female	39 (26.2)	110 (73.8)	1.5(1.0-2.2)*	1.6(0.9-2.7)	27.49	13.661
Male	242 (35.1)	447 (64.9)	-	-	23.38	11.870
Employment (n=818)						
No	46 (25.6)	134 (74.4)	1.6(1.1-2.3)*	1.4(0.9-2.2)	27.53	13.500
Yes	228 (35.7)	410 (64.3)	-	-	23.26	11.856
Schooling (n=821)						
< 8 years	96 (29.2)	233 (70.8)	1.3(1.0-1.8)*	1.4(1.1-2.0)*	26.07	13.052
> 8 years	178 (36.2)	314 (63.8)	-	-	22.83	11.527
Marital status (n=827)						
Married	163 (32.3)	342 (67.7)	1.1(0.8-1.5)	1.3(0.9-1.8)	24.77	12.420
Single	115 (35.7)	207 (64.3)	-	-	23.17	12.147
Family income (n=811)						
Up to R\$ 1,500.00	166 (31.7)	358 (68.3)	1.2(0.9-1.6)	1.1(0.7-1.7)	25.24	12.663
> R\$ 1,500.00	105 (36.6)	182 (63.4)	-	-	22.32	11.508
Alcohol dependency (n=689)^a						
Yes	177 (31.7)	381 (68.3)	1.5(1.0-2.3)*	1.4(0.9-2.2)	25.04	12.660
No	55 (42)	76 (58)	-	-	21.45	11.497
Cocaine dependency (n=741)^a						
Yes	219 (33.2)	441 (66.8)	1.1(0.6-1.8)	-	24.40	12.335
No	29 (35.8)	52 (64.2)	-	-	23.02	11.543

* p<0.05

The logistic regression includes gender, employment, schooling, marital status, family income, and alcohol dependency variables.

OR=odds ratio

Table 3. Correlation of sociodemographic data, and drug dependency and abstinence at the time of the interview, focusing on the current depressive episode (CDE) with alcohol and cocaine/crack use in the sample

	N (%)	Raw OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
Gender (n=838)			
Female	96 (65.3)	1.4(1.0-2.1)*	1.5(1.0-2.4)*
Male	378 (56)	-	-
Employment *(n=818)			
No	115 (65)	1.4(1.0-2.0)*	1.2(0.8-1.8)
Yes	349 (55.8)		
Schooling (n=821)			
< 8 years	205 (63.5)	1.4(1.1-1.9)*	1.3(0.9-1.9)
> 8 years	261 (54.1)	-	-
Marital status (n=827)			
Married	280 (56.3)	0.8(0.6-1.1)	0.8(0.3-0.8)*
Single	188 (59.9)	-	-
Family income (n=811)			
Up to R\$ 1.500.00	300 (58.3)	1.0(0.7-1.4)	-
> R\$ 1,500.00	160 (57.1)	-	-
Alcohol dependency (n=689)			
Yes	327 (59.9)	1.2(0.8-1.8)	1.2(0.8-1.9)
No	40 (54.3)	-	-
Cocaine dependency (n=741)			
Yes	381 (59)	1.2(0.7-1.9)	-
No	43 (53.8)	-	-

* p<0.05

Logistic regression includes gender, employment, schooling, marital status, alcohol dependency, and cocaine abstinence variables.

OR=odds ratio

Table 4- Depressive symptoms (BDI) and current depressive episodes (CDE) among drug users per type of drug used

	(N) %	Mean of BDI±SD	P	CDE (N) %	P
Drug types					
Alcohol along life	769 (91.8)	24.13 ±12.396	0.240	438 (58.2)	0.335
Alcohol in the past month	649 (77.6)	24.45 ±12.513	0.138	371(58.3)	0.770
Cocaine along life	497 (59.3)	24.09 ±12.245	0.503	282(57.6)	0.936
Cocaine in the past month	363 (43.6)	24.32 ±12.575	0.629	207 (58)	0.794
Crack along life	413 (49.3)	24.93 ±12.099	0.595	251 (62)	0.014*
Crack in the past month	355 (42.5)	24.50 ±12.377	0.586	217(62.5)	0.016*
Marijuana in life	439 (52.4)	24.61 ±12.395	0.656	252(58.6)	0.568
Tobacco in life	597 (71.2)	24.46 ±12.531	0.156	343 (58.9)	0.251
Use pattern					
Alcohol and cocaine combined ^a	568 (67.8)	24.27 ±12.509	0.589	315(56.5)	0.306
Cocaine only ^b	82 (9.8)	23.38 ±12.095	0.572	44 (55.7)	0.710
Alcohol and marijuana	39 (4.7)	24.33 ±10.516	0.907	26 (66.7)	0.244
Cocaine and marijuana ^b	51 (6.1)	24.90 ±11.590	.0634	30 (62.5)	0.485
Alcohol only	98 (11.7)	23.76 ±12.426	0.487	59 (60.2)	0.588

^a Might be combined with marijuana.

^b Cocaine and/or crack

* Statistically significant difference at 0.05.

The BDI score mean was calculated using Student's t-test. The chi-square test was used to establish the statistical significance of the BDI score.

Acknowledgments

The author thanks the CNPq (productivity scholarship 1C - HMTB). Collaboration of the National Secretariat Drug Policy – SENAD and consultants. Also the collaboration of researcher Tais Moreira.

Conflict of interest

There is no conflict of interest.

Contributors

RSC designed the study and wrote the protocol. R.S.C., L.S, C.B and M.F conducted literature searches and provided summaries of previous research studies. R.S.C.. and H.M.T.B. conducted the statistical analysis.R.S.C,L.S., C.B., M.T., M.F and H.M.T.B and wrote the first draft of the manuscript and all authors contributed to and have approved the final manuscript.

FATORES DE RISCO PARA EPISÓDIOS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU COCAÍNA

Roger Camargo, Luciana Signor, Cassandra Bortolon, Mauro Terra, Maristela Ferigolo,
Helena Maria Tanhauser Barros

Resumo

A comorbidade depressão e uso de drogas é comum entre dependentes químicos. Usuários de drogas tendem a ser afetados mais gravemente pela depressão do que não usuários e requerem triagem durante o acompanhamento terapêutico. Objetivos: Identificar fatores de risco para episódio depressivos e sintomas depressivos em usuários de álcool e/ou cocaína/crack. Resultados: Dos usuários em acompanhamento 66,5% apresentavam sintomas depressivos moderados a graves, e 57,7% tinham critérios para episódio depressivo atual. O fator de risco para sintomas depressivos foi baixa escolaridade (OR=1,4 IC 95%:1,1-2,2), e para episódio depressivo atual ser mulher (OR=1,5 IC 95%:1,0-2,4). O consumo de crack também associou-se a episódio depressivo ($p=0,014$). Conclusão: Usuários de drogas atendidos por meio de telemedicina apresentam alta prevalência de manifestações depressivas, especialmente se utilizavam crack, tinham baixa escolaridade e fossem mulheres. Novos estudos necessitam investigar métodos de tratamento para depressão em usuários de drogas em fase inicial de abstinência.

Palavras chaves: depressão, cocaína, álcool, sintomas depressivos, episódio depressivo

A depressão é um transtorno mental comum que apresenta como critérios inerentes apatia, anedonia e sentimentos de desesperança (DSM IV^{TR}, 1995). A doença afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo, é a principal causa de incapacidade. Entre os brasileiros, a depressão atingiu 4,1% da população em 2008 (OMS, 2008). Os sintomas da depressão são mais frequentes e graves em usuários de substâncias lícitas e ilícitas (Nace, 1984; Ferguson et al., 2009; Torrens et al., 2011). Estudos mostram que 20,3% dos dependentes de álcool, tinham diagnóstico de depressão ou ansiedade, e cerca de 10% de dependentes de cocaína/crack tiveram sintomas depressivos graves (Guimaraes et al., 2008; Boschloo et al., 2011).

A telemedicina tem alcançado resultados positivos como forma de tratamento para doenças crônicas (Dobkin et al., 2011; Yeung et al., 2009). Na depressão, a utilização de tecnologias tem contribuído para a diminuição de sintomas depressivos (Furukawa et al., 2012; Fortney et al., 2013). Em usuários de drogas, a intervenção por telefone tem beneficiado e auxiliado na abstinência de álcool, cocaína/crack, e maconha. (Fernandes et al., 2010; Bisch et al., 2011).

O consumo de álcool e cocaína agrava a depressão, aumenta o risco de comorbidades, o risco de suicídio e interfere na eficácia de tratamentos face a face da depressão (Torrens et al., 2011; Dvorak et al., 2013; Bolotner et al., 2011; Casares-López et al., 2011). Por outro lado, a dependência química é um dos fatores de risco para depressão, especialmente no sexo feminino, idade acima de 60 anos, baixa renda e escolaridade, desemprego e pouco contato familiar (Bolotner et al., 2011). Assim sendo, o conhecimento sobre transtornos de humor em usuários de drogas, apoiados pelo uso da telemedicina, são importantes para colaborar com o desenvolvimento de programas de triagem, intervenção em saúde mental e ainda no auxílio para cessação do consumo de substâncias. O presente artigo teve como objetivo investigar em usuários de álcool e/ou cocaína, através da telemedicina, a presença de episódio depressivo maior, sintomas depressivos e os possíveis fatores de risco envolvidos.

Metodologia Foi realizado um estudo transversal com 838 usuários que usavam álcool e/ou cocaína. A coleta foi realizada de julho de 2011 a novembro de 2012. Todos os participantes são maiores de 18 anos e aceitaram participar da intervenção e acompanhamento telefônico oferecido pelo VIVAVOZ (Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso de Drogas) para cessação do consumo de drogas. Clientes que não completaram as entrevistas, ou apresentavam baixa compreensão dos instrumentos, foram excluídos. O VIVAVOZ é um serviço de utilidade pública nacional que oferece a população, de forma anônima e gratuita - 24 horas por dia - informações sobre drogas, locais de tratamento, apoio, e intervenção por telefone, a usuários de drogas e seus familiares (Souza et al., 2008; Portal Brasil, 2012; MJ, 2012).

A coleta de dados foi feita por consultores, estudantes da área da saúde com treinamento em drogas de abuso, aconselhamento por telefone e intervenção breve motivacional (Barros et al., 2008). Por meio de *software* armazenam-se as informações

sociodemográficas dos clientes, como sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, informações sobre os tipos de drogas utilizadas, quantidade e intensidade de uso.

Os consultores foram treinados em curso teórico e práticas de aplicação dos instrumentos para avaliar os sintomas depressivos e episódio depressivo atual para a coleta de dados deste estudo. O acompanhamento oferecido ao usuário é por 6 meses. Combinou-se com os clientes uma data de parada das substâncias, e o retorno telefônico ao serviço em 24 horas, 3,7 e 30 dias da data estipulada. Caso não houvesse mais contato do usuário após a primeira ligação, pesquisadores fizeram a busca ativa e ligavam para aqueles que não retornaram para o serviço nos seguimentos de 3,7 ou 30 dias após o primeiro contato.

Os instrumentos de avaliação de consumo, dados sociodemográfico e dependência foram aplicados na primeira ligação. A realização dos instrumentos sobre depressão ocorreu na ligação de 24 horas. Os indivíduos da pesquisa ficaram divididos em 3 grupos: os abstinentes de até 7 dias, os abstinentes de 8 a 30 dias e os indivíduos que não pararam o consumo de substâncias.

O instrumento do *National Household Surveys on Drug Abuse* (NHSDA) permite a avaliação do consumo e abuso de substâncias. A escolha desse instrumento ocorreu por ter sido utilizado em grandes levantamentos epidemiológicos brasileiros (SAMHSA, 1999; Carlini and Galduroz, 2007). Conforme esse questionário, o diagnóstico de abuso de substâncias é considerado quando o usuário apresenta no mínimo dois dos seguintes critérios: a) gasta muito de seu tempo para conseguir drogas, usá-las ou para se recuperar de seus efeitos; b) utilizou quantidades ou em frequência maior do que gostaria; c) tolerância (a necessidade de utilizar mais quantidades da substância para produzir o mesmo efeito); d) estava em situação de risco físico sob efeito ou após o efeito de drogas; e) teve problemas pessoais devido ao consumo de drogas (com a família, polícia ou escola, dificuldades emocionais ou psicológicas); f) desejo de reduzir ou interromper o uso de drogas.

Dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão, e dados qualitativos por frequência absoluta e percentual. A comparação entre as variáveis categóricas foi realizada através do teste do Qui-quadrado. Considerou-se um nível de significância $p < 0,05$. Nas variáveis contínuas foi utilizado teste *T de Student* para comparação entre médias nos casos de distribuição normal, além da realização do teste ANOVA. Variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas e incluídas na

análise multivariada para controlar possíveis confundidores. Para análise estatística foi utilizado o programa *IBM Statistics 19*.

Para verificação dos sintomas depressivos foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI). O inventário é composto de 21 itens com 4 frases cada, o entrevistado escolhe a frase que mais identifica seus sentimentos na última semana. O resultado se dá por 4 escores diferentes para pacientes psiquiátricos: < 9 corresponde a sem sintomas ou sintomas mínimos; de 10 a 18 sintomas leve a moderada; de 19 a 29 sintomas moderada a grave; de 30 a 63 corresponde a sintomas grave. As questões envolvem sentimentos e comportamentos cognitivos e físicos. No Brasil, o BDI foi validado com índices de consistência interna (0,81) para a população geral e (0,88) para a população clínica (Gorestein and Andrade, 1998). O inventário também foi validado para ser feito verbalmente. O ponto de corte foi estabelecido com escore menor de 19 identificando sintomas depressivos mínimos até moderados e acima de 19 sintomas depressivos de moderados a grave (Cunha, 2001).

A identificação de Episódio Depressivo Atual foi realizada pelo *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI). O questionário contém 11 questões, com opções de respostas sim ou não, sendo de curta duração (15 a 30 minutos). A entrevista envolve critérios do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) (Amorin, 2001; Sheehan et al., 1998).

Todos os usuários aceitaram verbalmente o termo de consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da UFCSPA (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre) sob o parecer 1320/11. Os participantes que apresentavam sintomas depressivos ou episódio depressivo foram informados de locais para buscar ajuda e aconselhados a contar aos profissionais os problemas que foram abordados nas escalas.

Resultados

São apresentadas na tabela 1 os dados sócio-demográficas e consumo de drogas dos usuários. Eram na maioria homens (82,1%), com idade média de 29,97 anos (DP± 7,288), as mulheres foram (17,8%) da amostra, com idade média de 31,81 anos (DP ± 9,291), com profissão (76,1%), mais de 8 anos de estudo (58,7%), renda familiar baixa (62,5%), casados (60,3%), e poliusuários de drogas (78,5%). Mais de 70% dos clientes estavam abstinentes, com mais de 50% desses com episódio depressivo e sintomas

depressivos de moderados a grave. Sintomas depressivos ocorreram em 68% dos usuários de álcool e em 66,8% dos usuários de cocaína/crack.

Quanto ao uso de drogas nos sexos, o uso de crack foi consumido no mês por 40,3% das mulheres e 42,9% dos homens. A cocaína por 86,6% e o álcool por 84,3% das mulheres, enquanto o uso de cocaína e álcool no sexo masculino no mês foi de 83,8% e 90,3% respectivamente. Diferenças entre os sexos foram significativas para o uso no mês de álcool ($p=0,044$), mas não para crack e cocaína.

No momento da aplicação das escalas, 496 (59,2%) estavam abstinentes, sendo 384 (77,4%) dos usuários até 7 dias e 112 (22,6%) de 8 a 30 dias. Dessa forma, a amostra possui 3 grupos distintos. Tiveram episódio depressivo atual 59,4% dos pacientes que não estavam abstinentes, 59,1% dos abstinentes nos últimos 7 dias, e 47,2% do grupo de 8 a 30 dias ($p=0,062$). Para o BDI, 252 (65,6%) usuários abstinentes até 1 semana apresentavam escores maiores de 19, enquanto 62 (55,4%) dos abstinentes de 8 dias até 30 dias também apresentavam sintomas. Utilizando-se escores de BDI detectamos índices significativamente mais elevados de sintomas depressivos entre os que continuavam o consumo de substâncias (243,71,1%) quando comparados aos abstêmios ($p=0,008$).

Na tabela 2 são mostrados os possíveis fatores de risco para depressão associadas com o ponto de corte e as médias dos escores para sintomas depressivos. Foram estatisticamente significativas as variáveis sexo, ocupação, escolaridade, e dependência de álcool ($p<0,05$). A regressão logística identificou que usuários com baixa escolaridade manteve-se associado a sintomas depressivos mais graves (OR=1,4 IC 95%:1,1-2,2).

Na tabela 3 estão descritos as associações entre episódio depressivo atual e variáveis sociodemográficas, dependência de álcool e cocaína/crack. Verificou-se que cerca de 60% dos usuários, tanto de álcool como cocaína, apresentaram episódio depressivo atual. Na análise bruta, foram significativos ser do sexo feminino, não ter ocupação e baixa escolaridade. Após a regressão, estar casado foi fator de proteção (OR=0,6 IC 95%: 0,4-0,9). Ser mulher confirmou-se como fator de risco para episódio depressivo atual (OR=1,5 IC 95%:1,0-2,4).

Na tabela 4, estão reportados os tipos de drogas e os padrões de consumo dos usuários e associação para sintomas/epísódio depressivo. O uso de crack, tanto no último mês, quanto na vida, mostrou-se relacionado à depressão. Ser poliusuário ou monousuários, não está associado a sintomas depressivos mais graves ou episódio

depressivo. Foi realizado ANOVA para a comparar diferenças entre os grupos de padrões de consumo, e não se constatou diferença significância [$F(4,833) = 1.382$; $p = 0.238$].

Discussão

Dentre os usuários de álcool e/ou cocaína que telefonaram para o VIVAVOZ detectou-se que quase 70% apresentaram sintomas depressivos de moderados a graves na última semana. Mais de 50% destes usuários estavam com episódio depressivo atual. Interessantemente, a intensidade dos sintomas depressivos ou a presença de EDA não varia quando se considera o monousuário de cocaína/álcool ou o poliusuário, o uso de substância co-ocorre com os sintomas depressivos, independente do tipo da droga. A amostra desses usuários de serviço de telemedicina, aparentemente, possuem índices mais elevados de sentimentos depressivos que outras populações oriundas de serviços de saúde presenciais. Em uma amostra com 1266 usuários espanhóis de cocaína, a prevalência de depressão no último ano foi de 21,7%, com associação para baixo apoio social e instabilidade financeira (Lee et al., 2010). Em outro estudo com 2329 pessoas diagnosticadas com depressão e/ou ansiedade, 20,3% dos deprimidos eram dependentes de álcool, com associação para o sexo masculino e uso de múltiplas drogas (Boschloo et al., 2011).

As dependências em álcool e cocaína/crack estarem associadas a altas prevalências de sintomas/episódio depressivos nos usuários é condizente com pesquisas presenciais em alcoolistas, e é esperado que se encontre forte associação entre depressão e as referidas substâncias. Em 400 pacientes com abuso ou dependência de álcool, encontrou-se prevalência de 57,3% de depressão (Bolotner, 2011). Em clínicas, aproximadamente 80% dos alcoolistas queixam-se de algum sintoma depressivo, e até 30% estão passando por um episódio depressivo (Bruijnzeel et al., 2004). O que chama a atenção nessa amostra atendida por telefone é o indicador que o consumo de cocaína/crack ou álcool, independente do tipo de associação de drogas, não foi associado a maiores níveis de episódio ou sintomas depressivos.

Outro fator de risco que tentou-se levantar como agente mais depressiogênico foi o tipo de substância utilizada. O consumo de crack no mês, ou mesmo no ano, ocasionou diferenças significativas para episódio depressivo atual. Em estudo transversal brasileiro anterior com 30 monousuários de crack, 50% deles foram

classificados com sintomas depressivos de moderado a grave (Fabiano et al., 2008), o que corrobora a alta prevalência da comorbidade vista nessa população. A cocaína/crack apresenta abstinência caracterizada tipicamente por momentos deprimidos após a parada do consumo (Silva et al., 2010), e essa informação é relevante para compreensão dos dados. Além disso, comparando grupos divididos em usuários de crack, de cocaína e abusadores de outras drogas, outro estudo não encontrou diferenças importantes para episódio depressivo entre os grupos, apesar de encontrar para risco de suicídio, personalidade anti social e condutas violentas (Kessler et al., 2012), que podem ter características depressiogênicas nessa população. Constatou-se que o consumo da maioria dos indivíduos é de mais de uma droga, com alta prevalência da associação álcool e cocaína. Essa combinação de álcool e cocaína é frequente em outros levantamentos, e é compreendida pelo prazer potencializado do uso concomitante (Laranjeira et al., 2012; Katz et al., 1998; Restrepo et al., 2011).

Entre os fatores de risco para usuários de álcool e cocaína de um serviço de telemedicina, ser mulher, e ter baixa escolaridade, além do consumo de crack prevaleceram como fatores de risco importantes na amostra para tornar esses usuários mais vulneráveis a depressão. A baixa escolaridade está bem documentada na literatura sobre dependência química como um fator de risco para depressão (Ramírez e Martínez, 2011; Hasin et al., 2005). Hailemariam encontrou como variáveis importantes a idade, estado civil, e o consumo de álcool, e destacou que a baixa escolaridade foi considerada uma barreira para acessar os centros de saúde (Hailemariam et al., 2012).

A amostra feminina, apesar do menor abuso de cocaína e álcool, reiterou a informação da relevância do sexo na depressão (Boing et al., 2012; Stegenga et al., 2012) , as mulheres apresentam 10% mais depressão que os homens, mesmo entre usuários de drogas. Observou-se também, a alta prevalência na comparação com a população não psiquiátrica brasileira, que possui médias de 8,9% para homens e 21,9% de prevalência da depressão em mulheres (Cunha et al., 2012). Isso ajuda a compreender o quanto os sentimentos negativos e de menos valia e humor triste podem ser mais intensos com o abuso de drogas, como o álcool e a cocaína nas mulheres (Almeida-Filho et al., 1997).

Apesar de não fazer parte do objetivo deste artigo identificar diferenças entre os sexos, foi relevante os dados encontrados. No Brasil, as mulheres estudam mais tempo que os homens (IBGE,2010), o que sugere que a escolaridade esteja mais atrelada como fator de risco para homens, e que aspectos sócio-culturais (papel de zelar pelo bem-

estar da família, além de responsabilidade com tarefas de casa e profissionais) e biológicos típicos do sexo feminino estejam relacionados a significativa diferença entre os sexos para episódio depressivo.

É sabido que os usuários de drogas tem dificuldades em manter relacionamentos, muitas vezes por dedicar seu tempo a recuperação dos efeitos da droga ou na sua procura, além da mudança de comportamento provocada pela substância, usuários solteiros prevalecem nos estudos (Pasa, 2010, Hailemariam et al., 2012). Para a depressão, estar sem relacionamento afetivo também representa um fator de risco adicional. Por sua vez, o entorno empobrecido representa para a pessoa não ter com quem contar nos momentos difíceis, o que agrava os sintomas depressivos (Cai e Oderda, 2012). Na amostra esses fatores parecem confirmar sua importância, pois ser casado representou um fator de proteção para sintomas/episódio depressivo.

Estudo americano com usuários de crack dependentes e não dependentes de cocaína não encontrou diferenças entre eles para episódio depressivo, mas observou a maior dependência em álcool nos usuários de crack não dependentes de cloridrato de cocaína (Falck et al., 2008). Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo para a alta dependência de álcool de consumidores de cocaína e crack e, possivelmente podem torná-los mais deprimidos. Aparentemente, a relação entre dependência de álcool e uso de crack é um forte indício de maiores sintomas depressivos quando comparados a uso concomitante de cloridrato de cocaína e álcool. Em usuários de crack com HIV positivos, os sintomas depressivos associaram-se positivamente a maior frequência de uso (Schönnesson et al., 2009). Há de se considerar se o consumo de crack, independente do padrão de consumo, conjuntamente com a dependência de álcool e a baixa escolaridade tornam esse grupo de usuários ainda mais vulneráveis a comorbidade quando comparados aos que não utilizam o crack. Ainda há poucos trabalhos específicos com usuários de cocaína/crack no Brasil (Duailibi et al., 2008; Vargens, 2011) o que acaba por tornar complexo comparações de cocaína e seus derivados para comorbidades relacionadas.

Esses dados corroboram a estreita relação encontrada na literatura sobre a comorbidade da depressão e de abuso de drogas, que acaba impondo-se como desafio ao profissional durante o tratamento. Muitas vezes a depressão atual desaparece conforme a desintoxicação do álcool, em outras vezes é um distúrbio independente, o que demanda maior acompanhamento e tratamento específico (Casas e Guardia, 2002),

reforçando a importância de triagens e avaliações da depressão durante o tratamento do dependente químico.

A depressão pode ser considerada um fator de proteção para manter-se abstinente (Terra et al., 2007). O indivíduo depressivo muitas vezes apresenta ruminação, que é a concentração dos seus pensamentos nos próprios sentimentos negativos e problemas atuais (Watkins e Baracaia, 2002; Watkins e Brown, 2002). O fato de grande parte dos usuários de álcool e cocaína que buscaram um serviço de telemedicina para cessação do uso estarem com sintomas depressivos graves ou passando por um episódio depressivo atual, pode significar que esses sentimentos negativos estão agindo como fatores de proteção para abstinência e até mesmo para a busca de auxílio para o problema da dependência de drogas. A telemedicina, pode ter servido como primeiro estímulo para esses usuários deprimidos buscarem auxílio, e as vantagens desse tipo de serviço, podem ter contribuído para a escolha do usuário pela telemedicina.

Conclusão

Os fatores de risco para sentimentos depressivos, em usuários de cocaína/crack e álcool atendidos por telefone, são a baixa escolaridade, ser mulher e estar solteiro ou separado. Ter relacionamento afetivo, assim como para a depressão, é um fator de proteção para pacientes comórbidos. O envolvimento e a provável compreensão pelos cônjuges do problema de dependência de álcool ou cocaína do parceiro parecem ter forte relação com sintomas depressivos mais graves.

A presença de episódio depressivos e sintomas depressivos graves, na população estudada, não está relacionada a poliusuários ou monousuários. Associações de consumo diferentes, mesmo quando comparados a monousuários, não possuem diferenças para sintomas/episódios depressivos. No entanto, na análise do consumo de crack, está associou-se com episódio depressivo atual. Tratando-se de uma população composta na sua grande maioria de poliusuários, é complexo estabelecer um padrão de consumo associado a episódio/sintomas depressivos, mas torna-se relevante a discussão se o usuário de crack está mais exposto a comorbidade, quando comparados a abusadores de outras drogas.

Destaca-se a importância de estudar e compreender os fatores de risco associados a comorbidade depressão e uso de drogas, suas relações com as substâncias separadamente ou em grupos, além de aprofundar fatores de risco por sexo. Tornam-se necessárias mais pesquisas na população que utiliza diferentes formas da cocaína.

As limitações são a diferença em números de homens e mulheres que participaram do estudo e a não avaliação do uso de tabaco nas associações com sintomas/episódio depressivos. O fato de a grande maioria dos usuários fazerem um policonsumo de substâncias podem ser também um confundidor para identificar a substância mais relacionada com depressão. Além disso, poucos estudos trazem os usuários de cocaína separados para comparação dos usuários de crack, o que dificulta comparações com outras pesquisas para considerar o crack mais depressiogênico que a cocaína. O MINI apesar de já ter sido usado com sucesso em outros estudos por telefone (Faller et al., 2012; Christensen et al., 2011; Matthey e Ross-Hamid, 2011), ainda não tem um modelo validado especificamente para uso por telefone. O BDI também foi utilizado por telefone em diversos trabalhos, (Spendlove et al., 1984), mas da mesma forma que o MINI, não tem uma versão para telefone.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, dependência de álcool e cocaína/crack e abstinência na aplicação do MINI e BDI.

	n	%
Sexo		
Feminino	149	(17,8)
Masculino	689	(82,1)
Ocupação^a (n=818)		
Sem trabalho	180	(21,5)
Com trabalho	638	(76,1)
Escolaridade (n=821)		
< de 8 anos	329	(39,3)
> de 8 anos	492	(58,7)
Estado civil (n=827)		
Casados	505	(60,3)
Solteiros	322	(38,4)
Renda familiar (n=811)		
Até R\$ 1500,00	524	(62,5)
> R\$ 1500,00	287	(34,2)
Dependência de álcool (n=689)		
Sim	558	(81)
Não	131	(19)
Dependência de cocaína (n=741)		
Sim	660	(89,1)
Não	81	(10,9)
Abstinência de cocaína^b (n=671)		
Sim	521	(76,5)
Não	160	(23,5)
Abstinência de álcool^b (n=709)		
Sim	502	(70,8)
Não	207	(29,2)
Drogas (n=838)		
Poliusuários	658	(78,5)
Monousuários álcool	98	(11,7)
Monousuários cocaína	82	(9,8)
Escore BDI >19		
	557	(66,5)
Escore BDI <19		
	281	(33,5)
EDA		
	474	(57,7)

^a Considerou-se emprego formal e informal.

^b Nas primeiras 24 horas

BDI= Inventário de Depressão de Beck

MINI= Mini International Neuropsychiatric Interview

EDA=Episódio depressivo atual.

Os dados foram apresentados por frequência.

Tabela 2. Escores do BDI (Inventário de Depressão de Beck) em uso de álcool e cocaína/crack relacionados aos dados sociodemográficos, dependência e abstinência na aplicação

	Escore do BDI < 19	Escore do BDI > 19	OR Bruto (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)	Média do BDI	± DP
Sexo (n=838)						
Feminino	39 (26,2)	110 (73,8)	1,5(1,0-2,2)*	1,6(0,9-2,7)	27,49	13,661
Masculino	242 (35,1)	447 (64,9)	-	-	23,38	11,870
Ocupação (n=818)						
Sem trabalho	46 (25,6)	134 (74,4)	1,6(1,1-2,3)*	1,4(0,9-2,2)	27,53	13,500
Com trabalho	228 (35,7)	410 (64,3)	-	-	23,26	11,856
Escolaridade(n=821)						
< de 8 anos	96 (29,2)	233 (70,8)	1,3(1,0-1,8)*	1,4(1,1-2,0)*	26,07	13,052
> de 8 anos	178 (36,2)	314 (63,8)	-	-	22,83	11,527
Estado civil (n=827)						
Casados	163 (32,3)	342 (67,7)	1,1(0,8-1,5)	1,3(0,9-1,8)	24,77	12,420
Solteiros	115 (35,7)	207 (64,3)	-	-	23,17	12,147
Renda familiar (n=811)						
Até R\$ 1500,00	166 (31,7)	358 (68,3)	1,2(0,9-1,6)	1,1(0,7-1,7)	25,24	12,663
> R\$ 1500,00	105 (36,6)	182 (63,4)	-	-	22,32	11,508
Dependência de álcool (n=689)^a						
Sim	177 (31,7)	381 (68,3)	1,5(1,0-2,3)*	1,4(0,9-2,2)	25,04	12,660
Não	55 (42)	76 (58)	-	-	21,45	11,497
Dependência de cocaína (n=741)^a						
Sim	219 (33,2)	441 (66,8)	1,1(0,6-1,8)	-	24,40	12,335
Não	29 (35,8)	52 (64,2)	-	-	23,02	11,543

* p<0,05

Foi realizado regressão logística nas variáveis sexo, ocupação, escolaridade, estado civil, renda familiar e dependência de álcool,

OR=odds ratio

Tabela 3. Relação dos dados sociodemográficos, dependência e abstinência na aplicação da entrevista para episódio depressivo atual (EDA) para consumo de álcool e cocaína/crack na amostra.

	N (%)	OR Bruto (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
Sexo (n=838)			
Feminino	96 (65,3)	1,4(1,0-2,1)*	1,5(1,0-2,4)*
Masculino	378 (56)	-	-
Ocupação^a (n=818)			
Sem trabalho	115 (65)	1,4(1,0-2,0)*	1,2(0,8-1,8)
Com trabalho	349 (55,8)		
Escolaridade(n=821)			
< de 8 anos	205 (63,5)	1,4(1,1-1,9)*	1,3(0,9-1,9)
> de 8 anos	261 (54,1)	-	-
Estado civil (n=827)			
Casados	280 (56,3)	0,8(0,6-1,1)	0,8(0,3-0,8)*
Solteiros	188 (59,9)	-	-
Renda familiar (n=811)			
Até R\$ 1500,00	300 (58,3)	1,0(0,7-1,4)	-
> R\$ 1500,00	160 (57,1)	-	-
Dependência de álcool (n=689)			
Sim	327 (59,9)	1,2(0,8-1,8)	1,2(0,8-1,9)
Não	40 (54,3)	-	-
Dependência de cocaína (n=741)^b			
Sim	381 (59)	1,2(0,7-1,9)	-
Não	43 (53,8)	-	-

* p<0,05

Foi realizado Regressão logística nas variáveis sexo, ocupação, escolaridade, estado civil, dependência de álcool e abstinência de cocaína.

OR=odds ratio

Tabela 4- Sintomas depressivos (BDI) e episódio depressivo atual (EDA) entre usuários de drogas, conforme as substâncias utilizadas.

	n	%	Média do BDI	±DP	p	EDA n	%	p
Tipos de drogas								
Álcool na vida	769	(91,8)	24,13	±12,396	0,240	438	(58,2)	0,335
Álcool no mês	649	(77,6)	24,45	±12,513	0,138	371	(58,3)	0,770
Cocaína na vida	497	(59,3)	24,09	±12,245	0,503	282	(57,6)	0,936
Cocaína no mês	363	(43,6)	24,32	±12,575	0,629	207	(58)	0,794
Crack na vida	413	(49,3)	24,93	±12,099	0,595	251	(62)	0,014*
Crack no mês	355	(42,5)	24,50	±12,377	0,586	217	(62,5)	0,016*
Maconha na vida	439	(52,4)	24,61	±12,395	0,656	252	(58,6)	0,568
Tabaco na vida	597	(71,2)	24,46	±12,531	0,156	343	(58,9)	0,251
Padrão de consumo								
Associação álcool e cocaína ^a	568	(67,8)	24,27	±12,509	0,589	315	(56,5)	0,306
Monousuário de cocaína ^b	82	(9,8)	23,38	±12,095	0,572	44	(55,7)	0,710
Álcool e maconha	39	(4,7)	24,33	±10,516	0,907	26	(66,7)	0,244
Cocaína e maconha ^b	51	(6,1)	24,90	±11,590	,0634	30	(62,5)	0,485
Monousuário de Álcool	98	(11,7)	23,76	±12,426	0,487	59	(60,2)	0,588

^a Podendo estar associado à maconha.

^b Considerou-se cocaína e/ou crack

* Diferenças estatisticamente significantes ao nível de significância de 0,05.

A média do escore do BDI foi calculada pelo teste T de Student. Para significância foi utilizado o Qui quadrado.

References

Almeida-Filho, N., Mari, J.J., Coutinho, E., Franca, J.F., Fernandes, J., Andreoli, S.B., Busnello, E.D., 1997. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatr*, 171, 524-529.

Amorin, P., 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 22, 106-115.

Barros, H.M., Santos, V., Mazoni, C., Dantas, D.C., Ferigolo, M. 2008. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug Alcohol Depend*. 98,270-274.

Bisch, N.K., Benchaya, M.C., Signor, L., Moleda, H.M.R., Ferigolo, M., Tânia Moraes Ramos Andrade, T.M.R., Barros, H.M.T., 2011. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Rev. Gaúcha Enferm*. 32, 31-39.

Boing, A.F., Melo, G.R., Boing, A.C., Pires, R.O.M., Peres, K.G., Peres, M.A., 2012. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saúde Pública* 46, 617-623.

Bolotner, N.S., Horcajadas, F.A., Astudillo, P.V., Vich, F.B., Perez, B.M., Villamor, I.B., Morant, C., Mangado, E.O., Calvo, F.P., 2011. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Addicciones*. 23, 249-255.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J.H., Brink, W., Veltman, D.J., Beekman, A.T., Penninx, B.W., 2011. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 131,233-242.

Brujnzell, A.W., Repetto, M., Gold, M.S., 2004. Neurobiological mechanisms in addictive and psychiatric disorders. *Psychiatr Clin N AM*. 27, 661-674.

Cai, B., Oderda G.M., 2012. The association between pain and depression and some determinants of depression for the general population of the United States. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 26,257-65.

Carlini, E.A., Galduroz, J.C., 2007. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

Casares-López, M.J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M.T., Secades, R., Martínez-Cordero, A., Bobes, J., 2011. Need for the assessment of dual diagnosis in prisons. *Addicciones*. 23,37-44.

Casas, M., Guardia, J., 2002. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Addicciones*. 14,195-219 .

Christensen, H., Batterham, P.J., Grant, J.B., Griffiths, K.M., Mackinnon, A.J., 2011. A population study comparing screening performance of prototypes for depression and anxiety with standard scales. *BMC Med Res Methodol.* 22,11-154.

Cunha, J.A. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Cunha, R.V., Bastos, G.A.N., Duca, G.F., 2012. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 15, 346-354.

Dobkin, R.D., Menza, M., Allen, L.A., Tiu, J., Friedman, J., Bienfait, K.L., Gara, M.A., Mark, M.H., 2011. Telephone-based cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 24,206-214.

DSM IV^{tr}, Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais, 1995. 4ª Ed., Edi Artmed, Porto Alegre.

Dvorak, R.D., Lamis, D.A., Malone, P.S., 2013 Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *J Affect Disord.* <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713001195>

Duailibi, L.B., Ribeiro, M., Laranjeira, R., 2008. Perfil dos usuários de cocaína e *crack* no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 24, 545-557.

Fabiano, G.C., Vieira, S.V.V., Cavalari, F.R., Brasil, A.R., 2008. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 30, 101-118.

Falck R.S., Wang, J., Carlson, R.G., 2008. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend.* 29, 24-29.

Faller, S., Webster, J.M., Leukefeld, C.G., Bumaguin, D.B., Duarte, P. C., De Boni, R., Pechansky, F., 2012. Psychiatric disorders among individuals who drive after the recent use of alcohol and drugs. *Rev Bras Psiquiatr.* 34,314-20.

Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J., 2009. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 66, 260-266.

Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M.C., Moreira, T.C., Pierozan, P.S., Mazoni, C.G., Barros, H.M., 2010. Brief Motivational Intervention and telemedicine: a new perspective of treatment of marijuana users. *Addict Behav.* 35,750-755.

Fortney, J.C., Pyne, J.M., Mouden, S.B., Mittal, D., Hudson, T.J., Schroeder, G.W., Williams, D.K., Bynum, C.A., Mattox, R., Rost, K.M., 2013. Practice-based versus telemedicine-based collaborative care for depression in rural federally qualified

health centers: a pragmatic randomized comparative effectiveness trial. *Am J Psychiatry*. 170,414-425.

Furukawa, T.A., Horikoshi, M., Kawakami, N., Kadota, M., Sasaki, M., Sekiya, Y., Hosogoshi, H., Kashimura, M., Asano, K., Terashima, H., Iwasa, K., Nagasaku, M., Grothaus, L.C., 2012. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One*.7,1-9.

Gitlow, S. E., 1979. The disease of alcoholism. *Cam'er Res*. 39, 2836-2839.

Gorestein, C., Andrade, L., 1998. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev de Psiqu Clín*. Vol, Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm#1>.

Hailemariam, S., Tessema, F., Asefa, M., Tadesse, H., Tenkolu, G., 2012. The prevalence of depression and associated factors in Ethiopia: findings from the National Health Survey. *Int J Ment Health Syst*. 6, 01-11.

Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson, F.S., Grant, B.F., 2005. Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 62,1097-1106.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível in: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/educacao_e_deslocamento/default_pdf.shtm

Katz, E.F.M., Kosten, T.R., Jatlow, P., 1998. Concurrent Use of Cocaine and Alcohol Is More Potent and Potentially More Toxic than Use of Either Alone-A Multiple-Dose Study. *Biol Psychiatry*. 44,250-259.

Kessler, F.H.P., Terra, M.T., Faller, S., Stolf, A.R., Peuker, A.N., Benzano, D., 2012. Brazilian Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems, *Am J Addict*. 21,370-380.

Laranjeira, R., Madruga, C.S., Ribeiro, M., Pinsky, R.C., Mitsuro S., 2012. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, O Uso de Cocaína e Crack no Brasil. UNIFESP, São Paulo.

Lee, S., Jeong, J., Kwak, Y., Park, S.K. 2010. Review Open access depression research: where are we now? *Mol Brain*. 10,3-8.

Lima, S. M., Farrell M, Reisser, A.A.R., Soares, B., 2010. WITHDRAWN: Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 17;(2):CD002950. doi: 10.1002/14651858.CD002950.pub2.

Matthey, S., Ross-Hamid, C., 2011 The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord*. 133,546-552.

MJ, Ministério da Justiça. Disponível em:
<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ979F238FITEMID7C4400478D7F408DB608A4FAE410F0A3PTBRIE.htm>

Nace, E. P., 1984. Epidemiology of alcoholism and prospects for treatment. *Annu Rev Med.* 35: 293-309.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Material disponível em:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Pasa, M.S.G.G., Almeida, R.M.M., 2010. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psic.: Teor. e Pesq.* 26, 533-541.

Portal Brasil. Crack é possível vencer. Disponível em:
<http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/cuidado/onde-encontrar-ajuda/vivavoz>

Ramírez, R.L., Martínez, M.O.A., 2011. Fatores associados com depressão nas grandes urbes. O caso do Distrito Federal do México. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 10: 111-120.

Restrepo, C.G., Díaz, S.C., Castillo, C.E.D., Gil, F., Villegas, C.A.A., Fagua, J., Araneda, J.C., 2011. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes no psiquiátricos que consultan un servicio de urgencias en Bogotá. *Rev Colomb Psiquiat.* 40, 709-722.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies: National Household Survey on Drug Abuse. Rockville: Department of Health and Human Services; 1999.

Schönnesson, L.N., Williams, M., Atkinson, J., Timpson, S., 2009. Factors associated with depressive symptoms in African American crack cocaine smokers. *J Subst Use.* 14,161-174.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C., 1998. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 59:22-33.

Silva, C.R., Kolling, N.M., Carvalho, J.C.N., Cunha, S.M., Kristensen, C.H., 2010. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório Aletheia. 30, 101-112.

Souza, M.F., Kohlrausch, E.R., Mazoni, C.G., Moreira, T.C., Fernandes, S., Dantas, D.C.M., Ferigolo, M., Barros, H.M.T., 2008. Perfil dos Usuários do Serviço de Teletendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 30:182-191.

Spendlove, D.C., West, D.W., Stanish, W.M., 1984. Risk factors and the prevalence of depression in Mormon women. *Soc Sci Med.* 18,491-495.

Stegenga, B.T., King, M., Grobbee, D.E., Torres-González, F., Švab, I., Maarros, H.I., Xavier, M., Saldivia, S., Bottomley, C., Nazareth, I., Geerlings, M.I., 2012 .Differential Impact of Risk Factors for Women and Men on the Risk of Major Depressive Disorder. *Ann Epidemiol.* 22, 388-396.

Terra, M.B, Barros, H.M., Stein, A.T., Figueira, I., Athayde, L.D., Palermo, L.H., Tergolina, L.P., Rovani, J.S., Silveira, D.X., 2007. Predictors of engagement in the Alcoholics Anonymous group or to psychotherapy among Brazilian alcoholics : a six-month follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 257,237-244.

Torrens, M., Gilchrist, G., Domingo-Salvany, A., 2011. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. *Drug Alcohol Depend.* 15,147-156.

Vargens, R.W., Cruz, M.S., Santos, M.A., 2011. Comparação entre usuários de *crack* e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 19, 804-812.

Watkins, E., Baracaia, S., 2002. Rumination and social problem-solving in depression. *Behav Res Ther.* 40,1179-1189.

Watkins, E., Brown, R.G., 2002. Rumination and executive function in depression: an experimental study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 72,400-402.

Yeung, A., Johnson, D.P., Trinh, N.H., Weng, W.C., Kvedar, J., Fava, M., 2009. Feasibility and effectiveness of telepsychiatry services for chinese immigrants in a nursing home. *Telemed J E Health.* 15,336-341.

9 ANEXOS

9.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do consultor: _____

Data ____/____/____

Número da chamada: _____

Quando as chamadas dos usuários são atendidas pelo serviço telefônico “VIVAVOZ”, será disponibilizada a mensagem padrão: “As informações fornecidas ao serviço poderão ser utilizadas como dados de pesquisa, sendo disseminadas no meio médico e de saúde, sem a divulgação de dados individuais”. A partir do consentimento dos participantes que solicitam determinada informação do serviço, dar-se-á início ao preenchimento do protocolo para este estudo. Em seguida o consultor lê a mensagem: “estamos fazendo um estudo sobre sintomas depressivos que envolverá algumas perguntas relacionadas aos seus sentimentos e percepções atuais sobre o você. Você não será identificado em hipótese alguma.”

Você tem total liberdade para responder ou não ao questionário, podendo se retirar do estudo a qualquer momento. Caso não queira participar, você não será prejudicado quanto à suas consultas. Os questionários não serão identificados ou divulgados.

Gostaríamos que nos ligasse daqui a 1 dia, 3 meses e 6 meses. É importante que anote o seu número de protocolo e a data para o retorno da ligação. Dia ____/____/____ após 1 dia, dia ____/____/____ após 3 meses, dia ____/____/____ após 6 meses. Você receberá uma carta com as datas que você deverá ligar para o “VIVAVOZ”, o qual funciona das 8 horas às 24 horas. É muito importante seu retorno, gostaríamos de saber como está se sentindo.

Atenciosamente,

Helena Maria T. Barros

Maristela Ferigolo

Roger Santos Camargo

9.2 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO

CHAMADA N.º: _____ / 2011	Horário: Início _____ Término _____
DATA: ____ / ____ / 2011	Consultor: _____

CLASSIFICAÇÃO DA PERGUNTA:

PERGUNTA: (registrar por extenso):

TIPO DE PERGUNTA (selecionar):

1. Informações sobre drogas	()
2. Centros de tratamento (público ou particular)	()
3. Solicitação de material informativo	()
4. Outras	()
5. Perda	()
6. Retorno	()

DROGAS (selecionar):

1. Álcool	7. Êxtase
2. Alucinógenos	8. GHB
3. Anabolizantes esteróides	9. Maconha
4. Ansiolíticos	10. Opióides/heroína
5. Cocaína/Crack/merla	11. Solventes/Inalantes
6. Anfetaminas	12. Tabaco
	13. Outras

RESPOSTA (registrar por extenso): _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (registrar por extenso): _____

CLASSIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

QUEM BUSCA A INFORMAÇÃO (selecionar):

1. Mãe (), 2. Pai (), 3. Esposa (), 4. Marido (), 5. Irmão (), 6. Irmã (), 7. Outro/Qual () _____

O Sr.(a) alguma vez procurou ajuda ?

1. SIM ()
2. NÃO ()

LOCAL DA CHAMADA: Cidade: _____ UF: _____

PROFISSÃO: (selecionar)

1. Aposentado	
2. Autônomo	5. Estudante
3. Desempregado	6. Profissional da Saúde
4. Do Lar	7. Profissional de outra área

ESTADO CIVIL: (selecionar)

1. Solteiro	3. Casado/vive com companheiro
2. Separado/divorciado	4. Viúvo

IDADE: _____

SEXO: M () F ()

RENDA FAMILIAR (salário mínimo): (selecionar)

1.1-5 (R\$ 350,00 a 1.750,00)	3. Mais de 10 (mais de R\$ 3.500,00)
2.5-10 (R\$ 1.750,00 a 3.500,00)	

ESCOLARIDADE: (selecionar)

(1) Analfabeto	(5) Ensino Médio Completo (2º grau)
(2) Ensino Fundamental Incompleto (1º Grau)	(6) Superior incompleto
(3) Ensino Fundamental Completo (1º Grau)	(7) Superior completo
(4) Ensino Médio Incompleto (2º grau)	(8) Curso Técnico

ENDEREÇO PARA ENVIO DE MATERIAL INFORMATIVO E OU CONTATOS PORTERIORES:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: (__) _____ CEP: _____

9.3 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS

Uso na vida ()
Uso no ano ()
Uso no mês ()

Frequência no último mês: (selecionar)

Diário ()
Semanal ()
Menor que semanal ()
Não se aplica ()

Quanto geralmente usou num mesmo dia? _____ (em doses)

Via de administração: (selecionar)

Oral ()
Aspirada ()
Inalado/fumado ()
Injetado EV ()
Injetado IM ()
Outros ()

Tempo de uso: (selecionar)

Ate 6 meses ()
6 meses a 1 ano ()
Entre 1 - 2 anos ()
Entre 2 – 5 anos ()
Mais de 5 anos ()
Não se lembra ()

9.4 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL, CRACK/COCAÍNA E OU OUTRAS DROGAS

1) No último ano, você gastou grande parte do seu tempo para conseguir drogas, usar drogas ou se recobrar dos efeitos delas por 1 mês ou mais?

sim não

2) No último ano usou drogas mais frequentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

sim não

3) Você necessitou de maiores quantidades de droga para conseguir os mesmos efeitos que antes, nestes últimos 12 meses?

sim não

4) Você esteve em situações de riscos físicos, estando sob efeitos de drogas ou logo após seus efeitos?

sim não

5) No último ano, você teve algum problema pessoal pelo uso de drogas?

sim não

6) No último ano, você quis diminuir ou parar o uso de drogas?

sim não

9.5 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Escala: Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Instrução para aplicação do BDI:

“Lerei 4 frases sobre sentimentos que você possa estar sentindo. Escolha entre elas uma que melhor identifique sua situação nesta semana, incluindo hoje.”

1. **0** Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. **0** Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. **0** Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. **0** Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. **0** Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6. **0** Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7. **0** Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8. **0** Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

- 3** Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. **0** Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. **0** Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. **0** Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. **0** Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. **0** Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. **0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. **0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. **0** Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. **0** Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. **0** Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. **0** Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ou NÃO
20. **0** Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. **0** Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Resultados:

menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima;

de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada;

de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave;

de 30 a 63 = depressão grave.

Pontuação de 10 a 63 (indicativos de depressão): sugere-se que você procure ajuda especializada.

9.6 MINI PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO ATUAL

“Irei fazer perguntas de como se sentiu nas últimas duas semanas. As únicas opções de resposta são SIM ou NÃO.”

A1 Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

NÃO

SIM

A2 Nas duas últimas semanas teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?

NÃO

SIM

Se A1 ou A2 cotadas com sim:

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de + 5% ao longo do mês, isto é, + 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)

COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO

SIM

b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

NÃO

SIM

c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?

NÃO

SIM

d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?

NÃO

SIM

e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?

NÃO

SIM

f Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?

NÃO

SIM

g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?

NÃO

SIM

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?

(ou 4 se A1 OU A2 = “NÃO”)

NÃO

SIM → *EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL*

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?

NÃO

SIM

b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?

NÃO

SIM

A5b É COTADA SIM ?

NÃO

SIM → *EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO*

9.7 COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO CEP

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: Investigação dos sintomas depressivos em usuários abstinente de álcool e ou cocaína em acompanhamento telefônico para cessação de uso.

Pesquisador Responsável Helena Barros Parc. 1320/11

Data da Versão 24/02/2011

Cadastro 746/11

Data do Parecer 28/04/2011

Grupo e Área Temática Classificação utilizada pela CONEP

Objetivos do Projeto

Objetivo geral: Investigar os sintomas depressivos em usuários de álcool e ou cocaína/crack, em 24 horas, 3 meses e 6 meses após o início da abstinência.

Objetivos específicos: -Avaliar se as manifestações da depressão têm relação com o grau de dependência e com a abstinência.

- Investigar nos usuários de álcool e/ou cocaína/crack se os sintomas depressivos estão relacionados com o padrão de consumo dessas substâncias.

- Verificar nos usuários de álcool e/ou cocaína/crack se há alteração dos sintomas de depressão relacionados a abstinência dessas drogas.

Sumário do Projeto

A depressão é comum entre usuários de drogas, porém ainda não está estabelecido se a depressão ocorre em decorrência da utilização das drogas ou se o dependente químico utiliza a droga como "medicação" para episódios depressivos anteriores. O projeto investigará a comorbidade depressão e o uso de álcool e/ou cocaína/crack em usuários abstinente que realizam acompanhamento telefônico para cessação de uso. Para avaliação dos sintomas depressivos nos pacientes se utilizará o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), que será aplicado em ligações telefônicas de 24 horas, 3 e 6 meses.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 1492 Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Crêterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Não se aplica
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Ausente

9.8 TREINAMENTO: COMORBIDADE DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As atividades realizadas fazem parte do treinamento desenvolvido dentro do projeto VIVAVOZ. Este é um serviço de telemedicina que presta informações sobre drogas lícitas e ilícitas, informa centros de tratamento, além de oferecer acompanhamento telefônico a usuários de drogas e familiares. A proposta das aulas foi abordar a temática drogas e comorbidade depressão sobre diversos aspectos, desde a neurobiologia ao tratamento. As aulas foram dadas aos estagiários do VIVAVOZ que prestam atendimento no serviço, sendo estudantes de diversos cursos da área da saúde e de variadas intuições de ensino superior.

Treinamento: Bases para compreensão da comorbidade depressão e dependência química.

Responsável: Roger Santos Camargo

Número de alunos: 34

Conteúdo Programático

- Conceitos básicos de depressão
- Neurobiologia da comorbidade depressão e dependência química
- Outros comorbidades na depressão e dependência química
- Tratamentos para depressão
- Classificação dos antidepressivos
- Depressão, suicídio e uso de drogas

Ementa

Conceitos básicos para compreensão da comorbidade dependência química e depressão. Propiciar ao aluno conhecimentos teóricos que permitam entender os aspectos fundamentais envolvidos nos dois diagnósticos psiquiátricos, sob o ponto de vista neurobiológico, de tratamentos disponíveis e causas dessa relação.

Objetivos

A proposta do treinamento foi proporcionar aos estagiários conhecimentos básicos sobre a comorbidade depressão e dependência química, bem como, estabelecer um espaço para discussão científica da literatura atual. Desenvolver habilidades nos

alunos para o entendimento da comorbidade que possam melhorar sua empatia e respaldo científico para lidar com usuários de drogas depressivos que ligam para o VIVAVOZ .

Procedimentos

Os tópicos do treinamento foram abordados por meio de aulas expositivas dialogadas com o auxílio de material audiovisual e posterior discussão do que foi visto no vídeo.

Avaliação

- Freqüência mínima de 75 % das aulas
- Desempenho satisfatório na prova realizada
- Participação nas discussões propostas.

Bibliografia

Barros, E.; Barros, H.M.T.; et al. Medicamentos na Prática Clínica, 1ª edição, Artmed, Porto Alegre, 2010.

Diehl, A.; Cordeiro, D.C.; Laranjeira, R.; et al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas pública.

Gitlow, S. Transtornos Relacionados ao Uso de Substancias, 2ª edição, Artmed, Porto Alegre, 2008.

Kapczinski, F.; Quevedo, J.; Izquierdo, I. Bases Biológicas dos Transtornos mentais, 2ª edição, Artmed, Porto Alegre, 2004.

Lacerda, A. L. T. et al. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Licinio, J.; et al. Biologia da Depressão. Artmed, Porto Alegre, 2007.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, Artmed, Porto Alegre, 2002.

Moreno, R.A.; Moreno, D.H.; Soares, M.B.M. Psicofarmacologia de antidepressivos. Rev Bras Psiquiatr, Depressão - vol. 21 - maio 1999.

Versiani M, Nardi AE. Social phobia and depression. Depress Anxiety 1994;5(2):28-32.

Lista de vídeos passados nas aulas:

<http://www.youtube.com/watch?v=yRXZi6vTpew&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=01c1quybkmk&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=GwT5GIYExcw&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=vvT19hSatjA&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=jG198imtsDI&feature=related>

9.9 TREINAMENTO: APLICAÇÃO DAS ESCALAS MINI E BDI

Antes de instruir os estagiários do VIVAVOZ para aplicação das escalas MINI e BDI, houve o treinamento do responsável por essa pesquisa. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o conteúdo e o manejo para aplicação da escala, tendo como referências principais o Manual de Aplicação do Inventário de Depressão de Beck, o artigo de validação do MINI em português por Amorim (2000), além do Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0.

Posteriormente observou-se 3 consultas *in loco* com a aplicação das escalas. No dia 15/03/2011 na Clínica Acurarte, com autorização de dois pacientes, foi visto a aplicação do BDI pela psicóloga responsável Cassandra Borges Bortolon. As aplicações do BDI foram gravadas, com autorização por escrito dos pacientes, tendo suas identidades mantidas em sigilo. Um dos pacientes apresentou sintomas depressivos leves, e o outro moderado. No dia 18/03/2011, como continuidade ao treinamento, outra observação da aplicação dos instrumentos de pesquisa foi programado. Na clínica do psiquiatra doutor Mauro Barbosa Terra, presenciou-se o uso da escala MINI para Episódio Depressivo Maior Atual. A paciente apresentava episódio depressivo atual e recorrente, com ideação suicida.

Aos consultores do VIVAVOZ, foi apresentado o vídeo da aplicação do BDI pela psicóloga, além do treinamento para compreensão da comorbidade dependência química e depressão (Anexo 9.7). Os estagiários, junto com o pesquisador, simularam entre si as entrevistas. Avaliações da aplicação das escalas nos atendimentos foram feitas pelo mestrando, dando feedback aos consultores e discutindo dúvidas. Ao longo da coleta de dados e do estudo, o psiquiatra Mauro Terra acompanhou e orientou o pesquisador conforme as demandas necessárias.

9.10 INSTRUÇÕES PARA AUTORES DA REVISTA *Journal of Affective Disorders*

Submission of a manuscript implies that it contains original work and has not been published or submitted for publication elsewhere. It also implies the transfer of the copyright from the author to the publisher. Authors should include permission to reproduce any previously published material. Any potential conflict of interest should be disclosed in the cover letter. Authors are also requested to include contact information (name, address, telephone, fax, and e-mail) for three potential peer reviewers, to be used at the Editor's discretion. The review process requires 2 to 5 months.

Ethics in publishing

For information on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication (including the necessity to avoid plagiarism and duplicate publication) see <http://www.elsevier.com/ethicalguidelines> and <http://www.elsevier.com/publishingethics>

Manuscript Submission

The *Journal of Affective Disorders* now proceeds totally online via an electronic submission system. Mail submissions will no longer be accepted. By accessing the online submission system through the Author Gateway, <http://ees.elsevier.com/jad/>, you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. When submitting a manuscript online, authors need to provide an electronic version of their manuscript and any accompanying figures and tables.

The author should select from a list of scientific classifications, which will be used to help the editors select reviewers with appropriate expertise, and an article type for their manuscript. Once the uploading is done, the system automatically generates an electronic (PDF) proof, which is then used for reviewing. All correspondence, including the Editor's decision and request for revisions, will be processed through the system and will reach the corresponding author by e-mail.

Once a manuscript has successfully been submitted via the online submission system authors may track the status of their manuscript using the online submission system (details will be provided by e-mail). If your manuscript is accepted by the journal, subsequent tracking facilities are available on Elsevier's Author Gateway, using the unique reference number provided by Elsevier and corresponding author name (details will be provided by e-mail).

Authors may send queries concerning the submission process or journal procedures to the appropriate Editorial Office:

For Europe, Asia (except Japan), and Australasia: C. Katona, University College London, Research Dept. of Mental Health Sciences, Charles Bell House, 2nd Fl., 67-73 Riding House Street, London W1W 7EJ, UK; E-mail: c.katona@ucl.ac.uk.

For the American Hemisphere, Africa, and Japan: H.S. Akiskal, Director of International Mood Center, University of California at San Diego, 9500 Gilman Drive #0737, La Jolla, CA 92093-0737, USA, USA; E-mail: hakiskal@ucsd.edu.

For further details on how to submit online, please refer to the online EES Tutorial for authors or contact Elsevier's Author Support Team at authorsupport@elsevier.com.

Retraction Policy

It is a general principle of scholarly communication that the editor of a learned journal is solely and independently responsible for deciding which articles submitted to the journal shall be published. In making this decision the editor is guided by policies of the journal's editorial board and constrained by such legal requirements in force regarding libel, copyright infringement and plagiarism. Although electronic methods are available to detect plagiarism and duplicate publications, editors nonetheless rely in large part on the integrity of authors to fulfil their responsibilities within the requirements of publication ethics and only submit work to which they can rightfully claim authorship and which has not previously been published.

An outcome of this principle is the importance of the scholarly archive as a permanent, historic record of the transactions of scholarship. Articles that have been published shall remain extant, exact and unaltered as far as is possible. However, very occasionally circumstances may arise where an article is published that must later be retracted or even removed. Such actions must not be undertaken lightly and can only occur under exceptional circumstances, such as:

Article Withdrawal: Only used for Articles in Press which represent early versions of articles and sometimes contain errors, or may have been accidentally submitted twice. Occasionally, but less frequently, the articles may represent infringements of professional ethical codes, such as multiple submission, bogus claims of authorship, plagiarism, fraudulent use of data or the like.

Article Retraction: Infringements of professional ethical codes, such as multiple submission, bogus claims of authorship, plagiarism, fraudulent use of data or the like. Occasionally a retraction will be used to correct errors in submission or publication.

Article Removal: Legal limitations upon the publisher, copyright holder or author(s).

Article Replacement: Identification of false or inaccurate data that, if acted upon, would pose a serious health risk.

For the full policy and further details, please [click here](#)

Types of Papers

The Journal primarily publishes full-length Research Reports describing original work (4000-5000 words, excluding references and up to 6 tables/figures)

Brief Reports (1500-2000 words, excluding references and a maximum of 2 tables/figures)

evidence-based Review Articles (up to 8000 words, excluding references and up to 10 tables/figures). Reviews should be systematic and give details as to search strategy used.

Rapid Communications (1500-2000 words, excluding references and a maximum of 2 tables/figures).

Preliminary Communications (up to 3000 words, excluding references and maximum 3 tables/figures).

Books for review should be sent to the appropriate editorial office (see above).

At the discretion of the accepting Editor-in-Chief, and/or based on reviewer feedback, authors may be allowed fewer or more than these guidelines.

Preparation of Manuscripts

Articles should be in English. The title page should appear as a separate sheet bearing title (without article type), author names and affiliations, and a footnote with the corresponding author's full contact information, including address, telephone and fax numbers, and e-mail address (failure to include an e-mail address can delay processing of the manuscript).

Papers should be divided into sections headed by a caption (e.g., Introduction, Methods, Results, Discussion). A structured abstract of no more than 250 words should appear on a separate page with the following headings and order: Background, Methods, Results, Limitations, Conclusions (which should contain a statement about the clinical relevance of the research). A list of three to six key words should appear under the abstract.

Authors should note that the 'limitations' section both in the discussion of the paper AND IN A STRUCTURED ABSTRACT are essential. Failure to include it may delay in processing the paper, decision making and final publication.

Ethical Considerations. Authors of reports on human studies, especially those involving placebo, symptom provocation, drug discontinuation, or patients with disorders that may impair decision-making capability, should consider the ethical issues related to the work presented and include (in the Methods and Materials section of their manuscript) detailed information on the informed consent process, including the method or methods used to assess the subject's capacity to give informed consent, and safeguards included in the study design for protection of human subjects. Specifically, authors should consider all ethical issues relevant to their research, and briefly address each of these in their reports. When relevant patient follow-up data are available, this should also be reported. Specifically, investigators reporting on research involving human subjects or animals must have prior approval from an institutional review board. This approval should be mentioned in the methods section of the manuscript. In countries where institutional review boards are not available; the authors must include a statement that research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration as revised 1989. All studies involving animals must state that the authors followed the guidelines for the use and care of laboratory animals of the author's institution or the National Research Council or any national law pertaining to animal research care.

Author Disclosure

Funding body agreements and policies Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

The second aspect of the Journal's new policy concerns the Conflict of Interest. ALL authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three (3) years of beginning the work submitted that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work.

Examples of potential conflicts of interest which should be disclosed include employment, consultancies, stock ownership (except for personal investment purposes equal to the lesser of one percent (1%) or USD 5000), honoraria, paid expert testimony, patent applications, registrations, and grants. If there are no conflicts of interest, authors should state that there are none.

eg, Author Y owns shares in pharma company A. Author X and Z have consulted for pharma company B. All other authors declare that they have no conflicts of interest.

Finally, before the references, the Journal will publish Acknowledgements, in a separate section, and not as a footnote on the title page.

eg, We thank Mr A, who kindly provided the data necessary for our analysis, and Miss B, who assisted with the preparation and proof-reading of the manuscript.

The submitting author is also required to make a brief statement concerning each named author's contributions to the paper under the heading Contributors. This statement is for editorial purposes only and will not be published with the article.

eg, Author X designed the study and wrote the protocol. Author Y managed the literature searches and analyses. Authors X and Z undertook the statistical analysis, and author W wrote the first draft of the manuscript. All authors contributed to and have approved the final manuscript.

NB. During the online submission process the author will be prompted to upload these four mandatory author disclosures as separate items. They will be automatically incorporated in the PDF builder of the online submission system. Please do not include in the main manuscripts.

References

References should be cited in text by authors' names and year of publication (Harvard system). When referring to a work of more than two authors, the name of the first author should be used with 'et al.'(examples: Brown, 1992; Brown and Bifulco, 1992; Brown et al., 1993, a, b).

All references cited in text should be listed at the end of the paper (double spaced) arranged in alphabetical order of first author. More than one paper from the same author

in the same year should be identified by the letter (a, b, c, etc.) after the year of publication.

The reference list should contain names and initials of all authors, year, title of paper referred to, abbreviated title of periodical (per Index Medicus), volume, and inclusive page numbers. This Journal should be cited in the list of references as *J. Affect. Disord.* Periodicals, books, and multi-author titles should accord with the following examples:

Bauer, M.S., Shea, N., McBride, L., Gavin, C., 1997. Predictors of service utilization in veterans with bipolar disorder: a prospective study. *J. Affect. Disord.* 44, 159-168.

Gelenberg, A.J., Bassuk, E.L., Schoonover, S.C., 1991. *The Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs*. Plenum Medical Book Company, New York, NY.

Willner, P., 1995. Dopaminergic mechanisms in depression and mania. In: Bloom, F.E. and Kupfer, D.J. (Eds.), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Raven Press, NY, pp. 921-931.

Figures and Photographs

Figures and Photographs of good quality should be submitted online as a separate file. Please use a lettering that remains clearly readable even after reduction to about 66%. For every figure or photograph, a legend should be provided. All authors wishing to use illustrations already published must first obtain the permission of the author and publisher and/or copyright holders and give precise reference to the original work. This permission must include the right to publish in electronic media.

Tables

Tables should be numbered consecutively with Arabic numerals and must be cited in the text in sequence. Each table, with an appropriate brief legend, comprehensible without reference to the text, should be typed on a separate page and uploaded online. Tables should be kept as simple as possible and wherever possible a graphical representation used instead. Table titles should be complete but brief. Information other than that defining the data should be presented as footnotes.

Please refer to the generic Elsevier artwork instructions: <http://authors.elsevier.com/artwork/jad>.

Preparation of supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, movies, animation sequences, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please ensure that data is provided in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For

more detailed instructions please visit our Author Gateway at:
<http://www.elsevier.com/authors>

Colour reproduction

The Journal of Affective Disorders is now also included in a new initiative from Elsevier: 'Colourful e-Products'. Through this initiative, figures that appear in black & white in print can appear in colour, online, in ScienceDirect at <http://www.sciencedirect.com>.

There is no extra charge for authors who participate.

For colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article. Please indicate your preference for colour in print or on the Web only. Because of technical complications which can arise by converting colour figures to "grey scale" (for the printed version should you not opt for colour in print) please submit in addition usable black and white versions of all the colour illustrations. For further information on the preparation of electronic artwork, please see <http://authors.elsevier.com/artwork/jad>.

Copyright Transfer

Upon acceptance of an article, you will be asked to transfer copyright (for more information on copyright see <http://authors.elsevier.com/journal/jad>). This transfer will ensure the widest possible dissemination of information. If excerpts from other copyrighted works are included in the submission, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: contact Elsevier's Rights Department, Philadelphia, PA, USA: phone (+1) 215 238 7869, fax (+1) 215 238 2239, e-mail healthpermissions@elsevier.com.

Requests for materials from other Elsevier publications may also be completed on-line via the Elsevier homepage <http://www.elsevier.com/locate/permissions>

Proofs

One set of proofs in PDF format will be sent by email to the corresponding Author, to be checked for typesetting/editing. No changes in, or additions to, the accepted (and subsequently edited) manuscript will be allowed at this stage. Proofreading is solely your responsibility. A form with queries from the copyeditor may accompany your proofs. Please answer all queries and make any corrections or additions required. The Publisher reserves the right to proceed with publication if corrections are not communicated. Return corrections within 2 days of receipt of the proofs. Should there be no corrections, please confirm this.

Elsevier will do everything possible to get your article corrected and published as quickly and accurately as possible. In order to do this we need your help. When you receive the (PDF) proof of your article for correction, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication. Subsequent corrections will not be possible, so please ensure your first sending is complete. Note that this does not

mean you have any less time to make your corrections, just that only one set of corrections will be accepted.

Reprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use. There are no page charges.

Author enquiries For enquiries relating to the submission of articles please visit Elsevier's Author Gateway at <http://authors.elsevier.com/journal/jad> . The Author Gateway also provides the facility to track accepted articles and set up e-mail alerts to inform you of when an article's status has changed, as well as detailed artwork guidelines, copyright information, frequently asked questions and more. Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, are provided after registration of an article for publication