

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA APARECIDA KNYCHALA

**PREVALÊNCIA DO USO DE RISCO DE ÁLCOOL E DE SINTOMAS
DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: ESTUDO
TRANSVERSAL**

Uberlândia

2014

MARIA APARECIDA KNYCHALA

**PREVALÊNCIA DO USO DE RISCO DE ÁLCOOL E DE SINTOMAS
DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: ESTUDO
TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Tannús Jorge

Uberlândia

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

K74p
2014 Knychala, Maria Aparecida, 1957-.
Prevalência do uso de risco de álcool e sintomas de ansiedade e
depressão em adolescentes e adultos jovens com diabetes mellitus tipo 1:
estudo transversal / Maria Aparecida Knychala. -- 2014.
47 f.

Orientador: Paulo Tannús Jorge.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Diabetes - Teses. 3. Ansiedade – Teses.
4. Depressão mental – Teses. I. Jorge, Paulo Tannús. II. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
III. Título

CDU: 61

MARIA APARECIDA KNYCHALA

**PREVALÊNCIA DO USO DE RISCO DE ÁLCOOL E DE SINTOMAS
DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: ESTUDO
TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Tannús Jorge

Aprovado em 15 de julho de 2014

Banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo Tannús Jorge
(Orientador UFU)

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Borges
UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira
(Examinador UFU)

Uberlândia

2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais pelo apoio incondicional nas horas mais difíceis e, sobretudo, pelo exemplo e valores transmitidos; às minhas filhas, pelo carinho e estímulo oferecidos incessantemente; às minhas irmãs e amigas, pela incontestável parceria. À minha neta, que espero conseguir viver em um mundo cada vez melhor. Aos pacientes, sem os quais este trabalho não seria possível e aos quais ele se destina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Supremo pela bênção incontestável a cada passo e pela luz tão importante na realização dessa jornada.

Agradeço ao Dr. Paulo Tannús Jorge e Dra. Maria Luiza Jorge pela orientação pedagógica e científica que, pacientemente, disponibilizaram. Agradeço, principalmente, por terem acreditado em mim, possibilitando-me buscar o conhecimento na realização de pesquisas. Em especial, agradeço à Dra. Maria Luiza Jorge pelo apoio ao trabalho no ambulatório de endocrinologia, colaborando com a abordagem aos pacientes e na confecção deste trabalho.

Agradeço a colaboração do endocrinologista Dr. Ricardo Rodrigues e da psicóloga Dra. Maria Luiza Segatto na confecção inicial do projeto.

Agradeço aos professores Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, Dr. Morun Bernadino Neto e Dra. Priscila Neves Faria pela disponibilidade no ensino de bioestatística e pela paciência e dedicação.

Agradeço à equipe do Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia pela colaboração na coleta dos dados.

Agradeço, particularmente, aos que fazem da arte de ensinar e coordenar pesquisas um trabalho comprometido, potencializando valores e capacidades e incentivando o crescimento profissional dos discípulos.

Agradeço às Secretárias do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde Gisele de Melo Rodrigues e Viviane Garcia Pires Gonçalves pela atenção dispensada aos alunos do Curso.

Agradeço, profundamente, às minhas sempre amigas Ademarci Gomes, Cinara Knychala Muniz, Catarina Knychala Rezende, Hilda Knychala Goulart, Maria Ana Knychala Faria, Cecília Knychala, Maria Gonçalves, Simone Franco Osme, Denize Lopes Dias, Gisele Vissoci, Maíra Lemos de Castro Taufick pelo companheirismo e pelo incentivo.

*“Só o que está morto não muda!
Repito por pura alegria de viver:
A salvação é pelo risco,
Sem o qual a vida não vale a pena!!!”*
(Clarice Lispector)

RESUMO

Introdução: A literatura médica mostra que o uso de álcool é frequente em pacientes com diabetes e está associado à má adesão ao tratamento, o que pode levar a uma maior morbidade e mortalidade. Entretanto, faltam pesquisas que avaliem a associação entre o uso de risco de álcool e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes com diabetes tipo 1 (DM1). **Objetivos:** verificar o grau de utilização de álcool, a prevalência do uso de risco de álcool e de sintomas de ansiedade e de depressão, o nível de controle glicêmico e a associação entre essas variáveis em adolescentes e adultos com diagnóstico de DM1, atendidos no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e no Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia (CMAD). **Métodos:** Este estudo transversal avaliou 209 pacientes em tratamento ambulatorial, quanto ao consumo de álcool, à presença de sintomas de ansiedade e de depressão por meio dos testes de rastreamento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e Hospital Anxiety and Depression (HAD) e o controle glicêmico por meio da hemoglobina glicada (HbA1c). Utilizaram-se os testes estatísticos de qui-quadrado e regressão logística para verificar a associação entre as variáveis. **Resultados:** A prevalência do consumo de risco de álcool em pacientes com DM1 foi de 24,8%, sendo 14,7% em mulheres e 34,6% em homens. A chance de uso de risco foi maior nos homens (OR=2,79), em pessoas com faixa etária mais elevada (OR=1,07), naqueles com história familiar de uso de álcool (OR=7,05), nos que referiram consumo de drogas ilícitas (OR=5,89), cigarro (OR=8,25) e na faixa etária de 30 a 40 anos (OR = 1,07). Quanto ao consumo de risco na adolescência, não houve diferença entre os gêneros (mulheres=9,09% e homens=16,21% e $p=0,374$). As frequências de sintomas de ansiedade (11% no total, 17,65% nas mulheres e 4,7% nos homens) e de depressão (29,66% no total, 37,25% nas mulheres e 22,43% nos homens) não mostraram relação com o consumo de bebidas alcoólicas. As mulheres apresentaram mais sintomas de ansiedade (OR=2,05) e de depressão (OR=4,37) do que os homens, assim como os adultos com mais de 30 anos em relação aos mais jovens (OR=2,34 para ansiedade e OR= 7,44 para depressão). O controle glicêmico foi predominantemente inadequado e não se verificou associação com o uso de risco de álcool e com a presença de sintomas de ansiedade e de depressão. Não houve associação do nível de HbA1c com o uso de risco de álcool, provavelmente devido ao número pequeno de pacientes com bom controle glicêmico. **Conclusões:** A prevalência do consumo de risco de álcool e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em adolescentes e adultos com DM1 foram elevadas. O uso de risco de álcool aumentou proporcionalmente ao aumento da faixa etária e foi mais prevalente entre os homens; somente entre os adolescentes não houve diferença entre os gêneros. Na amostra estudada, o controle glicêmico foi inadequado na maioria dos pacientes, independentemente do consumo de álcool e da presença de sintomas de ansiedade e de depressão.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 1. Prevalência. Álcool. Ansiedade. Depressão. Controle glicêmico.

ABSTRACT

Background: The medical literature shows that alcohol consumption is common among diabetic individuals and is associated with poor adherence to treatment, resulting in increased morbidity and mortality. However, no study has assessed the association between high-risk alcohol consumption and the presence of anxiety and depression in individuals with type 1 diabetes mellitus (1DM). **Objectives:** To know the degree of alcohol use, the prevalence at risk alcohol use and symptoms of anxiety and depression, the level of glycemic control and the association between these variables in adolescents and adults diagnosed with type 1 diabetes treated at the Clinic of Endocrinology Outpatient, Federal University of Uberlândia (UFU) and the Municipal Diabetic Care Center of Uberlândia. **Methods:** The present cross-sectional study assessed 209 outpatients in regards to alcohol consumption and the presence of anxiety and depression symptoms, using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale, and glycemic control, according to the levels of glycated hemoglobin (HbA1c). The chi-square test and logistic regression analysis were used to investigate the association between the investigated variables. **Results:** The prevalence of high-risk alcohol consumption ($AUDIT \geq 8$) among individuals with 1DM was high, specifically 24.88% among the entire group of subjects, 12.9% among the adolescents, 14.7% among the females, and 34.6% among the males. Upon comparisons based on gender and age, the odds of high-risk drinking were higher among males and participants aged 30 to 40 years (33.93%). The frequency of high-risk alcohol consumption did not differ as a function of gender among adolescents (females: 9.09%, males: 16.21%; $p=0.374$). Neither the frequency of anxiety (total: 29.66%, females: 37.25%, males: 22.43%) nor depression (total: 11%, females: 17.65%, males: 4.7%) symptoms exhibited associations with high-risk alcohol consumption. Moreover, the odds of female subjects exhibiting anxiety or depression symptoms were higher (odds ratio – OR: 4.37 and OR: 7.4, respectively). Glycemic control was inadequate in most of the sample and did not exhibit an association with high-risk alcohol consumption or the presence of anxiety and depression symptoms. **Conclusions:** The prevalence of high-risk alcohol consumption and the presence of anxiety and depression symptoms were high in this patient sample. The frequency of high-risk drinking increased together with age and was greater among males; however, this frequency did not exhibit differences in terms of gender among adolescents. Glycemic control was inadequate in most of the sample independent of alcohol consumption and the presence of anxiety and depression symptoms.

Keywords: Type 1 diabetes mellitus. Prevalence. Alcohol. At risk. Anxiety. Depression. Glycemic control

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Pacientes e métodos.....	Pág 19
Figura 2.	Níveis de consumo de álcool por gênero.....	25

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Características sociodemográficas dos pacientes entrevistados no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011- 2012.....	Pág 19
TABELA 2.	Características clínicas dos pacientes entrevistados no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012..	20
TABELA 3.	Comparação do consumo de risco ($AUDIT \geq 8$) entre os gêneros nas diferentes faixas etárias. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.....	21
TABELA 4.	Prevalência do uso de risco de álcool entre as variáveis. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.....	22
TABELA 5.	Prevalência de sintomas de ansiedade relacionada às diferentes variáveis. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.....	23
TABELA 6.	Prevalência dos sintomas de depressão relacionada às diferentes variáveis. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011- 2012.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA -	<i>American Diabetes Association/ Associação Americana de Diabetes</i>
HC-UFU -	Ambulatório de Endocrinologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
AUDIT -	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CMAD -	Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia
DM -	<i>Diabetes Mellitus</i>
DM1 -	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 1
DM2-	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2
EUA -	Estados Unidos da América
HAD -	<i>Hospital Anxiety and Depression</i>
HAD A -	<i>Hospital Anxiety and Depression</i> –subescala de ansiedade
HAD D -	<i>Hospital Anxiety and Depression</i> – subescala de depressão
HbA _{1c} -	Hemoglobina glicada
IC95% -	Intervalo de Confiança 95%
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OR -	<i>Odds Ratio</i>
WHO -	<i>World Health Organization</i>
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SÍMBOLOS

β	Beta
$>$	Maior
$<$	Menor
\geq	Maior ou igual
\leq	Menor ou igual
$=$	Igual
χ^2	Qui-quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos:	15
3 PACIENTES E MÉTODOS	16
3.1 Caracterização da Casuísta	16
3.2 Instrumento para Avaliação do Grau de Utilização de Álcool	17
3.3 Instrumento para Avaliação de Sintomas de Ansiedade e Depressão - HAD	17
3.4 Exames Laboratoriais	18
3.6 Análise Estatística	18
4 RESULTADOS	19
5 DISCUSSÃO	26
5.1 Dados Gerais	26
5.2 Implicações Clínicas do Estudo	28
5.3 Força do Estudo	29
5.4 Limitações do Estudo	29
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
Apêndice 1: Ficha de Coleta de Dados	39
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	40
Anexo 1B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Maior de 18 Anos.	42
Anexo 1C: Carta de Esclarecimento para Menores de 18 anos	43
Anexo 2: Equivalências de Dose Padrão	44
Anexo 3 AUDIT Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool ..	45
Anexo 4: Escala de Ansiedade e Depressão – HAD	46
Anexo 5: Quadro - Pontuação no AUDIT e Intervenção Indicada	47

1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia que pode ser resultante tanto de um déficit na secreção de insulina, quanto de uma resistência em sua ação ou de ambos, acarretando o desenvolvimento progressivo de complicações crônicas em diversos órgãos e estruturas, tais como nos olhos, rins, coração, vasos e nervos. Essa doença é classificada em 4 (quatro) categorias clínicas que incluem DM tipo 1 (DM1), caracterizado pela deficiência absoluta de insulina por destruição das células β ; DM tipo 2 (DM2), identificado por deficiência progressiva de produção de insulina e resistência à insulina; diabetes gestacional, quando diagnosticado na gravidez, e outros tipos específicos de diabetes associados a condições clínicas identificáveis ou síndromes (Standards of medical care in diabetes--2014, 2014).

Os critérios diagnósticos de DM de acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA) são: hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ ou glicemia de jejum de 8 horas ≥ 126 mg/dL ou glicemia após 2 horas ≥ 200 mg/dL em curva de tolerância oral à glicose ou hiperglicemia ≥ 200 mg/dL e sintomas clássicos de polidipsia, polifagia e poliúria (Standards of medical care in diabetes--2014, 2014).

Atualmente o número de pacientes com diabetes é estimado em 382 milhões em todo o mundo. Calcula-se que, em 2035, esse número possa chegar a 592 milhões e que esse aumento seja mais pronunciado nos países pobres e em desenvolvimento (GUARIGUATA et al., 2014). No Brasil, estima-se que existam cerca de 11,9 milhões de pessoas com a doença, sendo que DM1 representa de 5 a 10% desse total (GUARIGUATA et al., 2014). Estudos realizados em várias regiões do mundo mostram que a incidência de DM1 em crianças e adolescentes também se encontra em elevação (PATTERSON et al., 2014).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas é causa evitável de morte prematura e cerca de 2,5 milhões de mortes por ano são atribuídas a esse abuso, o que representa aproximadamente 4% de todas as mortes em todo o mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa instituição internacional tem realizado esforços visando documentar e desenvolver estratégias de controle para reduzir os danos causados pelo uso excessivo de bebidas alcoólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O abuso de álcool é um modo de consumo prejudicial à saúde, quando ocorrem complicações físicas ou psíquicas (CID-10) e redução nos desempenhos escolar e ocupacional, negligência no cuidado dos filhos ou da casa. Podem ocorrer problemas legais como dirigir sob efeito do uso de álcool e os indivíduos podem continuar esse abuso, apesar

dos problemas sociais ou interpessoais. Diagnóstico de dependência de álcool deve ser considerado quando os problemas são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo (DSM-IV).

Estudos no Brasil têm mostrado uma alta prevalência de uso frequente do álcool (uma a quatro vezes por semana) em adolescentes (9,1%) (PINSKY et al., 2010) e em adultos (24%) (LARANJEIRA et al., 2007) e de uso de risco (acima de duas doses padrão todos os dias ou mais que cinco doses padrão em uma única ocasião) em mulheres (14,8%) (SOUZA et al., 2012). Artigos de revisão indicam que o uso de risco de álcool em pacientes com diabetes é associado à má adesão ao tratamento (GHITZA et al., 2013), o que pode resultar em aumento na morbidade (RAMSEY e ENGLER, 2009) e em até duas vezes maior mortalidade (PLUNK et al., 2014). Ainda mais preocupante é o achado de que 24% dos adolescentes fazem uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez ao mês (LARANJEIRA et al., 2007) e que esse início precoce aumenta o risco de transtornos pelo uso de álcool em fases posteriores da vida (WINDLE e WINDLE, 2012), podendo acarretar graves consequências, considerando-se que esse uso está relacionado, inclusive, a traumas por lesões de causas externas (FARIA et al., 2008; FREITAS et al., 2008; SEGATTO et al., 2008).

A OMS e a força-tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) preconizam a utilização do instrumento de triagem para identificação de uso de risco de álcool (AUDIT), o que possibilitaria intervenção para reduzir o abuso do álcool (BABOR et al., 2001; PILOWSKY e WU, 2012). Essa ferramenta foi desenvolvida pela OMS (BABOR et al., 2001), sendo utilizada mundialmente e validada também no Brasil para adultos (MÉNDEZ, 1999; LIMA et al., 2005; MORETTI-PIRES e CORRADI-WEBSTER, 2011) e para adolescentes nos EUA (COOK et al., 2005).

Estudos relatam que a prevalência de depressão é duas a três vezes maior em pacientes com diabetes do que na população geral (GREY et al., 2002; LUSTMAN et al., 2008; ROY e LLOYD, 2012) e que indivíduos com diabetes e ansiedade e depressão apresentam o dobro de chance de controle glicêmico ruim (BERNSTEIN et al., 2013). Dessa forma, são recomendados testes de triagem de ansiedade e depressão em pacientes com diabetes (Standards of medical care in diabetes--2014, 2014).

A escala *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) foi desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983 (ZIGMOND e SNAITH, 1983), com finalidade de identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes em hospitais gerais. Essa ferramenta foi validada no Brasil em adultos e adolescentes a partir de 14 anos (BOTEGA et al., 1995). Trata-se de instrumento confiável em indivíduos com diabetes, por excluir os sintomas que podem estar

relacionados com doenças orgânicas, tais como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, cefaleia, tontura, sendo utilizado mundialmente (BOTEGA et al., 1995; MCHALE et al., 2008; COLLINS et al., 2009).

Vale ressaltar que na literatura poucos estudos avaliaram a associação entre o uso de risco de álcool e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em adolescentes e adultos com DM1 (COLLINS et al., 2009). No Brasil, não foi localizada, em revisão pessoal da literatura, nenhuma pesquisa sobre esse tema nessa população. Portanto, este estudo é pioneiro no Brasil, ao verificar a prevalência do uso de risco de álcool, a associação com sintomas de ansiedade e de depressão e o nível de controle glicêmico em adolescentes e adultos com diagnóstico de DM1.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar o grau de uso de risco de álcool, a prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão e o nível de controle glicêmico em adolescentes e adultos com diagnóstico de DM1, atendidos no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-U FU) e no Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia (CMAD).

2.2 Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência do uso de risco de álcool entre diabéticos, considerando-se as diferentes faixas etárias e o sexo.
- Comparar a prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão em indivíduos com DM1 usuários ou não de álcool.
- Verificar se o uso de risco de álcool associa-se com o nível do controle glicêmico nos pacientes com DM1.

3 PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido no ambulatório do HC-UFU e no Centro Municipal de Atenção ao Diabético na cidade de Uberlândia, no sudeste brasileiro, no período de novembro 2011 a outubro 2012, com amostra de conveniência, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob o n.º de protocolo 251/2011 (Anexo 1) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1 A e B) foi assinado por todos os participantes ou, quando menores de 18 anos, por um dos pais ou responsável. Além disso, todos os menores assinaram a Carta de Esclarecimento (Anexo 1C) conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Os dados foram coletados pela pesquisadora em sala reservada, durante entrevista individual, quando foi preenchida uma ficha de dados demográficos (Apêndice 1). Os pacientes foram esclarecidos sobre o que é considerada uma dose padrão de álcool (Anexo 2) previamente à realização dos testes de triagem do AUDIT (Anexo 3) e do HAD (Anexo 4). Os participantes foram informados, ainda, sobre o resultado da classificação quanto ao nível de uso de álcool de acordo com o AUDIT (Anexo 5).

Os critérios de inclusão foram: ter diabetes tipo 1 (DM1) segundo os critérios da ADA 2011 (Standards of medical care in diabetes--2011, 2011), ter entre 14-40 anos de idade e aceitar participar do estudo. A idade mínima de 14 anos foi baseada no trabalho que validou a escala HAD no Brasil (BOTEGA et al., 1995) e foram considerados adolescentes os pacientes com até 19 anos conforme a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Critérios de exclusão: pacientes com esquizofrenia, transtorno bipolar, insuficiência cardíaca, hepática, respiratória, renal, déficit cognitivo e outras doenças que poderiam levar a prejuízo na interpretação dos dados.

3.1 Caracterização da Casuísta

Foram levantados os seguintes dados: idade (agrupada por faixas de 14-19, 20-29 e 30-40 anos), gênero, se coabitava com companheiro, escolaridade, uso atual de cigarro, uso de insulina e de outros medicamentos, uso de drogas ilícitas, presença de comorbidades e história familiar de uso de álcool. Em relação à escolaridade, foram estabelecidas duas faixas: menos que 8 anos e mais que 8 anos de estudo. Adolescentes no Brasil são menores de 12 a 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, porém, neste estudo, os adolescentes

foram agrupados na faixa de 14 a 19 anos conforme considerado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

3.2 Instrumento para Avaliação do Grau de Utilização de Álcool

Utilizou-se a escala AUDIT (Anexo 3), que avalia o consumo de bebida alcoólica no último ano e tem como objetivo rastrear usuários de risco por meio da medida de consumo e das consequências pessoais. Esse instrumento foi validado nos Estados Unidos da América para adolescentes (KNIGHT et al., 2003; COOK et al., 2005; REINERT e ALLEN, 2007) e, no Brasil, para população adulta (LIMA et al., 2005). Os indivíduos foram classificados em uma das quatro zonas de risco, de acordo com o escore total obtido. Assim, aqueles com até 7 pontos seriam usuários de baixo risco; de 8 a 15 pontos, usuários de risco; de 16 a 19 pontos, uso nocivo e, acima de 20 pontos, sugestivo de dependência (BABOR et al., 2001) (Anexo 5). O valor 8 foi adotado como ponto de corte para a definição de uso de risco de álcool. Esse escore corresponde a uma sensibilidade de 100% e especificidade de 76% em adultos (LIMA et al., 2005), sendo que, entre os adolescentes, foi considerado o mesmo ponto de corte com sensibilidade de 82% e especificidade de 72% (COOK et al., 2005). Foi considerado abstinência o indivíduo que relatou não haver consumido bebida alcoólica no último ano. Neste estudo foi considerada importante a caracterização da frequência de abstinências pelo fato de existir a recomendação de que os adolescentes não devem fazer uso de bebidas alcoólicas.

3.3 Instrumento para Avaliação de Sintomas de Ansiedade e Depressão - HAD

A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Anexo 4) possui 14 itens, dos quais sete são destinados à avaliação de ansiedade (subescala ansiedade HAD-A) e sete à de depressão (subescala depressão HAD-D). Cada item pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. Nesta escala, depressão é centrada em anedonia, falta de alegria e de autocuidado; e ansiedade está relacionada a tensão, preocupação, dificuldade de relaxamento, inquietude, medo, pânico. Considerou-se como positivo para a presença de sintomas de ansiedade e de depressão o ponto de corte de 8, por ter apresentado boa sensibilidade (74%) e especificidade (74,2%) para ansiedade e, para depressão, sensibilidade (85,7%) e especificidade (72,4%) em estudo de validação no Brasil (BOTEGA et al., 1998).

3.4 Exames Laboratoriais

O diagnóstico de DM1 foi confirmado em prontuário com base nos critérios da ADA, quais sejam: 1) glicemia de jejum (nenhuma ingestão calórica por pelo menos 8 horas) ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L, 2) glicemia plasmática ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) duas horas após sobrecarga de glicose, em teste realizado como descrito pela OMS, utilizando-se uma carga equivalente a 75g de glicose anidra dissolvida em água, 3) glicemia plasmática em qualquer horário ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L), 4) sintomas clássicos de hiperglicemia. Na ausência de hiperglicemia inequívoca, os critérios foram confirmados por testes repetidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; Standards of medical care in diabetes--2011, 2011).

Quanto à hemoglobina glicada (HbA1c), considerou-se a última medida encontrada na avaliação dos prontuários durante o período do estudo. As dosagens foram realizadas pelo método de Imunoturbidimetria (kits Laboratórios ABBOT e Roche e equipamentos Architect C 8000 e Cobas 6.000), com valores de referência de 4,0% a 6,0%. Valores menores que 7% foram considerados como bom controle em adultos e menores que 7,5% em adolescentes. Controle regular foi considerado com valores entre 7 e 9% em adultos e entre 7,5 e 9% em adolescentes. HbA1c maior ou igual a 9% foi considerada mau controle (REWERS et al., 2009; MENDES et al., 2010; MEIRELES et al., 2013; SIMSEK et al., 2013; Standards of medical care in diabetes--2014, 2014).

3.6 Análise Estatística

Os dados numéricos foram submetidos ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk e a distribuição não foi normal. A associação entre as variáveis qualitativas dicotômicas foi avaliada por meio do teste binomial de duas proporções ou qui-quadrado (χ^2). Quando as frequências esperadas eram menores que cinco, empregou-se a correção de continuidade. Além disso, as variáveis nominais com mais de duas categorias foram analisadas pelo teste de comparações múltiplas para proporções e aquelas que apresentaram significância estatística foram submetidas à regressão logística múltipla, considerando-se consumo de álcool a variável dependente, e os resultados foram apresentados na forma de *Odds Ratio* (OR). As variáveis independentes foram gênero, faixa etária, uso de drogas e de cigarro e história de uso de álcool pelos pais. Os programas de estatística utilizados foram BioEstat 5.0 (AYRES et al., 2007) e R 2.6.1 para Windows® (BIASE e FERREIRA, 2009). Considerou-se o nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

O universo de pacientes com DM1 em tratamento no Ambulatório da UFU e no Centro Municipal de Atenção ao Diabético na faixa etária estudada totalizava 427. Desse universo, 221 pacientes foram convidados a participar deste estudo, 6 (2,7%) se recusaram e 6 foram excluídos: 4 por déficit cognitivo (1,8%) e 2 por insuficiência renal crônica (0,9%). Portanto, 94,6% dos candidatos permaneceram no estudo após a aplicação dos critérios de exclusão (Figura 1).

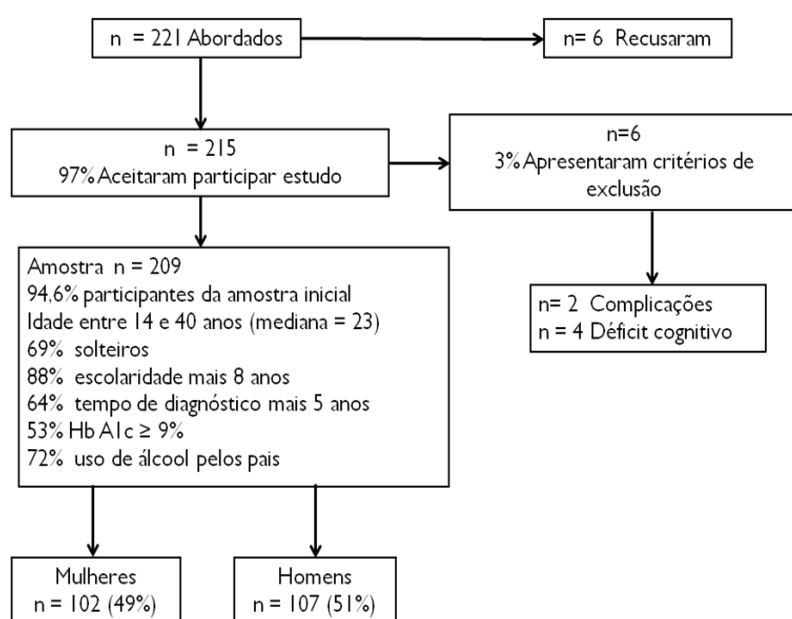


Figura 1 – Pacientes e métodos

Fonte: Knychala et al., 2014

Assim, a amostra consistiu de 209 diabéticos com mediana de 23 anos de idade. Destes, 51,0% pertenciam ao sexo masculino, não havendo diferença significativa entre os gêneros ($p=0,6248$), 69% não coabitavam com companheiro e 88% tinham, no mínimo, 8 anos de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes entrevistados no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.

Variáveis	Feminino (n=102)		Masculino (n=107)		Total (n=209)	
Faixa etária (n=209)	n	%	n	%	n	%
14 [-] 19 anos	33	32,35	37	34,58	70	33,49
20 [-] 29 anos	36	35,29	47	43,93	83	39,71
30 [-] 40 anos	33	32,35	23	21,50	56	26,79
Coabitar com companheiro						
Sim	38	37,25	27	25,23	65	31,10
Não	64	62,75	80	74,77	144	68,90
Escolaridade						
< 8 anos	12	11,76	14	13,08	26	12,44
≥ 8 anos	90	88,24	93	86,92	183	87,56

Fonte: Knychala, 2014

Neste estudo, a frequência do uso de cigarro e de drogas ilícitas foi de 19 (9%) e 25 (12%), respectivamente. Quanto ao tempo de diagnóstico de diabetes, 133 (64%) tinham mais do que 5 anos. O histórico familiar de uso de álcool pelos pais foi positivo em 151 (72,25%) dos participantes e, quanto ao controle glicêmico, 110 (52,63%) apresentaram $HbA1c \geq 9\%$. (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes entrevistados no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.

Variáveis	Feminino (n=102)		Masculino (n=107)		Total (n=209)	
	n	%	n	%	n	%
Uso de risco de álcool						
AUDIT ≥ 8						
Sim	15	14,71	37	34,60	52	24,88
Não	87	85,29	70	65,42	157	75,12
Sintomas de ansiedade						
HAD A ≥ 8						
Sim	38	37,25	24	22,43	62	29,67
Não	64	62,75	83	77,57	147	70,33
Sintomas de depressão						
HAD D ≥ 8						
Sim	18	17,65	5	4,67	23	11,00
Não	84	82,35	102	95,33	186	89,00
Uso de cigarro						
Sim	05	04,90	14	13,08	19	9,09
Não	97	95,10	93	86,92	190	90,91
Uso de drogas						
Sim	04	3,92	21	19,63	25	11,96
Não	98	96,08	86	80,37	184	88,04
Tempo de diagnóstico de DM1						
≤ 5 anos	35	34,31	41	38,32	76	36,36
>5 anos	67	65,69	66	61,68	133	63,64
HF de uso de álcool pelos pais						
Sim	76	74,51	75	70,09	151	72,25
Não	26	25,49	32	29,91	58	27,75
HbA1c						
Bom Controle	7	6,86	12	11,21	19	9,09
Controle regular	39	38,24	41	38,32	80	38,28
Mau controle	56	54,90	54	50,47	110	52,63

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; HAD A: *Hospital Anxiety and Depression*– subescala de ansiedade; HAD D: *Hospital Anxiety and Depression*– subescala de depressão; HF: Histórico Familiar;
Fonte: Knychala, 2014

Observou-se que o consumo de risco de bebida alcoólica foi maior nos homens nas faixas de 20-29 anos e 30-40 anos, entretanto não houve diferença entre os gêneros na adolescência ($p = 0,374$) (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação do consumo de risco (AUDIT ≥ 8) entre os gêneros nas diferentes faixas etárias. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.

Variáveis	Feminino		Masculino		
Faixa etária (n=209)	AUDIT (n=15)/ Feminino (n=102)	%	AUDIT (n=37)/ Masculino (n=107)	%	p-valor
14 - 19 anos (n=70)	3/33	9,09	6/37	16,21	0,374
20 - 29 anos (n=83)	6/36	16,66	18/47	38,30	0,031
30 - 40 anos (n=56)	6/33	18,18	13/23	56,52	0,0029

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; teste de comparação de duas proporções; $p \leq 0,05$.

Fonte: Knyschala, 2014

Tabela 4. Prevalência do uso de risco de álcool entre as variáveis. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.

Variáveis	Uso de risco de álcool AUDIT ≥ 8							
	AUDIT(n=52)/ Total(n=209)	%	OR Bruta	IC 95%	p-valor	OR Ajustada	IC 95%	p-valor
Gênero								
Feminino	15/102	14,71	1					
Masculino	37/107	34,60	3,06	1,55-6,03	0,0009	2,79	1,27-6,16	0,0108
Faixa etária (anos)								
14[-]19	9/70	12,86	1		a#			
20[-]29	24/83	28,92	2,76	1,18-6,42	ab#			
30[-]40	19/56	33,93	3,48	1,43-8,49	b#	1,07	1,01-1,13	0,0135
HF (uso de álcool)								
Não	6/58	10,34	1					
Sim	46/151	30,46	3,8	1,52-9,46	0,00259	7,05	2,20-2,53	0,0010
Uso de drogas								
Não	35/184	19,02	1					
Sim	17/25	68,00	9,04	3,61-22,64	< 0,0001	5,89	1,95-17,87	0,0017
Uso de cigarro								
Não	38/190	20,00	1					
Sim	14/19	73,68	11,2	3,80-33,02	< 0,0001	8,25	2,23-30,57	0,0016
HAD A								
Não tem ansiedade	34/147	23,13	1					
Ansiedade	18/62	29,03	1,36	0,70-2,65	0,3672	NS		
HAD D								
Não tem depressão	44/186	23,66	1					
Depressão	8/23	34,78	1,72	0,68-4,33	0,2442	NS		
HbA1c								
Bom Controle	4/19	21,05	1					
Controle regular	22/80	27,50	1,42	0,43-4,76				
Mau controle	26/110	23,64	1,16	0,35-3,81	0,7658	NS		

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; HF: Histórico Familiar; $p \leq 0,05$; # Proporções seguidas de mesma letra não diferem entre si. HAD A: *Hospital Anxiety and Depression*– subescala de ansiedade; HAD D: *Hospital Anxiety and Depression*– subescala de depressão; HbA1c: Hemoglobina glicada; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Knyschala, 2014

Na Tabela 4, observa-se que a prevalência do uso de risco de álcool (AUDIT ≥ 8) foi maior no gênero masculino, na faixa etária mais elevada, naqueles que consumiam drogas ilícitas e cigarro e nos participantes que relataram história familiar de uso de álcool.

Entre os indivíduos classificados como usuários de risco de álcool, verificou-se que 29,03% tinham sintomas de ansiedade e 34,78%, de depressão. A presença desses sintomas e o mau controle glicêmico não foram associados ao consumo de risco de álcool (Tabela 4).

Na Tabela 5, observa-se que as chances dos sintomas de ansiedade foram 2,05 vezes maiores em mulheres do que nos homens e que não houve diferença quanto às faixas etárias, enquanto, nos usuários de drogas, essas chances se revelaram 2,47 vezes maiores. Os sintomas de ansiedade associaram-se com sintomas de depressão, porém não se associaram ao controle glicêmico.

Tabela 5 - Prevalência de sintomas de ansiedade relacionada às diferentes variáveis. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012.

Variáveis	Sintomas de ansiedade – HAD A ≥ 8				
	Ansiedade (n=62)/Total (n=209)	%	OR	95% IC	p-valor
Gênero					
Masculino	24/107	22,43	1		
Feminino	38/102	37,25	2,05	1,12-3,76	0,019
Faixa etária (anos)					
14[-]19	17/70	24,29	1		a#
20[-]29	21/83	25,30	1,06	0,51-2,21	a#
30[-]40	24/56	42,86	2,34	1,09-5,00	a#
Uso drogas					
Não	50/184	27,17	1		
Sim	12/25	48,00	2,47	1,06-5,78	0,0324
HAD D					
Não tem depressão	43/186	23,12	1		
Depressão	19/23	82,61	15,80	2,39-10,99	< 0,0001
HbA1c					
Bom Controle	3/19	15,79	1		a#
Controle regular	23/80	28,75	2,15	0,57-8,09	a#
Mau controle	36/110	32,73	2,60	0,71-9,48	a#

HAD A: *Hospital Anxiety and Depression* – subescala de ansiedade; HF: Histórico Familiar; $p \leq 0,05$;

Proporções seguidas de mesma letra não diferem entre si. HbA1c: Hemoglobina glicada;

OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Knychala, 2014

Nas mulheres, houve 4,37 vezes mais chances de sintomas de depressão do que nos homens, enquanto os adultos na faixa etária de 30-40 anos apresentaram 7,44 vezes mais chances quando comparados às outras faixas etárias. Por sua vez, o fato de o indivíduo ser fumante aumentou 6,34 vezes (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência dos sintomas de depressão relacionada às diferentes variáveis. Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Centro Municipal de Atenção ao Diabético de Uberlândia, MG, Brasil. 2011-2012

Variáveis	Sintomas de depressão - HAD D ≥ 8				
	Depressão (n=23) /Total (n=209)	%	OR	95% IC	p-valor
Gênero					
Masculino	5/107	4,67	1		
Feminino	18/102	17,65	4,37	1,56-12,27	0,0027
Faixa etária (anos)					
14[-]19	3/70	4,29	1		a#
20[-]29	6/83	7,23	1,74	0,42-7,23	a#
30[-]40	14/56	25,00	7,44	2,02-27,46	b#
Uso Cigarro					
Não	16/190	8,42	1		
Sim	7/19	30,84	6,34	2,19-18,37	0,00016
HbA1c					
Bom Controle	1/19	5,26	1		
Controle regular	8/80	10,00	2,0	0,24-17,04	
Mau controle	14/110	12,73	2,63	0,33-21,23	0,7904

HAD D: Hospital Anxiety and Depression – subescala de depressão; HF: Histórico Familiar; $p \leq 0,05$; # Proporções seguidas de mesma letra não diferem entre si. HbA1c – Hemoglobina glicada OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança
Fonte: Knychala, 2014

Entre os abstêmios e os usuários de baixo risco, observou-se maior prevalência em mulheres, enquanto nos outros grupos de maior risco a prevalência de homens foi mais elevada (Figura 2).

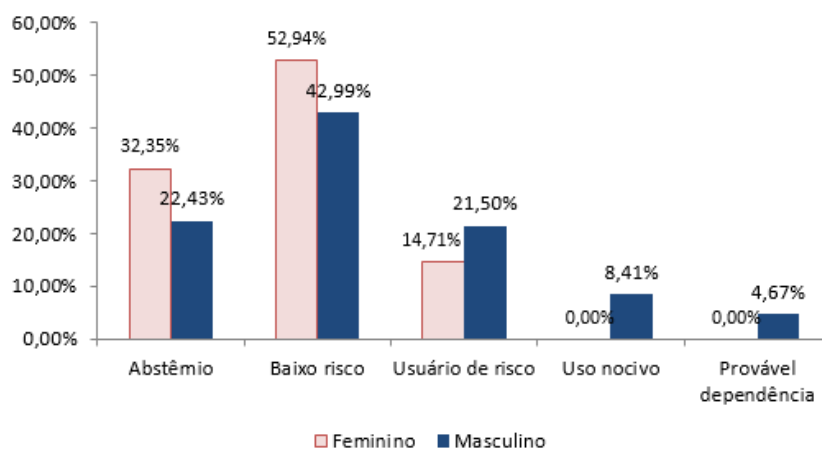


Figura 2 –Níveis de consumo de álcool por gênero
Fonte: Knychala et al., 2014

5 DISCUSSÃO

5.1 Dados Gerais

Este estudo mostrou que a prevalência do consumo de risco de álcool em adolescentes e adultos com DM1 foi elevada, maior em homens e em faixas etárias mais avançadas, entretanto, entre os adolescentes, não houve diferença entre os gêneros.

Os dados obtidos relativamente à prevalência do consumo de risco de álcool em pacientes com diabetes neste estudo são semelhantes aos observados em pesquisas na população geral no Brasil (BARROS et al., 2007; BARBOSA FILHO et al., 2012), nos EUA (GRUCZA et al., 2008; CHUNG et al., 2012), no Reino Unido (HERON et al., 2012; KANER et al., 2013), em clínica ambulatorial nos EUA (COOK et al., 2005; WILLIAMS et al., 2014) e em pesquisas realizadas em puérperas em Uberlândia/MG, considerando-se previamente à gestação (SOUZA et al., 2012) e entre pacientes atendidos na atenção primária à saúde (TAUFICK et al., 2014).

No Brasil, não foi encontrado estudo de prevalência do uso de álcool em pacientes com DM1, no entanto pesquisas na Irlanda (COLLINS et al., 2009) mostram prevalência de 7 % e no Chile (MARTINEZ-AGUAYO et al., 2007) de 30,1%. Essa grande variabilidade de frequência decorre do uso de diferentes ferramentas e terminologias para triagem e diagnóstico de uso de álcool e do fato de a população estudada diferir quanto à faixa etária e ambiente de realização da pesquisa.

Estudo realizado no Brasil, com 1.464 indivíduos na população geral, mostrou, no gênero masculino, índices menores de abstêmios (8,7%) (SILVEIRA et al., 2012). Em nossa amostragem, os homens com DM1, diferentemente das mulheres, apresentaram taxa mais elevada de abstêmios (22,4%) do que aqueles da população geral (SILVEIRA et al., 2012). Na literatura, há registro de maior consumo de álcool em homens, mas a diferença entre os gêneros não foi observada entre os adolescentes em conformidade com outros autores que relataram convergência na prevalência entre os gêneros (WOLLE et al., 2011; SILVEIRA et al., 2012).

Nossos resultados revelaram maior consumo de risco de álcool com o avançar da idade, em concordância com estudo realizado no Chile, o qual evidenciou que, nas faixas etárias mais avançadas, os índices de consumo dos diabéticos se assemelharam aos da população geral (MARTINEZ-AGUAYO et al., 2007). Constitui preocupação o início do uso precoce, pois estudos têm chamado a atenção para o fato de que essa prática na adolescência está

associada a maior frequência de abuso e dependência futura de álcool (SANCHEZ et al., 2013 ; WINDLE e WINDLE, 2012; GRUCZA, NORBERG, et al., 2008).

O autocuidado é fator primordial no tratamento dos pacientes com diabetes e o consumo de álcool pode ser considerado marcador de risco para não adesão ao tratamento, o que torna esses pacientes menos propensos a procurar cuidados rotineiros (GHITZA et al., 2013). Nosso estudo obteve frequência de sintomas de ansiedade (29,66%) acima da relatada em recente pesquisa brasileira na população geral (19,9%) (ANDRADE et al., 2012) e em um estudo realizado em pacientes com diabetes nos Estados Unidos da América (21,3%) (BERNSTEIN et al., 2013), porém se assemelhou ao que foi observado em outra pesquisa na Irlanda também em pacientes com diabetes (32%) (COLLINS et al., 2009). Os sintomas de ansiedade e de depressão foram mais frequentes em mulheres, em consonância com estudos tanto na população brasileira geral (VIANA e ANDRADE, 2012), quanto em pacientes com diabetes na Irlanda (COLLINS et al., 2009) e no México (KENDZOR et al., 2014). Foi observada frequência de sintomas de depressão semelhante à encontrada na população geral no Brasil (ANDRADE et al., 2012) e em pacientes com diabetes nos Estados Unidos da América (BERNSTEIN et al., 2013).

A associação entre os transtornos de ansiedade e de depressão encontrada em nossa amostra é concordante com dados da literatura e, quando associada a outras doenças, como diabetes, relaciona-se a menores taxas de adesão ao tratamento e maior gravidade da depressão, podendo, inclusive, aumentar a mortalidade (RICHARDS, 2011; VAN DOOREN et al., 2013).

Em pesquisa pessoal, mais da metade dos participantes apresentou valores de HbA1c \geq 9%, sinalizando mau controle do diabetes, o que está em concordância com os resultados de outros autores (MENDES et al., 2010; SANTOS et al., 2013). Diferentemente de outro artigo (AHMED *et al.*, 2008), no presente estudo, o controle glicêmico não mostrou associação com o consumo de risco de álcool e isso possivelmente foi causado pelo pequeno número de pacientes com bom controle observado, pois somente 9% dos participantes apresentavam HbA1c $<$ 7%. A frequência elevada de mau controle glicêmico pode ser explicada pela eventual presença de outros fatores que influenciam o controle glicêmico, tais como o tempo de duração do diabetes, idade, uso de medicamentos, alimentação, exercícios físicos, conflitos familiares, ansiedade e depressão (MENDES et al., 2010; JASER et al., 2011; JUAREZ et al., 2012). O mau controle glicêmico não se associou com a presença de sintomas de ansiedade, diferentemente do constatado por outros autores (COLLINS et al., 2009).

Os achados de análise de regressão logística estão em concordância com estudos que ressaltam a diversidade de variáveis que podem influenciar no uso de álcool, como fatores familiares, depressão, ansiedade, uso de cigarro e/ou de drogas ilícitas (LABRIE et al., 2009; BAZARGAN-HEJAZI et al., 2010; CLARK e MOSS, 2010; LABRIE et al., 2010; ACOSTA et al., 2011; BOSCHLOO et al., 2011; LABRIE et al., 2011; MALTA et al., 2011; SANCHEZ et al., 2013; LABRIE, KENNEY, et al., 2014; LABRIE, NAPPER, et al., 2014).

A frequência de uso de tabaco relatada nesta pesquisa (4,9% nas mulheres, 13,0% nos homens e 9,0% no total) foi menor do que a observada em outros estudos na população geral (21,6% nos homens e 13,1% nas mulheres (GIOVINO *et al.*, 2012) e em pacientes com diabetes (27,7%) (MARTINEZ-AGUAYO *et al.*, 2007). Embora essa frequência tenha sido menor, ainda se distancia do desejado, considerando-se que o diabético deveria abster-se do fumo, já que este aumenta substancialmente as complicações, principalmente as cardiovasculares, renais e neurológicas (Standards of medical care in diabetes--2014, 2014).

Entre os pacientes com uso de risco de álcool, o histórico familiar de uso de álcool foi elevado, indicando que a família pode ter forte influência no consumo de risco. Residir com ambos os pais, fazer pelo menos uma refeição com pais ou responsáveis, na maioria dos dias da semana, e o fato de os pais ou responsáveis saberem o que os adolescentes fazem no tempo livre têm efeito protetor na prevenção de riscos, tais como tabaco, álcool e drogas e na promoção da saúde dos adolescentes (MALTA et al., 2011; SANCHEZ et al., 2013). Além disso, o consumo de drogas ilícitas foi elevado, assim como o encontrado em estudo de revisão nos EUA na população geral (PILOWSKY e WU, 2012).

5.2 Implicações Clínicas do Estudo

Pacientes com diabetes e com transtorno por uso de álcool, uso de cigarro ou drogas ilícitas apresentam complicações de saúde mais frequentes e graves. O Comitê Americano de Pediatria recomenda que seja investigada a presença de depressão e uso de álcool em todos os adolescentes, enquanto a ADA destaca a importância dessa avaliação especificamente na população diabética (KOKOTAILO, 2010; CHUNG *et al.*, 2012; Standards of medical care in diabetes--2014, 2014). Nosso estudo ressalta a necessidade de os profissionais de saúde identificarem o consumo de risco de álcool e promoverem acompanhamento que possibilite sucesso no controle glicêmico.

5.3 Força do Estudo

Testes de triagem validados são úteis na identificação de pacientes, que podem se beneficiar com o diagnóstico e tratamento precoce, como é o caso de possível uso de risco do álcool e presença de comorbidades, como ansiedade e depressão em pacientes com diabetes.

5.4 Limitações do Estudo

Existem poucas limitações importantes deste estudo. Uma é a inabilidade para avaliar fatores causais e a direcionalidade em razão do desenho transversal da pesquisa. Estudos longitudinais são imprescindíveis para explorar a relação causal entre esses fatores e avaliar a efetividade de intervenções que possam contribuir para melhor controle glicêmico nessa população. Outra decorre do fato de ter sido realizada em centro de referência de atendimento e ser uma amostra de conveniência, portanto os dados não podem ser extrapolados para outros cenários, como na atenção primária ou outras regiões.

6 CONCLUSÃO

A prevalência do consumo de risco de álcool e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em adolescentes e adultos com DM1 foram elevadas. O uso de risco de álcool aumentou proporcionalmente ao aumento da faixa etária e foi mais prevalente nos homens, sendo que, nos adolescentes, não houve diferença entre os gêneros. Na amostra estudada, o controle glicêmico foi inadequado na maioria dos pacientes, independentemente do consumo de álcool e da presença de sintomas de ansiedade e de depressão.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L. D.; FERNANDEZ, A. R.; PILLON, S. C. Social risk factors for alcohol use among adolescents and youth. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19 Spec No, p. 771-81, 2011.
- AHMED, A. T.; KARTER, A. J.; WARTON, E. M.; DOAN, J. U.; WEISNER, C. M. The relationship between alcohol consumption and glycemic control among patients with diabetes: the Kaiser Permanente Northern California Diabetes Registry. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 275-82, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Coord. MIGUEL JORGE, Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 845, 2000.
- ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C. M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; SIU, E. R.; NISHIMURA, R.; ANTHONY, J. C.; GATTAZ, W. F.; KESSLER, R. C.; VIANA, M. C. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS One**, San Francisco, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.
- AYRES, M.; AYRES JÚNIOR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. **BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. Belém: Sociedade Civil Mamirauá, 2007.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- roteiro para uso em atenção primária**. Tradução de Corradi, Clarissa Mendonça. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. 44 p. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care**. 2. Ed. Geneva: World Health Organization, 2001.
- BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W.; LOPES ADA, S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 901-17, 2012.
- BARROS, M. B.; BOTEAGA, N. J.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEON, L.; DE OLIVEIRA, H. B. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 502-9, 2007.
- BAZARGAN-HEJAZI, S.; ANI, C.; GAINES, T.; AHMADI, A.; BAZARGAN, M. Alcohol misuse and depression symptoms among males and females. **Archives of Iranian Medicine**, Tehran, v. 13, n. 4, p. 324-32, 2010.
- BERNSTEIN, C. M.; STOCKWELL, M. S.; GALLAGHER, M. P.; ROSENTHAL, S. L.; SOREN, K. Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes:

prevalence and impact on glycemic control. **Clinical Pediatrics**, Philadelphia, v. 52, n. 1, p. 10-5, 2013.

BIASE, N. G.; FERREIRA, D. F. Comparações múltiplas e testes simultâneos para parâmetros binomiais de K populações independentes. **Revista Brasileira de Biometria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 301-323, 2009.

BOSCHLOO, L.; VOGELZANGS, N.; SMIT, J. H.; VAN DEN BRINK, W.; VELTMAN, D. J.; BEEKMAN, A. T.; PENNINX, B. W. 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). **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 131, n. 1-3, p. 233-42, 2011.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, C., JR.; PEREIRA, W. A. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.

BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M. G.; GUERREIRO, C. A. M. Validation of hospital scale of anxiety and depression (HAD) scale in ambulatory patients with epilepsy. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 285-289, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Diário oficial da União. D.O. U de 16/07/1990, p. 13563, 1990.

CHUNG, T.; SMITH, G. T.; DONOVAN, J. E.; WINDLE, M.; FADEN, V. B.; CHEN, C. M.; MARTIN, C. S. Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il, v. 129, n. 2, p. 205-12, 2012.

CLARK, D. B.; MOSS, H. B. Providing alcohol-related screening and brief interventions to adolescents through health care systems: obstacles and solutions. **PLoS Med**, San Francisco v. 7, n. 3, p. e1000214, 2010.

COLLINS, M. M.; CORCORAN, P.; PERRY, I. J. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. **Diabetic Medicine**, Chichester, v. 26, n. 2, p. 153-61, 2009.

COOK, R. L.; CHUNG, T.; KELLY, T. M.; CLARK, D. B. Alcohol screening in young persons attending a sexually transmitted disease clinic. Comparison of AUDIT, CRAFFT, and CAGE instruments. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 1, p. 1-6, 2005.

FARIA, J. W.; NISHIOKA SDE, A.; ARBEX, G. L.; ALARCAO, G. G.; FREITAS, W. B. Occurrence of severe and moderate traumatic brain injury in patients attended in a Brazilian Teaching Hospital: epidemiology and dosage of alcoholemy. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 69-73, 2008.

FREITAS, E. A.; MENDES, I. D.; OLIVEIRA, L. C. Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 813-21, 2008.

GHITZA, U. E.; WU, L. T.; TAI, B. Integrating substance abuse care with community diabetes care: implications for research and clinical practice. **Substance abuse and rehabilitation**, Auckland, NZ, v. 4, p. 3-10, 2013.

GIOVINO, G. A.; MIRZA, S. A.; SAMET, J. M.; GUPTA, P. C.; JARVIS, M. J.; BHALA, N.; PETO, R.; ZATONSKI, W.; HSIA, J.; MORTON, J.; PALIPUDI, K. M.; ASMA, S. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. **Lancet**, London, v. 380, n. 9842, p. 668-79, 2012.

GREY, M.; WHITTEMORE, R.; TAMBORLANE, W. Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 53, n. 4, p. 907-11, 2002.

GRUCZA, R. A.; NORBERG, K.; BUCHOLZ, K. K.; BIERUT, L. J. Correspondence between secular changes in alcohol dependence and age of drinking onset among women in the United States. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, Oxford, v. 32, n. 8, p. 1493-501, 2008.

GRUCZA, R. A.; PRZYBECK, T. R.; CLONINGER, C. R. Screening for alcohol problems: an epidemiological perspective and implications for primary care. **Missouri Medicine**, St Louis, v. 105, n. 1, p. 67-71, 2008.

GUARIGUATA, L.; WHITING, D. R.; HAMBLETON, I.; BEAGLEY, J.; LINNENKAMP, U.; SHAW, J. E. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 103, n. 2, p. 137-49, 2014.

HERON, J.; MACLEOD, J.; MUNAFO, M. R.; MELOTTI, R.; LEWIS, G.; TILLING, K.; HICKMAN, M. Patterns of alcohol use in early adolescence predict problem use at age 16. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 47, n. 2, p. 169-77, 2012.

HOOD, K. K.; PETERSON, C. M.; ROHAN, J. M.; DROTAR, D. Association between adherence and glycemic control in pediatric type 1 diabetes: a meta-analysis. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il, v. 124, n. 6, p. e1171-9, 2009.

JASER, S. S.; YATES, H.; DUMSER, S.; WHITTEMORE, R. Risky business: risk behaviors in adolescents with type 1 diabetes. **Diabetes Educator**, Chicago, v. 37, n. 6, p. 756-64, 2011.

JUAREZ, D. T.; SENTELL, T.; TOKUMARU, S.; GOO, R.; DAVIS, J. W.; MAU, M. M. Factors associated with poor glycemic control or wide glycemic variability among diabetes patients in Hawaii, 2006-2009. **Preventing chronic disease**, Atlanta, Ga, v. 9, p. 120065, 2012.

KANER, E.; BLAND, M.; CASSIDY, P.; COULTON, S.; DALE, V.; DELUCA, P.; GILVARRY, E.; GODFREY, C.; HEATHER, N.; MYLES, J.; NEWBURY-BIRCH, D.; OYEFESO, A.; PARROTT, S.; PERRYMAN, K.; PHILLIPS, T.; SHEPHERD, J.; DRUMMOND, C. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. **British medical journal / British Medical Association**, London, v. 346, p. e8501, 2013.

KENDZOR, D. E.; CHEN, M.; REININGER, B. M.; BUSINELLE, M. S.; STEWART, D. W.; FISHER-HOCH, S. P.; RENTFRO, A. R.; WETTER, D. W.; MCCORMICK, J. B. The association of depression and anxiety with glycemic control among Mexican Americans with diabetes living near the U.S.-Mexico border. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 1, p. 176, 2014.

KNIGHT, J. R.; SHERRITT, L.; HARRIS, S. K.; GATES, E. C.; CHANG, G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, Oxford, v. 27, n. 1, p. 67-73, 2003.

KOKOTAILO, P. K. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il, v. 125, n. 5, p. 1078-87, 2010.

LABRIE, J. W.; FERES, N.; KENNEY, S. R.; LAC, A. Family history of alcohol abuse moderates effectiveness of a group motivational enhancement intervention in college women. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 34, n. 5, p. 415-20, Oxford, 2009.

LABRIE, J. W.; KENNEY, S. R.; NAPPER, L. E.; MILLER, K. Impulsivity and alcohol-related risk among college students: examining urgency, sensation seeking and the moderating influence of beliefs about alcohol's role in the college experience. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 159-64, 2014.

LABRIE, J. W.; LAC, A.; KENNEY, S. R.; MIRZA, T. Protective behavioral strategies mediate the effect of drinking motives on alcohol use among heavy drinking college students: gender and race differences. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 36, n. 4, p. 354-61, 2011.

LABRIE, J. W.; MIGLIURI, S.; KENNEY, S. R.; LAC, A. Family history of alcohol abuse associated with problematic drinking among college students. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 35, n. 7, p. 721-5, 2010.

LABRIE, J. W.; NAPPER, L. E.; HUMMER, J. F. Normative feedback for parents of college students: piloting a parent based intervention to correct misperceptions of students' alcohol use and other parents' approval of drinking. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 107-13, 2014.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; DUARTE, P. C. A. V.; SANCHES, M.; SOUZA, L. T.; BRANCO, A. P. U. A. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de álcool na População Brasileira**: elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira...[et al.]; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional antidrogas, 2007, p. 76.

LIMA, C. T.; FREIRE, A. C.; SILVA, A. P.; TEIXEIRA, R. M.; FARRELL, M.; PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-9, 2005.

LUSTMAN, P. J.; PENCKOFER, S. M.; CLOUSE, R. E. Recent advances in understanding depression in adults with diabetes. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v. 10, n. 6, p. 495-502, 2008.

MALTA, D. C.; PORTO, D. L.; MELO, F. C.; MONTEIRO, R. A.; SARDINHA, L. M.; LESSA, B. H. Family and the protection from use of tobacco, alcohol, and drugs in adolescents, National School Health Survey. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, São Paulo, v. 14 Suppl 1, p. 166-77, 2011.

MARTINEZ-AGUAYO, A.; ARANEDA, J. C.; FERNANDEZ, D.; GLEISNER, A.; PEREZ, V.; CODNER, E. Tobacco, alcohol, and illicit drug use in adolescents with diabetes mellitus. **Pediatr Diabetes**, Copenhagen, v. 8, n. 5, p. 265-71, 2007.

MCHALE, M.; HENDRIKZ, J.; DANN, F.; KENARDY, J. Screening for depression in patients with diabetes mellitus. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 70, n. 8, p. 869-74, 2008.

MEIRELES, A. L.; ALVES JÚNIOR, A. C.; GALIL, A. G. S.; LANNA, C. M. M.; PEREIRA, F. S.; REIS, F. B.; LANDSBERG, G. A. P.; MAIA, L. D. G.; RIBEIRO, L. P.; SANTOS, L. G.; SILVA, L.; LISBOA, L.; JORGE, M. L. P.; ROSSETTI, M. B.; BASTOS, M. G.; COSTA, M. B.; ANDRADE, P. L.; SOUZA, R. A.; PEREIRA, R. P. A.; PAULA, R. B. **Linha – Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde SES/MG, 2013. 210 p

MENDES, A. B.; FITTIPALDI, J. A.; NEVES, R. C.; CHACRA, A. R.; MOREIRA, E. D., JR. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. **Acta Diabetologica**, Berlin, v. 47, n. 2, p. 137-45, 2010.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test**. 121 f, 1999. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil. 1999.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUSP, 7. Ed, 2004.

PATTERSON, C.; GUARIGUATA, L.; DAHLQUIST, G.; SOLTESZ, G.; OGLE, G.; SILINK, M. Diabetes in the young - a global view and worldwide estimates of numbers of children with type 1 diabetes. **Diabetes research and clinical practice**, Limerick, v. 103, n. 2, p. 161-75, 2014.

PILOWSKY, D. J.; WU, L. T. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. **Substance abuse and rehabilitation**, Auckland, NZ, v. 3, n. 1, p. 25-34, 2012.

PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R.; CAETANO, R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 242-9, 2010.

PLUNK, A. D.; SYED-MOHAMMED, H.; CAVAZOS-REHG, P.; BIERUT, L. J.; GRUCZA, R. A. Alcohol consumption, heavy drinking, and mortality: rethinking the j-shaped curve. **Alcoholism, clinical and experimental research**, Oxford, UK, v. 38, n. 2, p. 471-8, 2014.

RAMSEY, S. E.; ENGLER, P. A. At-risk drinking among diabetic patients. **Substance Abuse: Research and treatment**, Auckland, NZ, v. 3, p. 15-23, 2009.

REINERT, D. F.; ALLEN, J. P. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, Oxford, v. 31, n. 2, p. 185-99, 2007.

REWERS, M.; PIHOKER, C.; DONAGHUE, K.; HANAS, R.; SWIFT, P.; KLINGENSMITH, G. J. Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. **Pediatric Diabetes**, Copenhagen, v. 10 Suppl 12, p. 71-81, 2009.

RICHARDS, D. Prevalence and clinical course of depression: a review. **Clinical Psychology Review**, Tarrytown, v. 31, n. 7, p. 1117-25, 2011.

ROY, T.; LLOYD, C. E. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 142 Suppl, p. S8-21, 2012.

SANCHEZ, Z. M.; SANTOS, M. G.; PEREIRA, A. P.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A.; CARLINI, C. M.; MARTINS, S. S. Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 163, n. 2, p. 363-8, 2013.

SANTOS, F. R. M.; BERNARDO, V.; GABBAY, M. A. L.; DIB, S.; SIGULEM, D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. **Diabetology & metabolic syndrome**, Londres, v. 5, n. 1, p. 55, 2013.

SEGATTO, M. L.; SILVA, R. D. S.; LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, p. 138-143, 2008.

SILVEIRA, C. M.; SIU, E. R.; WANG, Y. P.; VIANA, M. C.; ANDRADE, A. G.; ANDRADE, L. H. Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in Sao Paulo, Brazil. **Clinics (São Paulo, Brazil)**, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 205-12, 2012.

SIMSEK, D. G.; AYCAN, Z.; OZEN, S.; CETINKAYA, S.; KARA, C.; ABALI, S.; DEMIR, K.; TUNC, O.; UCAKTURK, A.; ASAR, G.; BAS, F.; CETINKAYA, E.; AYDIN, M.; KARAGUZEL, G.; ORBAK, Z.; SIKLAR, Z.; ALTINCIK, A.; OKTEN, A.; OZKAN, B.; OCAL, G.; SEMIZ, S.; ARSLANOGLU, I.; EVLIYAOGU, O.; BUNDAK, R.; DARCAN, S. Diabetes care, glycemic control, complications, and concomitant autoimmune diseases in children with type 1 diabetes in Turkey: a multicenter study **Journal of clinical research in pediatric endocrinology**, Istanbul, v. 5, n. 1, p. 20-6, 2013.

SOUZA, L. H.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012.

Standards of medical care in diabetes--2011. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34 Suppl 1, p. S11-61, 2011.

Standards of medical care in diabetes--2014. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 37 Suppl 1, p. S14-80, 2014.

TAUFICK, M. L.; EVANGELISTA, L. A.; DA SILVA, M.; DE OLIVEIRA, L. C. Alcohol consumption patterns among patients in primary health care and detection by health professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 427-32, 2014.

VAN DOOREN, F. E.; NEFS, G.; SCHRAM, M. T.; VERHEY, F. R.; DENOLLET, J.; POUWER, F. Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, San Francisco, CA, v. 8, n. 3, p. e57058, 2013.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the Sao Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-60, 2012.

WILLIAMS, E. C.; RUBINSKY, A. D.; LAPHAM, G. T.; CHAVEZ, L. J.; RITTMUELLER, S. E.; HAWKINS, E. J.; GROSSBARD, J. R.; KIVLAHAN, D. R.; BRADLEY, K. A. Prevalence of clinically recognized alcohol and other substance use disorders among VA outpatients with unhealthy alcohol use identified by routine alcohol screening. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 135, p. 95-103, 2014.

WINDLE, M.; WINDLE, R. C. Early onset problem behaviors and alcohol, tobacco, and other substance use disorders in young adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 121, n. 1-2, p. 152-8, 2012.

WOLLE, C. C.; SANCHES, M.; ZILBERMAN, M. L.; CAETANO, R.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; PINSKY, I. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 367-73, 2011.

World Health Organization: **Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations**. Geneva: World Health Organization, 2012. 49 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. 286p. Geneva: World Health Organization, 2011. 286 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. 50p. Geneva: World Health Organization, 2006

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1: Ficha de Coleta de Dados

Data: ____/____/____ Ambulatório: ____ CMAD ____ UFU

1. IDENTIFICAÇÃO

Código do Paciente: _____	Idade (anos): _____
Sexo: ____ Masculino ____ Feminino	
Estado Civil: Casado ____ Amasiado ____ Separado ____ Viúvo ____ Solteiro ____	
Escolaridade: ____ Analfabeto ____ Ens Fund Incompleto ____ Ens Med Incompleto ____ Superior Incompleto ____ Ens Fund Completo ____ Ens med Completo ____ Superior Completo ____ Pós-graduação	

2. CONDIÇÃO ASSOCIADA

Uso antidepressivo: ____ Sim ____ Não Medicamento: _____ Dose: _____ Tempo uso: _____m
Uso ansiolíticos : ____ Sim ____ Não Medicamento: _____ Dose: _____ Tempo uso: _____m
Histórico Familiar: Fez uso ou usa álcool: ____ Pai ____ Mãe ____ Ambos ____ Nenhum
Você já usou outras drogas ____ Sim ____ Não Qual _____ Há quanto tempo _____m
Atualmente você usa outras drogas ____ Sim ____ Não Qual _____ Há quanto tempo _____m
Classificação do participante em relação à tabagismo em meses: ____ Não Fumante ____ Fumante ____ Ex-fumante
Tempo de diagnóstico de D.M. tipo 1: _____ (anos) _____ (meses)
Complicações crônicas: Macrovascular Coronariana Cerebral Microvasculares Neuropatia Periférica gastroparesia diarreia constipação bexiga neurogênica disfunção erétil disfunção sexual Retinopatia Nefropatia Microalbuminúria Macroalbuminúria

3. Controle glicêmico

EXAME	DATA	RESULT
Hemoglobina Glicada		

Fonte: Knychala, 2014

Anexo1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2121 - Bloco A - Sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38408-144 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 665/11 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
251/11

Projeto Pesquisa: "Avaliação do uso de álcool e da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes adolescentes e jovens portadores de Diabetes Mellitus tipo 1".

Pesquisador Responsável: Paulo Tannus Jorge

O PROTOCOLO APRESENTA AS SEGUINTE PENDÊNCIAS:

1. Esclarecer como será a abordagem do sujeito de pesquisa. O mesmo será abordado pela pelo pesquisador responsável? Onde? Como será aplicado o questionário?
2. Adaptar o TCLE de acordo com o sujeito que irá assinar. Por exemplo, o TCLE direcionado aos pais/responsáveis dos menores de 18 anos deverá vir com a seguinte frase: "Através deste, seu filho está sendo convidado (a) a participar...";
3. Para as sujeitos menores de 18 anos, não se trata de um TCLE e sim de uma carta de esclarecimento onde a criança irá assinar após a compreensão das atividades onde a mesma estará envolvida no projeto.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO COM PENDÊNCIA.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

OBS 1: O PESQUISADOR TEM PRAZO DE 60 DIAS PARA ATENDER ÀS PENDÊNCIAS.

Uberlândia, 21 de outubro de 2011.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Anexo 1A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Pais ou Responsáveis Legais quando Menor de 18 Anos.

Por meio deste, seu filho ou a pessoa pela qual o Sr. (a) é responsável legal está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **Prevalência do uso e abuso de álcool em adolescentes e jovens adultos com Diabetes Mellitus tipo 1 e correlação com sintomas de ansiedade e depressão**”, sob responsabilidade dos pesquisadores Maria Aparecida Knychala e Dr. Paulo Tannús Jorge.

Os objetivos deste estudo são: conhecer o grau de utilização de bebidas alcoólicas e estudar a frequência dos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com diabetes tipo 1. Para isso você ou seu filho responderão a algumas perguntas em uma entrevista visando avaliar o grau de consumo de álcool e sintomas de ansiedade e depressão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Maria Aparecida Knychala no consultório, enquanto estiverem aguardando atendimento da consulta do Ambulatório Amélio Marques e do Centro Municipal de Atenção ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, ou na enfermaria do Hospital de Clínicas, onde serão convidados a participar do processo, após explicação detalhada do estudo.

Essa participação se limitará a responder às questões das três fichas: coleta de dados, ansiedade e depressão e uso do álcool.

Ficam, desde já, assegurados a identificação dos participantes e o sigilo das respostas. Os dados da pesquisa serão divulgados agrupadamente, de forma a não possibilitar a identificação, em congressos e revistas relacionados ao tema do trabalho.

Com esta pesquisa, você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro, tampouco riscos ou prejuízos à saúde.

Os participantes incluídos na pesquisa poderão ser submetidos a um risco mínimo de constrangimento na coleta de dados para preenchimento de questionários. Os benefícios potenciais relacionados a esta pesquisa são identificação de situações (consumo de álcool, ansiedade e depressão) que possam comprometer o controle adequado do diabetes mellitus.

Você está sendo informado (a) que a participação não é obrigatória. A qualquer momento você e/ou o menor poderão desistir de participar e retirar seu (s) consentimento (s). A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição.

Após o término deste projeto, o material obtido nessa pesquisa será destruído.

Uma cópia deste termo, na qual consta o nome, endereço e telefone dos pesquisadores principais, ficará com você; podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer período da pesquisa. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com seres humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Nome, endereço e telefone dos Pesquisadores e do Comitê de Ética e Pesquisa:

Nome: Maria Aparecida Knychala

Av.: Pará, 1720/ Campus Umuarama – Hospital de Clínicas de Uberlândia

Telefone: (34) 3218-2151 ou 3218 2417

Nome: Dr. Paulo Tannús Jorge

Av. Pará, 1720 - Departamento de Clínica Médica - Bloco 2H

Bairro Umuarama CEP 38400-902 - Uberlândia, MG - Brasil

Telefone: (34) 32182246 Fax: (34) 32182764

Uberlândia (MG), _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar, voluntariamente, do projeto acima citado, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do responsável legal

Anexo 1B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Maior de 18 Anos.

Por meio deste, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Prevalência do uso e abuso de álcool em adolescentes e jovens adultos com *Diabetes Mellitus* tipo 1 e correlação com sintomas de ansiedade e depressão**”, sob responsabilidade dos pesquisadores Maria Aparecida Knychala e Dr. Paulo Tannús Jorge.

Os objetivos deste estudo são: conhecer o grau de utilização de bebidas alcoólicas e estudar a frequência dos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com diabetes tipo 1. Para isso você ou seu filho responderão a algumas perguntas em uma entrevista visando avaliar o grau de consumo de álcool e sintomas de ansiedade e depressão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Maria Aparecida Knychala no consultório, enquanto estiverem aguardando atendimento da consulta do Ambulatório Amélio Marques e do Centro Municipal de Atenção ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, ou na enfermaria do Hospital de Clínicas, onde serão convidados a participar do processo, após explicação detalhada do estudo.

Essa participação se limitará a responder às questões das três fichas: coleta de dados, ansiedade e depressão e uso do álcool.

Ficam, desde já, assegurados a identificação dos participantes e o sigilo das respostas. Os dados da pesquisa serão divulgados agrupadamente, de forma a não possibilitar a identificação, em congressos e revistas relacionados ao tema do trabalho.

Com esta pesquisa, você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro, tampouco riscos ou prejuízos à saúde.

Os participantes incluídos na pesquisa poderão ser submetidos a um risco mínimo de constrangimento na coleta de dados para preenchimento de questionários. Os benefícios potenciais relacionados a esta pesquisa são identificação de situações (consumo de álcool, ansiedade e depressão) que possam comprometer o controle adequado do diabetes mellitus.

Você está sendo informado (a) que a participação não é obrigatória. Mesmo seu responsável legal tendo consentido você não é obrigado a participar da pesquisa se não desejar. Você é livre para deixar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição.

Após o término deste projeto o material obtido nessa pesquisa será destruído.

Uma cópia deste termo onde consta o nome, endereço e telefone dos pesquisadores principais ficará com você; podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer período da pesquisa. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Nome, endereço e telefone dos Pesquisadores e do Comitê de Ética e Pesquisa:

Nome: Maria Aparecida Knychala

Av.: Pará, 1720/ Campus Umuarama – Hospital de Clínicas de Uberlândia

Telefone: (34) 3218-2151 ou 3218 2417

Nome: Dr. Paulo Tannús Jorge

Av. Pará, 1720 - Departamento de Clínica Médica - Bloco 2H

Bairro Umuarama CEP 38400-902 - Uberlândia, MG - Brasil

Telefone: (34) 32182246 Fax: (34) 32182764

Uberlândia (MG), _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar, voluntariamente, do projeto acima citado, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante

Anexo 1C: Carta de Esclarecimento para Menores de 18 anos.

Por meio desta, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Prevalência do uso e abuso de álcool em adolescentes e jovens adultos com *Diabetes Mellitus* tipo 1 e correlação com sintomas de ansiedade e depressão**”, sob responsabilidade dos pesquisadores Maria Aparecida Knychala e Dr. Paulo Tannús Jorge.

Os objetivos deste estudo são: conhecer o grau de utilização de bebidas alcoólicas e estudar a frequência dos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com diabetes tipo 1. Para isso você ou seu filho responderão a algumas perguntas em uma entrevista visando avaliar o grau de consumo de álcool e sintomas de ansiedade e depressão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Maria Aparecida Knychala no consultório, enquanto estiverem aguardando atendimento da consulta do Ambulatório Amélio Marques e do Centro Municipal de Atenção ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, ou na enfermaria do Hospital de Clínicas, onde serão convidados a participar do processo, após explicação detalhada do estudo.

A Carta de Esclarecimento para Menores de 18 anos será obtido pela pesquisadora Maria Aparecida Knychala em consultório enquanto estiverem aguardando atendimento da consulta do Ambulatório Amélio Marques e do Centro Municipal de Atenção ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia ou na enfermaria do Hospital de Clínicas onde serão convidados a participar do processo, após explicação detalhada do estudo.

Essa participação se limitará a responder às questões das três fichas: coleta de dados, ansiedade e depressão e uso do álcool.

Ficam, desde já, assegurados a identificação dos participantes e o sigilo das respostas. Os dados da pesquisa serão divulgados agrupadamente, de forma a não possibilitar a identificação, em congressos e revistas relacionados ao tema do trabalho.

Com esta pesquisa, você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro, tampouco riscos ou prejuízos à saúde.

Os participantes incluídos na pesquisa poderão ser submetidos a um risco mínimo de constrangimento na coleta de dados para preenchimento de questionários. Os benefícios potenciais relacionados a esta pesquisa são identificação de situações (consumo de álcool, ansiedade e depressão) que possam comprometer o controle adequado do diabetes mellitus.

Você está sendo informado (a) que a participação não é obrigatória. Mesmo seu responsável legal tendo consentido você não é obrigado a participar da pesquisa se não desejar. Você é livre para deixar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição. Após o término deste projeto o material obtido nessa pesquisa será destruído.

Uma cópia deste termo onde consta o nome, endereço e telefone dos pesquisadores principais ficará com você; podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer período da pesquisa. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Nome, endereço e telefone dos Pesquisadores:

Nome: Maria Aparecida Knychala

Av.: Pará, 1720/ Campus Umuarama – Hospital de Clínicas de Uberlândia

Telefone: (34) 3218-2151 ou 3218 2417

Nome: Dr. Paulo Tannús Jorge

Av. Pará, 1720 - Departamento de Clínica Médica - Bloco 2H
Bairro Umuarama CEP 38400-902 - Uberlândia, MG - Brasil

Telefone: (34) 32182246 Fax: (34) 32182764

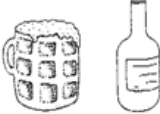



Uberlândia (MG), _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar, voluntariamente, do projeto acima citado, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante

Anexo 2: Equivalências de Dose Padrão

Cerveja 2-5 %	
	<p>1 copo (de chope – 350 mL ou 1 lata = 1 dose</p> <p>1 garrafa = 2 doses</p>
Vinho 10,5 - 18,9 com média 12% Cidra 1,1-17%	
	<p>1 copo comum (250 mL) = 2 Doses ou</p> <p>1 garrafa = 8 doses</p>
Destilados Cachaça, vodca, uísque ou conhaque 24,3-90% com média 40%	
	<p>Meio copo americano (60 mL) = 1,5 doses</p> <p>1 garrafa = mais de 20 doses</p>
Uísque, Rum, Licor 50%	
	<p>1 dose de dosador (40 mL) = 1 dose</p>

Fonte: Modificado de Babor e Higgins-Biddle, WHO, 2001

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care. WHO/MSD/MSB/01.6b, World Health Organization, 2001.

Anexo 3 AUDIT Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool

Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____ Registro: _____

Código do Paciente: _____ Gênero: Feminino ____ Masculino ____ Idade: _____

Orientação para entrevista: Agora vou fazer algumas perguntas relacionadas ao uso do álcool ao longo dos últimos 12 meses.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca (vá para as questões 9-10) (1) Mensalmente ou menos (2) 2 a 4 vezes por mês (3) 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana Total:	2. Nas ocasiões em que bebe quantas doses você costuma beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais Total:
3. Com que frequência você consome 5 ou mais doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos que uma vez no mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10 Total:	4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez que já tinha começado? (0) Nunca (1) Menos que uma vez no mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10 Total:
5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado? (0) Nunca (1) Menos que uma vez no mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Total:	6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0) Nunca (1) Menos de uma vez no mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Total:
7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos de uma vez no mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Total:	8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos de uma vez no mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias Total:
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses Total:	10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses Total:
	Anote aqui o resultado final Total:

Fonte: Babor TF, Higgings-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- roteiro para uso em atenção primária/ tradução Corradi, Clarissa Mendonça. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. 44 p. (BABOR *et al.*, 2003)

Anexo 4: Escala de Ansiedade e Depressão – HAD

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A1	Eu me sinto tenso ou contraído:	D8	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3	A maior parte do tempo	3	Quase sempre
2	Boa parte do tempo	2	Muitas vezes
1	De vez em quando	1	De vez em quando
0	Nunca	0	Nunca
D2	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:	A9	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0	Sim, do mesmo jeito que antes	0	Nunca
1	Não tanto quanto antes	1	De vez em quando
2	Só um pouco	2	Muitas vezes
3	Já não sinto mais prazer em nada	3	Quase sempre
A3	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:	D10	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3	Sim, e de um jeito muito forte	3	Completamente
2	Sim, mas não tão forte	2	Não estou mais me cuidando como eu deveria
1	Um pouco, mas isso não me preocupa	1	Talvez não tanto quanto antes
0	Não sinto nada disso	0	Me cuido do mesmo jeito que antes
D4	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:	A11	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
0	Do mesmo jeito que antes	3	Sim, demais
1	Atualmente um pouco menos	2	Bastante
2	Atualmente bem menos	1	Um pouco
3	Não consigo mais	0	Não me sinto assim
A5	Estou com a cabeça cheia de preocupações:	D12	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
3	A maior parte do tempo	0	Do mesmo jeito que antes
2	Boa parte do tempo	1	Um pouco menos do que antes
1	De vez em quando	2	Bem menos do que antes
0	Raramente	3	Quase nunca
D6	Eu me sinto alegre:	A13	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3	Nunca	3	A quase todo momento
2	Poucas vezes	2	Várias vezes
1	Muitas vezes	1	De vez em quando
0	A maior parte do tempo	0	Não sinto isso
A7	Consgo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:	D14	Consgo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
0	Sim, quase sempre	0	Quase sempre
1	Muitas vezes	1	Várias vezes
2	Poucas vezes	2	Poucas vezes
3	Nunca	3	Quase nunca

Fonte: (BOTEGA *et al.*, 1995)

Anexo 5: Quadro - Pontuação no AUDIT e Intervenção Indicada

Classificação do nível de uso de álcool de acordo com o AUDIT

Escores	Nível de Risco	Intervenção indicada
0-7	Zona I pessoas que fazem uso de baixo risco de álcool ou são abstinências. Bebem menos que duas doses padrão em uma única ocasião.	Primária, educação em saúde . Informar o resultado do AUDIT, as consequências do beber de risco, o limite de beber de baixo risco e quando não se deve beber.
8-15	Zona II pessoas localizadas nessa fase são chamadas de usuários de risco . Fazem uso acima de 2 doses- padrão todos os dias ou mais de 5 doses padrão numa única ocasião, porém não apresentam nenhum problema atual.	Orientações Básicas sobre o uso de baixo risco e os possíveis riscos orgânicos , psicológicos e sociais, que o indivíduo pode apresentar se mantiver este padrão de uso. Informar o resultado do AUDIT, as consequências do beber de risco, o limite de beber de baixo risco e quando não se deve beber. Estabelecer metas (parar? diminuir?)
16-19	Zona III nessa zona de risco estão os usuários com padrão de uso nocivo . São pessoas que consomem álcool em quantidade e frequência acima dos padrões de baixo risco e já apresentam problemas decorrentes do uso de álcool. São pessoas que não apresentam sintomas de dependência.	Intervenção breve e monitoramento Informar o resultado do AUDIT, as consequências do beber de risco, o limite de beber de baixo risco e quando não se deve beber. Estabelecer metas (parar? diminuir?). Avaliar a motivação do paciente e monitoramento.
20-40	Zona IV pessoas que se encontram nesse nível apresentam grande chance de ter um diagnóstico de dependência .	Informar o resultado do AUDIT, avaliar a motivação do paciente, aconselhamento para procurar um especialista, dar informações sobre serviços e encorajamento, monitorar o tratamento. Referenciamento se confirmado o diagnóstico deve-se motivar o usuário a procurar atendimento especializado

Fonte: Modificado de Babor e Higgins-Biddle, WHO, 2001

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care**. WHO/MSD/MSB/01.6b, World Health Organization, 2001.

Fonte: Modificado de Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG; tradução Clarissa Mendonça Corradi. -AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; PAI-PAD,2003.

**Prevalência do uso de risco de álcool e de sintomas de ansiedade e de
depressão em adolescentes e adultos jovens com diabetes mellitus tipo 1:
estudo transversal**

MARIA APARECIDA KNYCHALA
MESTRADO
2014

ERRATA:

1) P. 13, linha 8. Onde se lê: “Artigos de revisão indicam que o uso de álcool de risco...”
Leia-se: Artigos de revisão indicam que o uso de risco de álcool ...

2) P. 13, linha 21. Onde se lê: “... sendo utilizada mundialmente e validada também no Brasil (MÉNDEZ, 1999 ...”

Leia-se: ... sendo utilizada mundialmente e validada também no Brasil para adultos (MÉNDEZ, 1999...

3) P. 45, questão 1. Onde se lê: “Com que frequência você consome bebida alcoólicas?”

Leia-se: Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

4) P. 45, questão 4. Onde se lê: “Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses, você por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?”

Leia-se: Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez que já tinha começado?

5) P. 45, questão 5. Onde se lê: “Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses, você por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?”

Leia-se: Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado?”

6) P. 45, questão 6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

Leia-se: Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, depois de ter bebido muito no dia anterior, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

7) P. 46, D14. Onde se lê: “Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:”

Leia-se: Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

8) P. 47, 8-15. Onde se lê: “Orientações ... indivíduo pode ...”

Leia-se: Orientações... indivíduo pode ...”