
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Esquemas Iniciais Desadaptativos e Percepção de Estilos Parentais em Usuários
e Irmãos Não Usuários de Substâncias Psicoativas

Nome do Aluno: Ana Lúcia Golin

Orientador: Dr. Felix Henrique Paim Kessler

Porto Alegre, 01 de novembro de 2019.

ANA LÚCIA GOLIN

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Esquemas Iniciais Desadaptativos e Percepção de Estilos Parentais em Usuários
e Irmãos Não Usuários de Substâncias Psicoativas

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Mental e Transtornos Aditivos

Orientador: Dr. Felix Henrique Paim Kessler

Porto Alegre, 01 de novembro de 2019.

CIP - Catalogação na Publicação

Golin, Ana Lúcia

Esquemas Iniciais Desadaptativos e Percepção de Estilos Parentais em Usuários e Irmãos não Usuários de Substâncias Psicoativas / Ana Lúcia Golin. -- 2019.

67 f.

Orientador: Felix Henrique Paim Kessler.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Álcool e Outras Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Esquemas iniciais desadaptativos. 2. Uso de substâncias. 3. Percepção de estilos parentais. 4. Irmão. I. Kessler, Felix Henrique Paim, orient. II. Título.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação do Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler.

Aprovada por:

Dr. Felix Henrique Paim Kessler – MPAD/HCPA
Presidente

Dra. Margareth Oliveira – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Membro Externo

Dra. Ingrid Francke – Universidade Luterana do Brasil
Membro Externo

Dra. Clarissa Trentini – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Membro Externo

Dedico este trabalho a minha mãe Beatriz e aos meus padrinhos Marlene e Renato, os grandes responsáveis pela minha formação pessoal, acadêmica e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador a quem muito admiro, exemplo de profissional e de ser humano, professor Dr. Felix Kessler, pelo convívio, apoio, compreensão e incentivo ao longo dessa trajetória;

A minha querida amiga e colega psicóloga Helen Laitano pelo encorajamento e por ter sido determinante na minha decisão de ingressar no mestrado profissional;

A Sabrine König, minha querida estagiária, amiga e parceira, por ser tão presente, dedicada e amorosa, tornando possível a elaboração desta pesquisa;

As minhas queridas estagiárias Camila Machado Oliveira, Isabela Ferracini, Taiane John, Natasha Potter Bitencourt; a logística deste trabalho se tornou viável devido ao apoio de vocês;

Ao Marcelo, um agradecimento especial, pela compreensão, paciência e amparo nos momentos difíceis;

A todos os professores do mestrado profissional que muito contribuíram na construção do conhecimento e das reflexões;

Aos integrantes da banca examinadora que aceitaram o convite para participar deste momento ímpar da minha formação;

Ao querido Vinícius Roglio, sempre solícito e disponível;

A Kelly Paim, exemplo de pessoa e de profissional que me acompanhou ao longo dessa trajetória;

Aos meus colegas de mestrado que tão gentilmente possibilitaram maior leveza e afeto ao longo de dois anos de convivência e desafios;

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e cumplicidade nos momentos difíceis desse processo e pela compreensão diante das minhas ausências;

Aos pacientes e seus familiares que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa; vocês são minha grande fonte inspiradora, a quem dedico uma parte importante da minha vida.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
1.1 ÁLCOOL E DROGAS	3
1.2 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS E COMORBIDADES.....	4
1.3 TEORIA DO ESQUEMA.....	6
1.4 ESTILOS PARENTAIS E A INFLUÊNCIA NA ORIGEM DOS EIDS.....	13
1.5 JUSTIFICATIVA	15
1.7 HIPÓTESE.....	16
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. MÉTODO	17
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	17
3.2 PROCEDIMENTOS	17
3.3 AMOSTRA	17
3.4 LOCAL DA COLETA.....	18
3.5 INSTRUMENTOS.....	19
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	20
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSSÃO	30
6. CONCLUSÃO	34
7. IMPLICAÇÕES FUTURAS NA MINHA PRÁTICA CLÍNICA	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
ANEXO A - Questionário de Esquemas de Young — YSQ – S3.....	48
ANEXO B - Questionário de Estilos Parentais.....	53
ANEXO C – Escala de Gravidade de Dependência	57
ANEXO D – ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios e os respectivos esquemas	9
Quadro 2 - Família típica de origem.....	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e psiquiátrico dos participantes por grupo	22
Tabela 2 - Classificações do ASSIST por grupo e substância.....	23
Tabela 3 - Comparação dos escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos entre pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos irmãos (n=48).....	24
Tabela 4 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos dos irmãos sem Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental materno (n=24).....	25
Tabela 5 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos dos pacientes com Transtornos por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental materno (n=24).....	26
Tabela 6 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos dos irmãos sem Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental referente ao pai (n=24)	28
Tabela 7 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos de pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental referente ao pai (n=24)	29

LISTA DE ABREVIATURAS

HCPA = Hospital de Clínicas de Porto Alegre
UAA = Unidade Álvaro Alvim
SES'u = Secretaria de Educação Superior
MEC = Ministério da Educação
TUS = Transtorno por Uso de Substâncias
SPA = Substância Psicoativa
SPAs = Substâncias Psicoativas
EID = Esquema Inicial Desadaptativo
EIDs = Esquemas Iniciais Desadaptativos
EP = Estilos Parentais
UNODC = United Nations Office on Drugs and Crime
LENAD = Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS = Organização Mundial de Saúde
TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE = Terapia de Esquemas
ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ASI = Addiction Severity Index
ASI Light = Addiction Severity Index Light
WHO = World Health Organization
YSQ S3 = Young Schema Questionnaire
YPI = Young Parenting Inventory
CEP = Comitê de Ética e Pesquisa

RESUMO

A presença de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) em indivíduos com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) tem sido documentada como uma vulnerabilidade importante para o consumo de substâncias psicoativas e como possível fonte de recaídas dificultando a adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi comparar os EIDs e a percepção de estilo parental entre indivíduos com TUS e irmãos que não apresentavam problemas relacionados ao uso. Os resultados encontrados indicaram que os indivíduos com TUS apresentaram um número significativamente maior em 12 dos 18 EIDs comparadamente aos irmãos. Estes dados foram correlacionados com a percepção do estilo de pai e de mãe por parte de toda a amostra e identificou-se um número bem maior de correlações entre os EIDs e a percepção de estilo parental dos indivíduos com TUS do que de seus irmãos sem o transtorno. Os achados destacam a importância de avaliar os EIDs dos usuários de substâncias através de uma conceitualização minuciosa de cada caso e psicoeducá-los sobre os mesmos a fim de ajudá-los no monitoramento de sensações, pensamentos e comportamentos que possam prejudicar a relação com as figuras parentais e/ou conduzir a um processo de recaída. Os resultados e suas implicações na prática clínica e em pesquisas futuras foram discutidos no decorrer do estudo. A Terapia de Esquema (TE) é uma abordagem inovadora que vem sendo utilizada para atender as demandas de casos complexos, entre eles, os que envolvem o diagnóstico de TUS. Palavras-chave: esquemas iniciais desadaptativos. uso de substâncias. percepção de estilos parentais. irmão.

ABSTRACT

The presence of early maladaptive schemas in individuals with psychoactive substance use disorders has been documented as an important vulnerability in the abuse of substances and as a possible source of relapse, making the accession for treatment difficult. The aim of this study was to compare the early maladaptive schemas with the perception of parenting styles among individuals with psychoactive substance use disorders and siblings who had no substance use problems. The results showed that individuals with psychoactive substance use disorders had a significantly higher score on 12 out of the 18 early maladaptive schemas compared to their siblings. The data was crossed with the perception of lifestyle of father and mother through all the samples and a much bigger number of correlations between the early maladaptive schemas and the perception of the parental style of the individual with psychoactive substance use disorders than with their siblings without the disorders was identified. The findings of this research highlight the importance of evaluating the maladaptive schema of the substance abusers through a detailed conceptualization of each case and psychoeducate the substance abusers about them in order to help them track the sensations, thoughts and behaviors that could harm the relationships with the parental figures and/or lead to a relapse process. The results and their implications in the clinical practice and in the future researches were discussed during the study. The Schema Therapy is an innovate approach that has been used to attend the demands of complex cases, being among them those that involve the diagnosis for psychoactive substances use disorders.

Keywords: early maladaptive schemas. substance use. parenting style perception. sibling.

1. INTRODUÇÃO

1.1 ÁLCOOL E DROGAS

Os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas são os mais variados possíveis, com importante repercussão na sociedade e nos diferentes âmbitos da vida do indivíduo. As consequências do consumo acabam por afetar a saúde física e mental do usuário, as suas relações, em especial no núcleo familiar, questões que envolvem a vida laboral e social, entre outras áreas de sua vida. Pelo menos 5% da população adulta mundial fez uso de algum tipo de substância psicoativa ilícita em 2015. Em torno de 29,5 milhões dos usuários de drogas, ou 0,6% da população adulta global, apresentaram danos decorrentes do consumo, necessitando de tratamento. Ou seja, há uma perda de vida saudável e produtiva muito precocemente (UNODC, 2017).

Soma-se a isso a velocidade de surgimento de novas drogas psicoativas cujo conteúdo e dosagem são desconhecidas, expondo o usuário a riscos devido à ingestão de substâncias que se têm pouca ou nenhuma informação científica. Além dos malefícios causados aos usuários e aos seus familiares, o mercado da droga acaba favorecendo os homicídios, os fluxos financeiros ilícitos, a corrupção, o crime organizado. Os problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas em nível físico/mental, familiar, laboral, legal, social e econômico impactam fortemente a questão da saúde pública (UNODC, 2017).

No Brasil, o levantamento do II LENAD (2012) sobre consumo de álcool e drogas constatou um aumento do número de indivíduos que se declararam abstinente de álcool ao longo daquele ano em comparação ao primeiro levantamento realizado em 2006. Contudo, entre os usuários que consumiam álcool, houve um aumento na quantidade e na frequência do consumo. Outro dado importante é que tem diminuído a idade de primeira experimentação de álcool pelos jovens, ou seja, há um crescimento da população jovem que experimenta álcool antes dos 15 anos, contrariando questões legais que autorizam apenas maiores de 18 anos a consumirem bebida alcoólica. Junto à precocidade do consumo, houve um aumento na precocidade do uso regular de bebida alcoólica. O beber em binge é outra prática que tem aumentado (consumo de 4 doses ou mais para mulheres ou 5 doses ou mais para homens, dentro de um intervalo de 2 horas).

Em relação ao tabaco, a Organização Mundial de Saúde enfatiza que é um dos fatores mais importantes no desenvolvimento de doenças no mundo. O uso crônico ou a exposição à fumaça (fumante passivo) determinam uma alta taxa de mortalidade. Por ano morrem cerca de 400.000 pessoas em função de doenças relacionadas ao tabaco: câncer,

doenças cardiovasculares, respiratórias, perinatais e decorrentes de incêndios causados pelo cigarro. A região sul do Brasil é a que registrou um maior número de fumantes em 2012 (II LENAD, 2012).

O relatório salienta ainda que, por vezes, certas medidas estatísticas não mensuram a real dimensão do transtorno por uso de substância como, por exemplo, o sofrimento dos familiares que convivem com um usuário de substâncias, seja na esfera objetiva como questões financeiras, seja na esfera subjetiva através dos sentimentos negativos como tensão, preocupação, raiva, culpa. Os familiares e certos processos existentes na família, assim como rituais, funções e papéis assumidos, estrutura de comunicação, vida social e financeira, entre outros aspectos, sofrem interferência do comportamento aditivo. Violência doméstica, abuso infantil, condução de veículos sob efeito de substâncias e ausência prolongada do usuário no lar são outros aspectos salientados negativamente pelos familiares. O contato com estes fatores pode se manifestar através de sintomas físicos e/ou psíquicos nos três familiares mais próximos tornando-os vulneráveis e com necessidade de atenção e cuidados especializados (II LENAD, 2012).

1.2 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS E COMORBIDADES

O transtorno por uso de substâncias (TUS) é um distúrbio crônico que gera alterações funcionais nos circuitos cerebrais e se caracteriza pelo consumo compulsivo de substâncias psicoativas, apesar das consequências adversas (GOLDSTEIN; VOLKOW, 2011).

O uso de drogas e outros transtornos mentais geralmente coexistem. Em alguns casos, ansiedade, depressão ou esquizofrenia podem ocorrer antes do TUS; em outros casos, o uso de drogas pode desencadear ou piorar essas condições de saúde mental, particularmente em pessoas com vulnerabilidades específicas. Indivíduos com distúrbios como ansiedade ou depressão podem usar drogas na tentativa de aliviar os sintomas psiquiátricos, o que pode potencializar seu transtorno mental a longo prazo, além de aumentar o risco de desenvolver dependência. O tratamento para todas as condições deve ocorrer simultaneamente (NIDA, 2018).

A co-existência de dois ou mais transtornos ou doenças na mesma pessoa chama-se comorbidade. Essas doenças podem ocorrer ao mesmo tempo ou uma após a outra, implicando em interações que podem piorar o curso de ambas. Cerca de metade das pessoas que experimentam uma doença mental também experimentará um TUS em algum momento de suas vidas e vice-versa (NIDA, 2018).

Importante ressaltar que o indivíduo que apresenta alguma doença mental, entre elas o próprio TUS, pode chegar ao ponto de atentar contra sua própria vida e cometer suicídio. Um estudo realizado no Brasil em 2017 mostrou que houve um aumento na taxa de suicídio entre 2011 e 2015. Identificar as comorbidades e entender como os fatores de risco e de proteção interagem no comportamento suicida pode fornecer informações valiosas para o desenvolvimento de programas de prevenção eficazes (BRASIL, 2017).

O suicídio é um comportamento complexo que provavelmente resulta de uma interação entre fatores biológicos, incluindo predisposição genética e uma infinidade de variáveis ambientais e psicossociais. Além de transtornos mentais comuns, há evidências que o TUS também está associado a comportamentos suicidas (BORGES; LOERA, 2010; POOROLAJAL et al., 2016; ROGLIO; KESSLER, 2019). Esse resultado veio ao encontro dos dados da Organização Mundial de Saúde que apontam que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre adultos jovens e de meia-idade (WHO, 2014).

Uma pesquisa transversal, domiciliar realizada no Brasil em 2018 teve como objetivo investigar as prevalências de ideação suicida e tentativas de suicídio em 4.607 participantes acima de 14 anos que, através de autorrelato, confidencializaram uso de drogas, ideação suicida e tentativas de suicídio. A ideação suicida foi relatada por 9,9% da amostra e as tentativas de suicídio por 5,4%. Esta prevalência foi de 20,8% e 12,4% entre os indivíduos com transtornos do uso de álcool, 31,5% e 16,5% entre os usuários de cannabis e 40,0% e 20,8% entre os usuários de cocaína. Transtornos por uso de álcool, cannabis e cocaína foram significativamente associados à ideação suicida e a tentativas de suicídio. As iniciativas de saúde pública que visam a prevenção do suicídio devem considerar incluir a avaliação e o manejo do uso indevido de substâncias, assim como as abordagens terapêuticas destinadas ao uso de substâncias devem contemplar a avaliação do risco para suicídio (ABDALLA et al., 2019). A alta taxa de comorbidade entre os transtornos relacionados ao uso de drogas e outras doenças mentais destaca a necessidade de uma abordagem integrada de intervenções que identifique e avalie cada distúrbio simultaneamente e forneça tratamento adequado conforme as necessidades de cada paciente (MOROJELE; SABAN; SEEDAT, 2012; MUESER; GINGERICH, 2013).

Tendo em vista o que foi exposto, sabe-se que o TUS é extremamente complexo, geralmente está associado a transtornos psiquiátricos e de personalidade e afeta fortemente a vida do indivíduo e das pessoas mais próximas, em especial os familiares que convivem com os usuários. Em geral, o usuário demora a perceber que está com problemas relacionados ao consumo e resiste inicialmente em aceitar tratamento. E, quando aceita, o profissional se

depara com um indivíduo que, em geral, além da dependência química, apresenta comorbidades associadas, clínicas ou mentais, que também precisam ser tratadas. Há um alto índice de transtornos de personalidade associados, tornando o caso ainda mais complexo. Uma das maneiras de compreender os pacientes refratários ao tratamento ou com transtornos graves de personalidade associados é através da Teoria do Esquema desenvolvida por Jeffrey Young na década de 1990.

Um dos desafios é realizar uma compreensão mais fidedigna e aprofundada dos casos e criar estratégias efetivas de tratamento para pacientes crônicos, difíceis, refratários às intervenções convencionais, muitos deles resistentes à mudança. Em busca de melhores resultados para este segmento de pacientes em que há a necessidade de transpor os obstáculos emocionais, fez-se necessária o desenvolvimento da Teoria do Esquema e, conseqüentemente, da Terapia Cognitiva Focada em Esquemas (YOUNG, 2003).

Young (2003) ressalta que, entre as características mais marcantes de pacientes com problemas mentais e emocionais crônicos, salienta-se a presença de padrões inflexíveis, invasivos e duradouros de um repertório restrito utilizado como estratégia, pouco adaptativa, para se relacionar com os outros, para atingir objetivos e para administrar o estresse. Em muitos transtornos de personalidade ou transtornos por uso de substâncias, por exemplo, os pensamentos e sentimentos são evitados ou bloqueados por serem dolorosos e estarem relacionados a lembranças e associações perturbadoras que geram ansiedade e depressão. Pacientes crônicos e difíceis tendem a evitar a avaliação de suas cognições e emoções mais profundas. Torna-se necessário ultrapassar essa barreira através de estratégias terapêuticas para lidar com a evitação ou os sentimentos serão bloqueados pelos transtornos. Portanto, características como rigidez, dificuldades de relacionamento e evitação tendem a obstaculizar o tratamento desses pacientes.

1.3 TEORIA DO ESQUEMA

A teoria do esquema é uma proposta inovadora e integradora desenvolvida por Jeffrey Young a fim de ampliar os conceitos da teoria cognitivo-comportamental convencional e o tratamento. Ela engloba elementos da teoria cognitivo-comportamental, da teoria do apego, da Gestalt, das relações objetais, do construtivismo e da psicanálise a fim de compreender e tratar de forma adequada os casos que não estavam sendo resolvidos, ou seja, os “insucessos de tratamento” (YOUNG, 2008).

A psicologia cognitiva entende o esquema como um plano cognitivo abstrato que guia a interpretação de informações e a resolução de problemas. Beck (1967) define esquemas

como qualquer princípio amplo organizativo que o indivíduo utiliza para entender a própria experiência de vida. Grande parte dos esquemas são formados em etapas iniciais da vida, tornando-se mais complexos ao longo do tempo e se sobrepondo a experiências posteriores. Um esquema pode ser formado tanto na infância como em etapas posteriores, se caracterizando como positivo ou negativo, adaptativo ou desadaptativo.

A hipótese de Young (1990) era que os esquemas, em especial os que se desenvolvem como resultado de experiências negativas na infância, podem estar no centro de transtornos caracterológicos, psiquiátricos e de personalidade. Young (2008) chamou esse conjunto de esquemas de “esquemas iniciais desadaptativos” (EIDs), caracterizando-os da seguinte maneira: são dimensionais, com diferentes níveis de gravidade e penetração, formados por memórias, emoções e sensações corporais repetidas na infância ou adolescência, relacionados ao próprio indivíduo ou às relações com outras pessoas, considerados como verdades a priori, elaborados ao longo da vida, significativamente disfuncionais, destrutivos e causadores de sofrimento.

Nem todos os esquemas estão relacionados a traumas na infância ou adolescência. Um indivíduo que desenvolve o esquema de dependência/incompetência, por exemplo, pode ter sido superprotegido pelos pais ou cuidadores. Por serem conhecidos e familiares ao indivíduo, os esquemas lutam pela sobrevivência, mantendo a necessidade instintiva do ser humano de preservar a coerência, o que dificulta e muito qualquer tentativa de mudança. Levam o indivíduo a recriar na vida adulta as condições da infância que lhe foram mais prejudiciais. Quanto mais grave o esquema, maior é o número de situações que podem ativá-lo, mais intenso é o sentimento negativo gerado por ele e mais tempo a sensação ruim irá durar (YOUNG, 2008).

O autor da teoria do esquema sugere que os esquemas decorrem de necessidades emocionais universais não satisfeitas na infância, a exemplo de vínculo seguro com os outros (segurança, estabilidade, cuidado e aceitação), autonomia (competência e sentimento de identidade), liberdade de expressão (validação das emoções), espontaneidade e lazer, limites realistas (autocontrole). Um dos objetivos da teoria e da terapia do esquema é ajudar o paciente a encontrar formas adaptativas de satisfazer suas necessidades emocionais fundamentais (YOUNG, 2003, 2008; BRICKER; YOUNG, 2012).

No modelo proposto por Young (2003, 2008), os 18 esquemas estão distribuídos em cinco categorias de necessidades emocionais não satisfeitas denominadas de “domínios de esquemas”. São eles:

1. Desconexão e rejeição: expectativa de que necessidades como proteção, segurança, estabilidade, cuidado, empatia, aceitação, respeito e compartilhamento de sentimentos não serão supridas pelos familiares ou pessoas próximas. Em geral, a família de origem apresenta certas características que favorecem o desenvolvimento deste domínio, como frieza, distância entre os membros, rejeição, impaciência, imprevisibilidade e abuso. Esquemas associados a este domínio: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social/alienação.

2. Autonomia e desempenho prejudicados: dificuldade referente ao desenvolvimento da percepção de capacidade e competência. Este domínio engloba a crença de que o indivíduo não conseguirá se separar, sobreviver ou ter um bom desempenho extrafamiliar. A família tende a apresentar um funcionamento emaranhado, prejudicando o desenvolvimento do senso de confiança da criança, superprotegendo-a ou não estimulando para um desempenho competente. Esquemas associados a este domínio: dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/self subdesenvolvido, fracasso.

3. Limites Prejudicados: deficiência em limites internos, em respeitar os direitos dos outros, em cumprir responsabilidades com o outro ou com objetivos a longo prazo. A família de origem, em geral, apresenta características como permissividade, excesso de tolerância, falta de orientação ou sensação de superioridade. Falta à família estabelecer disciplina, limites adequados em relação a assumir responsabilidades e cooperação mútua. Esquemas associados a este domínio: arrego/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes.

4. Direcionamento para o outro: ênfase no desejo dos outros às custas das próprias necessidades. A família de origem caracteriza-se pela aceitação condicional, ou seja, a criança deve invalidar importantes aspectos de si mesma para receber amor, atenção e aprovação. Em geral, as necessidades dos pais ou cuidadores são mais valorizadas do que as necessidades e sentimentos do filho. Esquemas associados a este domínio: subjugação, autossacrifício, busca de aprovação/busca de reconhecimento.

5. Supervigilância e inibição: ênfase na supressão dos próprios sentimentos e escolhas espontâneas em prol de cumprimento de regras e expectativas rígidas. Isso ocorre às custas da felicidade, autoexpressão, descuido com relações íntimas ou com a saúde. A família de origem em geral é severa, exigente e, por vezes, punitiva. Preocupação com desempenho, dever, perfeccionismo, cumprimento de normas, inibição das emoções e evitação de erros ganham uma proporção muito maior do que o prazer, a alegria e o relaxamento. Esquemas associados a este domínio: negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões

inflexíveis/postura crítica exagerada, postura punitiva. O Quadro 1 ilustra os domínios e os respectivos esquemas:

Quadro 1 - Domínios e os respectivos esquemas

DOMÍNIOS	ESQUEMAS
1) Desconexão e Rejeição	1.Privação Emocional 2.Abandono/Instabilidade 3.Desconfiança/Abuso 4.Defectividade/Vergonha 5.Isolamento Social/Alienação
2) Autonomia e Desempenho Prejudicados	6.Dependência/Incompetência 7.Vulnerabilidade ao dano ou doença 8.Emaranhamento/Self subdesenvolvido 9.Fracasso
3) Limites Prejudicados	10.Arrogo/Grandiosidade 11.Autocontrole /Autodisciplina Insuficientes
4) Direcionamento para outro	12.Subjugação 13.Autossacrifício 14.Busca de Aprovação/Reconhecimento
5) Supervigilância e Inibição	15.Negativismo/Pessimismo 16.Inibição Emocional 17.Padrões Inflexíveis/Postura Crítica Exagerada 18.Postura Punitiva

Fonte: Young (2003, 2008).

Descrição dos esquemas:

1. Privação emocional: expectativa de que os outros não atenderão adequadamente às necessidades de apoio emocional que inclui cuidados (atenção, afeto, carinho), empatia (escuta, compreensão, compartilhamento mútuo de sentimentos) e proteção.

2. Abandono/instabilidade: ausência de confiança em pessoas importantes devido à sensação de que as mesmas não serão capazes de proporcionar conexão emocional, força ou proteção por características de instabilidade e imprevisibilidade (por exemplo, ataques de raiva).

3. Desconfiança/abuso: expectativa de que os outros irão machucar, abusar, enganar, humilhar, mentir, ou aproveitar-se, com a percepção de que o prejuízo é intencional ou devido à negligência, incluindo a sensação de que se está sendo enganado ou “levando a pior”.

4. Defectividade/vergonha: sentimento de ser falho, inferior, indesejado ou de não merecer o amor de pessoas importantes, com a possibilidade de desenvolver hipersensibilidade à crítica e à rejeição, assim como insegurança junto aos outros ou vergonha dos defeitos percebidos.

5. Isolamento social/alienação: sensação de estar sozinho no mundo, de ser diferente de outras pessoas ou de não pertencer a qualquer grupo.

6. Dependência/incompetência: crença de incapacidade de suprir as necessidades cotidianas sem a ajuda alheia; muitas vezes apresenta-se como desamparo.

7. Vulnerabilidade ao dano ou à doença: medo de que uma catástrofe possa acontecer e que seja relacionada à saúde (ataque do coração, AIDS), à psiqué (medo de enlouquecer) ou a catástrofes externas (terremoto, desastre de avião).

8. Emaranhamento/self subdesenvolvido: ideia de que é inviável sobreviver sem o envolvimento emocional com pessoas importantes (em geral, os pais) dificultando a individuação e o desenvolvimento social normal.

9. Fracasso: crença de fracasso, de que é inadequado diante das conquistas dos colegas em áreas como escola, trabalho, esportes. Envolve a ideia de ser burro, inferior, sem talento.

10. Arrogo/grandiosidade: crença de superioridade, de direitos e privilégios especiais. Foco exagerado na superioridade para atingir poder e controle.

11. Autocontrole/autodisciplina insuficientes: dificuldade relacionada à tolerância à frustração e ao exercício do autocontrole. Ênfase na evitação do desconforto, da dor, do conflito e da responsabilidade. Dificuldade de empatia e falta de preocupação com as necessidades dos outros.

12. Subjugação: submissão ao controle dos outros a fim de evitar a raiva, a retaliação e o abandono. Percepção de que os próprios desejos, preferências e decisões não são importantes para o outro.

13. Autossacrifício: foco nas necessidades das outras pessoas às custas da própria gratificação que se justifica por algumas razões como evitar o sofrimento alheio, evitar a culpa ou manter a conexão com os percebidos como carentes.

14. Busca de Aprovação/busca de reconhecimento: ênfase na busca de atenção das outras pessoas para o desenvolvimento de um self seguro e verdadeiro. A autoestima está

relacionada com a reação de outras pessoas. Por vezes inclui ênfase com relação a status, dinheiro, aceitação social como forma de obter admiração. Características como hipersensibilidade à rejeição também ocorrem com certa frequência neste esquema.

15. Negativismo/pessimismo: tendência em focar nos aspectos negativos da vida enquanto minimiza os positivos. A preocupação é com a possibilidade de fracasso mesmo sem indícios para isso. Estes indivíduos, em geral, tiveram pais que apresentavam preocupação excessiva.

16. Inibição emocional: pode se mostrar através da inibição da ação, dos sentimentos ou da comunicação. Há uma perda da espontaneidade no intuito de evitar desaprovação, sentimentos de vergonha ou perda do controle sobre os impulsos. As áreas mais afetadas são inibição da raiva e da agressão, bem como dos impulsos positivos. Ênfase na racionalidade, desconsiderando as emoções.

17. Padrões inflexíveis/postura crítica exagerada: ênfase em corresponder aos elevados padrões críticos internalizados de comportamento e desempenho para evitar críticas. Este esquema permeia sensações de que é difícil desacelerar ou crítica exagerada em relação a si mesma ou aos outros. Quando este esquema está ativado, ocorre prejuízo significativo nas esferas de prazer, relaxamento, saúde, autoestima e relacionamentos satisfatórios. Em geral inclui perfeccionismo, regras rígidas, deveres e preocupação com tempo e eficiência.

18. Postura punitiva: crença de que as pessoas devem ser punidas quando cometem erros ou quando não correspondem às expectativas ou padrões. Envolve sentimentos de raiva e de intolerância e inclui a dificuldade em perdoar os próprios erros e os alheios devido à relutância em considerar atenuantes, permitir a imperfeição ou empatizar com o sofrimento.

As experiências significativas do período inicial da vida podem jamais voltar a ocorrer, mas seus efeitos permanecem e deixam sua marca... elas ficam registradas como lembranças, um traço permanente e um estímulo interno encrustado... Uma vez registrados, os efeitos do passado são indelévels, incessantes e inescapáveis... Os resíduos do passado fazem mais do que contribuir passivamente com sua parcela para o presente... eles orientam, moldam ou distorcem o caráter dos acontecimentos correntes. Não só estão sempre presentes, como operam insidiosamente para transformar novas experiências-estímulo de acordo com as passadas (MILON, 1981, p. 36).

Os EIDs possuem várias características definidoras e que levam em consideração a citação anterior de Milon (1981) que salienta as influências persistentes das experiências iniciais negativas. Trata-se de conteúdo extremamente estável e duradouro que se desenvolve durante a infância do indivíduo, é elaborado ao longo da vida e é significativamente disfuncional.

O principal objetivo da teoria do esquema é orientar a compreensão e as intervenções clínicas, auxiliando o profissional a conceituar o caso de maneira compreensível para o paciente e a desenvolver uma estratégia de intervenção efetiva. A teoria do esquema possui cinco construtos teóricos a fim de aprofundar a conceituação do modelo cognitivo e o tratamento de pacientes refratários: EIDs, domínios de um esquema, manutenção, evitação e compensação do esquema (YOUNG, 2003). Há um consenso entre estudiosos desta temática de que os EIDs são fortemente resistentes a mudanças e que não são acessíveis sem esforço considerável e tratamento intensivo.

A teoria e algumas pesquisas sugerem que as experiências iniciais que envolvem família de origem e demais cuidadores primários que são tóxicos, nocivos ou traumáticos são em grande parte responsáveis pelo desenvolvimento de EIDs (CECERO; NELSON; GILIE, 2004; MESSMAN-MOORE; COATES, 2007; YOUNG, 1994; YOUNG, 2003). Os indivíduos tendem a desenvolver vários mecanismos rígidos e autodestrutivos de enfrentamento sendo, por vezes, o uso de álcool e outras drogas uma das estratégias disfuncionais do sujeito em resposta ao sofrimento emocional associado à ativação do esquema. Os EIDs podem gerar o desenvolvimento de uma série de problemas emocionais e mentais, como por exemplo, transtornos de personalidade e TUS, que é o foco deste estudo. (BALL, 1998, 2007; YOUNG, 2003).

Ball (1998, 2007) aponta que os EIDs são relevantes para o tratamento do uso de drogas uma vez que demonstra melhores resultados quando também se concentra na modificação de traços de personalidade duradouros e disfuncionais. Pesquisas como a de Ball (2007) demonstram que o tratamento dos EIDs favorece melhores resultados com relação ao uso de substâncias psicoativas, demonstrando a importância do tratamento voltado para esquemas entre usuários de drogas.

Brotchie et al. (2007) e Roper et al. (2010) compararam 2 grupos (um de usuários de drogas que buscaram tratamento e outro não clínico) e identificaram que houve uma maior pontuação nos esquemas no grupo de indivíduos usuários de drogas, sugerindo que os EIDs podem ser um fator subjacente ao abuso de substâncias, corroborando o que é retratado pela teoria. Com relação a tratamento, o estudo de Roper et al. (2010) examinou se os EIDs diminuiriam após um breve programa de tratamento para o uso de substâncias e concluiu que houve uma ampla redução dos esquemas iniciais desadaptativos.

Os estudos citados anteriormente mostram bons resultados com relação à melhora sintomática dos pacientes quando os mesmos são submetidos ao tratamento focado na teoria

de esquemas. Apontam, ainda, a importância da continuidade de pesquisas que integrem a teoria/terapia do esquema e o TUS.

1.4 ESTILOS PARENTAIS E A INFLUÊNCIA NA ORIGEM DOS EIDS

A família é o primeiro contexto social do desenvolvimento humano. Ela desempenha um importante papel no desenvolvimento e na manutenção da saúde física, social e mental do indivíduo. São as habilidades parentais as principais variáveis que predizem os resultados da interação das crianças no primeiro ano de vida (KOORANEH; AMIRSARDARI, 2015).

O objetivo da parentalidade saudável é auxiliar os pais a educar os filhos, fazendo com que supram as necessidades infantis, oferecendo recursos e oportunidades para o desenvolvimento saudável. A importância de um estilo parental saudável levou autores como Ericsson, Baurind e Young a desenvolverem teorias que discorram sobre o assunto e proponham estilos parentais positivos como o ideal no desenvolvimento do caráter mental e fortalecimento de competências da criança (MUSSEN, 2001). A influência da percepção do estilo parental no desenvolvimento de psicopatologias em determinados indivíduos tem sido alvo de estudos. Experiências infantis negativas com as figuras materna e paterna podem tornar o indivíduo mais suscetível a desenvolver problemas emocionais e comportamentais ao longo da vida. Alguns transtornos em crianças podem ser atribuídos à vulnerabilidade genética ou a um estilo parental pouco saudável (ALLOY et al., 2006).

A cognição patológica é caracterizada pelo desenvolvimento de crenças disfuncionais relacionadas a si, ao outro e ao ambiente que são aceitas como verdadeiras, sem nenhum tipo de questionamento. Esquemas disfuncionais são crenças desenvolvidas na infância que, quando ativadas, distorcem a informação, gerando uma interpretação negativa que favorece pensamentos e sensações dolorosas (NIA; SOVANI; FOROOSHANI, 2014).

Uma incompatibilidade entre o comportamento de criação dos pais e o temperamento inato da criança também pode levar ao desenvolvimento de EIDs (THIMM, 2010). Vários estudos demonstraram que os EIDs estão significativamente relacionados à negligência e abuso na infância (CECERO et al., 2004) e dimensões dos estilos de criação dos pais percebidos em diferentes populações (HARRIS; CURTIN, 2002; JONES et al., 2005; LEUNG; THOMAS; WALLER, 2000; MEYER; GILLINGS, 2004; MURIS, 2006; SHAH; WALLER, 2000; SHEFFIELD et al., 2005; TURNER; ROSE; COOPER, 2005a; TURNER; ROSE; COOPER, 2005b).

No estudo de Thimm (2010), as lembranças do estilo de criação dos pais mostraram-se altamente estáveis ao longo do tempo, apesar das mudanças no estado de humor. A experiência da criança com relação ao comportamento dos pais pode ser mais importante para o seu desenvolvimento do que as características dos pais medidas objetivamente (PARKER, 1989). Foram encontradas associações significativas entre comportamentos de criação parentais percebidos, esquemas precoces inadequados e sintomas de transtorno de personalidade.

Os estilos parentais propostos por Young (2003) fazem parte do escopo da Teoria dos Esquemas que abriu espaço para a discussão dos estilos parentais e sua relação com o desenvolvimento de aspectos estruturais da personalidade, relacionando o desenvolvimento humano com os estilos de cuidados recebidos na infância e na adolescência. O desenvolvimento dos EIDs é normalmente precoce, ocorrendo principalmente na infância e adolescência e dentro do núcleo familiar e, por esta razão, acredita-se que os EIDs possuem correlação com os estilos parentais. Há quatro tipos de experiências iniciais de vida que estimulam a aquisição de esquemas a partir da dinâmica familiar:

- frustração nociva de necessidades: ambiente carece de sensações boas como estabilidade, compreensão e amor. A criança pode adquirir esquemas como privação emocional e ou abandono devido aos déficits ambientais no início da vida;

- traumatização ou vitimização: ambiente causa um dano à criança referindo-se a práticas de desenvolvimento de vitimização da criança, respaldando esquemas de desconfiança/abuso, defectividade/vergonha ou vulnerabilidade ao dano;

- excesso de boas experiências: os pais proporcionam algo em demasia que, se fosse oferecido com moderação, poderia ser saudável. Os pais não atendem as necessidades emocionais de autonomia ou limites realistas. Eles podem estar exageradamente envolvidos na vida da criança, superprotegê-la ou dar-lhe liberdade em excesso. Este tipo de ambiente pode gerar esquemas de dependência/incompetência ou arrego/grandiosidade;

- identificação seletiva com pessoas importantes: a criança identifica-se e internaliza pensamentos, sentimentos, experiências e comportamentos dos pais. Algumas dessas identificações podem se tornar esquemas, modos ou estilos de enfrentamento.

Além dos ambientes, Young (2003) propôs a existência de 18 estilos parentais que estão, teoricamente, relacionados aos EIDs e recebem os mesmos nomes, assim como recebem os mesmos nomes dos domínios. O Quadro 2 ilustra os domínios e as famílias típicas de origem.

Quadro 2 - Família Típica de Origem

DOMÍNIO	FAMÍLIA TÍPICA DE ORIGEM
Desconexão e rejeição	“Fria”, abusadora, explosiva, solitária, distante e imprevisível
Autonomia e desempenho prejudicados	Superprotetora, dificuldade em sustentar a competência e a confiança da criança fora da família.
Limites prejudicados	Permissiva, falta de orientação segura, dificuldade em estabelecer limites e disciplina.
Orientação para o outro	A criança é estimulada a não dar importância às próprias necessidades e aos desejos a fim de receber carinho, aprovação e atenção; status e aceitação social são mais importantes do que os sentimentos da criança.
Hipervigilância e inibição	Severa, exigente e punitiva; mais preocupada em evitar erros do que estimular aspectos prazerosos; crença de que as coisas não darão certo caso a vigilância não seja contínua e meticulosa.

Fonte: Young (2003, 2008).

A compreensão mais aprofundada sobre estilos parentais oferece subsídios para a compreensão dos esquemas e das estratégias utilizadas pelo indivíduo para administrar suas necessidades básicas infantis não satisfeitas. Uma das formas de avaliar os esquemas disfuncionais é também através da percepção do indivíduo sobre os estilos dos seus progenitores. A avaliação dos estilos parentais percebidos permite identificar padrões comportamentais disfuncionais e os correspondentes EIDs e assim, perceber melhor a origem desses esquemas. Permite também identificar as estratégias utilizadas, auxiliando na construção de uma melhor conceitualização de cada caso (YOUNG, 2003).

1.5 JUSTIFICATIVA

O questionamento que suscitou este estudo advém de situações da prática clínica em que se depara com indivíduos de uma mesma família onde algum irmão faz uso de drogas e outro não, mesmo tendo a mesma criação ou formação e educação emocional semelhante, em função de conviverem com os mesmos genitores e no mesmo ambiente. Em busca de respostas para essa distinção, utilizou-se a teoria dos esquemas como uma forma de avaliar as

diferenças de personalidade, cognição e comportamento que podem ou não estar associadas ao uso de drogas.

O ambiente e os estilos parentais têm um papel importante na estruturação e formação dos esquemas mentais e traços de personalidade. Contudo, isso não está muito claro na literatura científica. À medida que esses fatores forem sendo esclarecidos futuramente existe a possibilidade de desenvolver e aplicar técnicas com a TE e auxiliar na modificação desses traços que contribuem para o uso de drogas.

O conhecimento sobre essas questões irá oferecer subsídios para um aprofundamento sobre as estruturas cognitivas e emocionais do indivíduo, identificando de maneira mais fidedigna a forma como ele codifica, interpreta e responde aos estímulos de seu ambiente. A ciência destes fatores possibilitará atender às necessidades do indivíduo com maior precisão, ajudando-o a escolher estratégias mais saudáveis do que o consumo de substâncias psicoativas para enfrentamento de suas dificuldades.

1.6 QUESTÃO DE PESQUISA

Há diferença entre EIDs e percepção de estilo parental entre indivíduos com TUS e irmãos que não apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias?

1.7 HIPÓTESE

Os indivíduos com TUS apresentam um número maior de EIDs e uma avaliação mais negativa sobre o estilo parental em comparação aos irmãos que não apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar os EIDs e a percepção de estilo parental entre indivíduos com diagnóstico de TUS e irmãos que não apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os EIDs de indivíduos com diagnóstico de TUS e irmãos que não apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias.
2. Avaliar a percepção de estilo parental de indivíduos com diagnóstico de TUS e irmãos que não apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias.

3. Avaliar o consumo de SPA em indivíduos com diagnóstico de TUS e irmãos que não apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias.

3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo quantitativo, com delineamento do tipo caso-controle. O estudo de caso-controle seleciona uma amostra com o desfecho (TUS) e uma amostra sem o desfecho (controle) para avaliar as variáveis preditoras a fim de determinar quais estão relacionadas ao desfecho (HULLEY et al., 2015).

3.2 PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os pacientes foram recrutados no ambulatório e na internação de Adição da Unidade Álvaro Alvim levando em consideração os critérios de inclusão para o estudo. Eles foram abordados pela pesquisadora ou pelas estagiárias treinadas para a realização da entrevista e da coleta de dados. Num primeiro momento, explicou-se o objetivo da pesquisa e a importância da participação na mesma. A partir da anuência do paciente, telefonamos para o irmão/irmã para explicar o motivo do contato e fazer o mesmo convite, sendo indicado o local e a data da realização da entrevista. Inicialmente, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma cópia para a pesquisadora e outra para o participante e, na sequência, foram realizadas as entrevistas com a aplicação dos 4 instrumentos conduzidos pelo coletador e respondidos na forma de autorrelato por parte de cada entrevistado.

3.3 AMOSTRA

A amostra do estudo se caracterizou por 48 participantes, sendo 24 pacientes (23 homens e 1 mulher) com idade acima de 18 anos e diagnóstico de TUS internados ou em tratamento ambulatorial na Unidade de Adição Álvaro Alvim (UAA) e 24 irmãos/irmãs que não apresentavam problemas relacionado ao uso de substâncias. A participação nesse estudo foi voluntária, sendo necessária a assinatura de todos no TCLE (Apêndice A).

Crítérios de inclusão: pacientes com idade acima de 18 anos, alfabetizados (as), com diagnóstico de TUS, com irmãos/irmãs sem problemas relacionados ao uso de SPAs, também maiores de 18 anos, alfabetizados (as), que concordaram voluntariamente em participar do estudo.

Crítérios de exclusão: pacientes e/ou irmãos/irmãs com sintomas psicóticos que impossibilitem a compreensão do conteúdo dos questionários ou com déficits cognitivos que possam ser impeditivos para a coleta de dados.

3.4 LOCAL DA COLETA

A coleta foi realizada na Unidade de Adição Álvaro Alvim (UAA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através de entrevistas estruturadas que ocorreram nas dependências tanto da internação como do ambulatório. A internação está localizada no segundo andar do prédio principal da UAA do HCPA e é composta por 20 leitos masculinos, 10 quartos com banheiro, 1 unidade de desintoxicação com banheiro, 1 sala de grupo destinada a atividades com os pacientes, 3 consultórios, 1 sala com aparelhos específicos para atividade física, 1 sala destinada à terapia ocupacional, 1 sala de prescrição, 1 sala pequena para uso da equipe técnica, 1 banheiro para a equipe, 1 sala destinada aos procedimentos de enfermagem e um local destinado à equipe do serviço administrativo do hospital. A média de tempo de internação é de 4 semanas e, nesse período, os pacientes se inserem num programa de tratamento que se subdivide em 2 etapas: grupo de desintoxicação (1ª semana) e grupo de reabilitação (2ª, 3ª e 4ª semanas).

Há três equipes multiprofissionais para atender as demandas assistenciais, compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, professor de educação física, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem, residentes médicos ou residentes multiprofissionais em saúde, estagiários de diferentes áreas de formação. O programa terapêutico da internação abrange as seguintes atividades: 5 refeições, atividades grupais (avaliação de final de semana, programa de exercícios físicos, preparação para a semana, resgate de prêmios, jogos cognitivos, grupos educativos sobre grupos de mútua ajuda, meditação guiada por áudio, alcoólicos anônimos, prevenção à recaída, jogos, grupos psicoeducativos para familiares, visitas de familiares, grupo de manejo da raiva, plano motivacional, diálogo sobre espiritualidade, cineterapia, grupo de qualidade de vida, grupo de tabagismo, oficina de jardim, grupo de estudos de 12 passos, grupo tecendo redes, grupo com o serviço social, role play, grupo projeto de vida, grupo psicoeducativo sobre nutrição, treino de habilidades sociais, preparação para o final de semana, narcóticos anônimos, grupo com a psiquiatria).

O ambulatório de adição está localizado no segundo andar da estrutura anexa ao prédio principal da UAA do HCPA. O espaço físico abrange 7 consultórios, 1 sala de convivência destinada aos pacientes, 1 sala para os procedimentos de enfermagem, 1 banheiro

para realização dos exames de urina em pacientes com histórico de uso de substâncias ilícitas, 1 sala multiprofissional, 1 sala de round, 1 sala de grupos. A equipe é composta por psiquiatras, psicóloga, assistente social, nutricionista, enfermeira, terapeuta ocupacional, técnicas de enfermagem, professor de educação física, residentes de psiquiatria e residentes multiprofissionais em saúde. O paciente possui duas vias de acesso ao tratamento ambulatorial: uma delas é o seu encaminhamento após completar o programa de tratamento na internação e a outra maneira é o encaminhamento via unidade básica de saúde. Neste último caso, o paciente é avaliado através de uma consulta de triagem e, tendo indicação para permanecer no local, é encaminhado para a realização de 4 grupos de acolhimento para então ingressar numa das 3 equipes que irá desenhar o seu plano de tratamento.

O programa ambulatorial é dividido em 3 etapas que podem se estender por 2 anos de tratamento. A primeira etapa (duração entre 3 e 6 meses) engloba atendimentos psiquiátricos, grupo motivacional, grupo de efeito de violação da abstinência, prevenção à recaída básico, programa de exercícios físicos, grupo multifamiliar, grupo de mulheres. A segunda etapa (duração de aproximadamente 12 meses) oferece atendimentos psiquiátricos, grupo de prevenção à recaída avançado, grupo multifamiliar, programa de exercícios físicos, treino de habilidades sociais, grupo de projeto de vida, grupo de mulheres, grupo de lazer e cultura, grupo de manejo da raiva. A terceira e última etapa de tratamento (duração entre 3 e 6 meses) conta com um número menor de atividades (consultas psiquiátricas, grupo pré-alta e grupo multifamiliar) porque se pressupõe que o paciente foi preparado para se reinserir em atividades externas ao hospital.

3.5 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados incluem quatro questionários em formato de autorrelato para avaliar o uso de substâncias, questões referentes a diversas áreas da vida do indivíduo, esquemas iniciais desadaptativos e percepção de estilos parentais.

ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test): instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com a finalidade de triar casos de uso problemático de SPAs e classificar quanto à gravidade do risco de ter problemas relacionados ao uso de substâncias (baixo, moderado ou sugestivo de dependência). É composto por oito questões, sendo que as questões de 1 a 7 abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias lícitas e ilícitas e a questão 8 é voltada ao uso de drogas injetáveis. Algumas drogas adicionais, que não fazem parte dessa lista, podem ser investigadas numa categoria denominada “outras drogas” (PORTAL ABERTA, 2018).

ASI Light (Escala de Gravidade de Dependência): é uma versão abreviada do Addiction Severity Index (ASI). O ASI Light é um instrumento semiestruturado que contempla diversas áreas da vida do indivíduo: médica, emprego/apoio, uso de drogas e álcool, legal, familiar/social e psiquiátrica. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras referem-se à vida inteira do indivíduo (WHO, 2018).

INVENTÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG — YSQ S3 (YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE): instrumento traduzido e validado para o português por Rijo e Pinto Gouveia (1999), versão composta por 90 itens que avaliam 18 EIDs. É a medida utilizada para a autoavaliação de esquemas em uma escala Likert de 6 pontos, em que o paciente pontua o quão bem cada item o descreve. Os escores considerados altos são de níveis 5 e 6. O esquema é relevante para o paciente se houver 3 ou mais escores altos (5 e 6) em um determinado esquema, sendo merecedor de investigação. Os achados vinculados a este inventário demonstram resultados favoráveis quanto à consistência interna da escala e à sensibilidade discriminativa, considerando as diferenças entre grupos clínicos e não clínicos (CAZASSA; OLIVEIRA, 2008).

QUESTIONÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS (YPI): é um questionário de 72 itens em que os pacientes classificam seus pais e suas mães segundo um série de comportamentos que contribuem para o desenvolvimento de esquemas na infância. Caso os pacientes tenham substitutos de pai e mãe, é possível adaptar o questionário acrescentando colunas para essas pessoas. Assim como o questionário de esquemas, o questionário de estilos parentais também é uma escala Likert de 6 pontos em que os itens são agrupados por esquema. Parte-se do pressuposto que os escores 5 e 6 possuem chance alta de ser clinicamente relevante como origem de um determinado esquema. As exceções são dos itens 1 a 5 que avaliam a origem da privação emocional. Diferentemente do questionário de esquemas, não é necessário ter mais de um escore alto em determinado esquema para que um item seja significativo (YOUNG, 2008).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram conduzidas pelo software IBM SPSS versão 18 sob nível de confiança de 95%. As variáveis quantitativas foram apresentadas por média e desvio padrão enquanto as categóricas por frequência absoluta e relativa. Diferenças de escores de EIDs entre os grupos caso/TUS e controle/irmãos foram investigadas pelo teste Wilcoxon (alternativa não paramétrica do teste T pareado). Relações entre escores de EID e percepção

de Estilo Parental Paterno e Materno foram investigadas por coeficiente de correlação de Spearman. Optou-se por métodos não paramétricos devido ao tamanho da amostra.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HCPA e seguiu as conformidades da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram incluídos na pesquisa usuários com TUS e irmãos/irmãs que não possuem esse diagnóstico. Tanto os usuários como seus irmãos/ irmãs concordaram voluntariamente com a participação neste estudo e assinaram o TCLE apresentado no Apêndice A em duas vias (uma para o pesquisador e uma para o participante). O TCLE explicitou os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, garantindo sigilo quanto à identidade do participante e voluntariedade na participação.

4. RESULTADOS

A amostra de pacientes foi predominantemente masculina (95,8%) com apenas um caso de paciente do sexo feminino em tratamento ambulatorial que se adequasse aos critérios de inclusão. Em contrapartida, mais da metade da amostra de irmãos era do sexo feminino (70%). O percentual elevado de homens na amostra de pacientes se justifica pelo fato das coletas terem sido feitas em uma unidade de internação masculina e num ambulatório em que a população de pacientes é predominantemente masculina.

A Tabela 1 descreve alguns dados sociodemográficos e sintomas psiquiátricos da amostra. A média de idade entre pacientes e irmãos teve uma diferença muito pequena (45,0 e 45,6, respectivamente). Os indivíduos com TUS relataram um maior número de sintomas psiquiátricos sem estarem sob efeito de substâncias psicoativas se comparados aos irmãos, como depressão (95,8% dos pacientes com sintomas depressivos versus 70,8% dos irmãos com sintomas depressivos), ansiedade (95,8% dos pacientes com sintomas de ansiedade versus 66,7% dos irmãos com sintomas de ansiedade), dificuldade para pensar ou se concentrar (58,3% dos pacientes com dificuldade de concentração versus 25% dos irmãos com dificuldade de concentração) e dificuldade para controlar o temperamento (25% dos pacientes com dificuldade em controlar o temperamento versus 12,5% dos irmãos com dificuldade em controlar o temperamento).

Salienta-se o número elevado de ideação suicida e tentativas de suicídio entre os pacientes com TUS comparadamente aos irmãos (50% dos pacientes apresentaram ideação

suicida versus 29,2% dos irmãos com ideação suicida e 25% dos pacientes apresentaram tentativa prévia de suicídio versus 4,2% dos irmãos com tentativa de suicídio).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e psiquiátrico dos participantes por grupo

	Total (n=48)	Caso/TUS (n=24)	Controle (n=24)
Sexo			
Homem	30 (62,5)	23 (95,8)	7 (29,2)
Mulher	18 (37,5)	1 (4,2)	17 (70,8)
Idade	45,3 ± 9,8	45,0 ± 10	45,6 ± 9,7
Possui renda suficiente para necessidades*	32 (68,1)	13 (56,5)	19 (79,2)
Sentiu incapacidade física que prejudica visão audição ou movimento	8 (16,7)	5 (20,8)	3 (12,5)
Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia	40 (83,3)	23 (95,8)	17 (70,8)
Sentiu-se ansioso nervoso ou preocupado a maior parte do dia	39 (81,3)	23 (95,8)	16 (66,7)
Teve alucinações	11 (22,9)	9 (37,5)	2 (8,3)
Teve dificuldade para pensar ou se concentrar	20 (41,7)	14 (58,3)	6 (25,0)
Teve dificuldade para controlar seu temperamento	9 (18,8)	6 (25,0)	3 (12,5)
Teve pensamentos sérios sobre suicídio	19 (39,6)	12 (50,0)	7 (29,2)
Tentou o suicídio	7 (14,6)	6 (25,0)	1 (4,2)

Nota: Apresentação por média ± desvio padrão e frequência (%). * 1 Participante não quis responder.

A Tabela 2 classifica o risco em desenvolver problemas relacionados ao uso de substâncias e identifica intervenções necessárias para o nível de consumo de SPA por parte do indivíduo conforme o instrumento ASSIST. Pode-se perceber que o álcool e a cocaína/crack foram as substâncias que apresentaram um maior número de pacientes com uso abusivo de alto risco e com necessidade de tratamento intensivo para tais substâncias.

Com relação ao tabaco, verificou-se durante as coletas que muitos participantes tabagistas não pretendiam interromper o uso e não reconheceram maiores problemas em decorrência do consumo. O fato do instrumento não identificar os riscos associados ao consumo do tabaco pode ter relação com algumas questões, entre elas, o fato de se tratar de uma substância lícita que não altera o juízo crítico ou a sensopercepção de quem consome, dos entrevistados não terem como objetivo a interrupção do uso e/ou não identificarem maiores problemas decorrentes do consumo. Ou seja, muitos participantes ao responderem o questionário sobre o tabaco possivelmente minimizaram os problemas decorrentes do mesmo.

Tabela 2 - Classificações do ASSIST por grupo e substância

Nível de risco de TUS	Baixo risco	Risco Moderado	Risco Elevado
Intervenção Sugerida	Nenhuma Intervenção	Intervenção Breve	Tratamento Intensivo
Derivados do Tabaco			
Caso/TUS (n=24)	8	14	2
Controle (n=24)	20	4	0
Álcool			
Caso/TUS (n=24)	2	10	12
Controle (n=24)	22	2	0
Maconha			
Caso/TUS (n=24)	16	6	2
Controle (n=24)	23	1	1
Cocaína ou crack			
Caso/TUS (n=24)	10	3	11
Controle (n=24)	24	0	0
Anfetamina ou Êxtase			
Caso/TUS (n=24)	23	0	1
Controle (n=24)	24	0	0
Inalantes			
Caso/TUS (n=24)	23	1	0
Controle (n=24)	24	0	0
Hipnóticos ou sedativos			
Caso/TUS (n=24)	23	1	0
Controle (n=24)	24	0	0
Alucinógenos			
Caso/TUS (n=24)	23	1	0
Controle (n=24)	24	0	0
Opióides			
Caso/TUS (n=24)	24	0	0
Controle (n=24)	24	0	0

Nota: Apresentação por frequência absoluta.

A Tabela 3 apresenta a comparação dos EIDs entre os indivíduos com e sem TUS em apresentação por frequência absoluta e média \pm desvio padrão, teste de Wilcoxon. A conclusão do teste estatístico foi que os indivíduos com TUS apresentam mais esquemas ativados do que seus irmãos. Dos 18 esquemas avaliados, 12 indicados em negrito foram significativamente mais altos na amostra com TUS em comparação à amostra sem TUS. São eles: abandono, isolamento social/alienação, defectividade/vergonha, dependência/incompetência, emaranhamento, subjugação, inibição emocional, grandiosidade/arrogância, autocontrole/autodisciplina insuficiente, busca de aprovação,

negativismo e postura punitiva. Neste estudo, os esquemas de abandono e postura punitiva (p-valor <0,001), defectividade/vergonha e negativismo (p-valor = 0,001) foram os que apresentaram um grau de significância maior. Apenas o esquema de autossacrifício foi significativamente mais elevado na amostra sem TUS (controle). Os esquemas que não diferiram significativamente na comparação entre os indivíduos com TUS e seus respectivos irmãos/irmãs foram privação emocional, desconfiança/abuso, fracasso, vulnerabilidade a danos e doenças e padrões inflexíveis.

Tabela 3 - Comparação dos escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos entre pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos irmãos (n=48)

Esquemas Iniciais Desadaptativos	EID Ativado		Escores		p-valor
	TUS (n=24)	Controle (n=24)	TUS (n=24)	Controle (n=24)	
Privação emocional	1 (4,2)	2 (8,3)	2,2 ± 1,2	1,8 ± 1,3	0,338
Abandono	3 (12,5)	1 (4,2)	3,3 ± 1,0	2,1 ± 1,2	<0,001
Desconfiança/abuso	3 (12,5)	4 (16,7)	3,2 ± 1,0	2,7 ± 1,5	0,208
Isolamento social/alienação	2 (8,3)	1 (4,2)	2,7 ± 1,3	1,8 ± 1,0	0,016
Defectividade/vergonha	1 (4,2)	0 (0)	2,2 ± 1,0	1,5 ± 0,5	0,001
Fracasso	0 (0)	1 (4,2)	1,8 ± 0,8	1,8 ± 1,1	0,526
Dependência/incompetência	0 (0)	0 (0)	2,2 ± 1,1	1,4 ± 0,5	0,003
Vulnerabilidade a danos ou doenças	4 (16,7)	1 (4,2)	3,0 ± 1,2	2,4 ± 1,2	0,057
Emaranhamento	4 (16,7)	0 (0)	2,6 ± 1,5	1,9 ± 0,8	0,003
Subjugação	0 (0)	0 (0)	2,6 ± 0,9	2,0 ± 0,9	0,032
Autossacrifício	4 (16,7)	9 (37,5)	3,4 ± 1,1	4,2 ± 1,1	0,010
Inibição Emocional	2 (8,3)	2 (8,3)	3,1 ± 1,1	2,3 ± 1,2	0,008
Padrões Inflexíveis	7 (29,2)	6 (25,0)	3,9 ± 1,0	3,8 ± 1,0	0,727
Grandiosidade/arrogo	2 (8,3)	2 (8,3)	3,1 ± 1,0	2,4 ± 1,0	0,037
Autocontrole/autodisciplina insuficiente	4 (16,7)	1 (4,2)	3,3 ± 1,0	2,1 ± 1,1	0,004
Busca de aprovação	4 (16,7)	0 (0)	3,3 ± 1,0	2,4 ± 1,0	0,004
Negativismo	5 (20,8)	0 (0)	3,6 ± 1,0	2,3 ± 1,0	0,001
Postura punitiva	2 (8,3)	0 (0)	3,4 ± 0,9	2,2 ± 1,1	<0,001

Nota: EID Ativado = escore ≥ 4,5. Apresentação por frequência absoluta (%) e média ± desvio padrão, teste de Wilcoxon.

A Tabela 4 apresenta a matriz de correlação entre os escores de EIDs dos irmãos sem TUS (controle) e seus respectivos escores de percepção de estilo parental referente à mãe. Já a Tabela 5 apresenta a matriz de correlação entre os escores de EIDs dos pacientes com TUS e seus respectivos escores de percepção de estilo parental referente à mãe.

Tabela 4 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos dos irmãos sem Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental materno (n=24)

EID Controles \ EP Mãe	EP(1)	EP(2)	EP(3)	EP(5)	EP(6)	EP(7)	EP(8)	EP(9)	EP(10)	EP(11)	EP(12)	EP(13)	EP(14)	EP(15)	EP(16)	EP(17)	EP(18)
EID Privação emocional (1)	,309	,216	,173	,359	,252	,295	-,272	,182	,097	,060	,248	,280	,233	,242	,273	,280	,179
EID Abandono (2)	-,181	-,011	-,099	-,056	-,148	-,025	,290	,358	-,231	-,122	,018	-,154	-,191	,033	,341	,164	,036
EID Desconfiança/abuso (3)	-,365	-,032	-,015	-,073	-,117	,118	,328	,349	-,166	-,172	,091	-,077	-,085	,123	,254	,059	,153
EID Isolamento social/alienação (4)*	,110	,076	,020	,112	,200	,140	-,050	,030	-,058	-,191	,340	,008	-,092	,197	-,079	,160	,141
EID Defectividade/vergonha (5)	-,137	-,010	,028	-,009	,107	,094	,166	,110	-,102	,119	,258	,088	,015	,117	,260	-,020	,093
EID Fracasso (6)	-,022	,102	,119	,237	,216	,321	,252	,161	,053	-,085	,240	,020	-,067	,355	,126	,216	,066
EID Dependência/incompetência (7)	-,185	,013	,163	,035	,229	,253	,247	,063	-,159	-,053	-,156	-,192	-,123	,259	,086	,139	-,050
EID Vulnerabilidade a danos ou doenças (8)	-,259	-,001	-,129	-,060	-,275	,027	,151	,426	-,227	-,195	-,033	-,175	-,128	,145	-,041	,154	,159
EID Emaranhamento (9)	-,192	,133	,121	,197	-,125	,038	,026	,672	,033	,168	-,119	,093	,206	,067	,284	,159	,122
EID Subjugação (10)	,033	-,056	-,054	,168	,043	,100	,011	,215	-,050	-,184	,260	-,081	,023	,358	-,038	,124	-,148
EID Autossacrifício (11)	,221	,181	,130	,349	,183	,201	,263	-,037	,397	,160	,420	,464	,158	,069	,195	,230	,258
EID Inibição Emocional (12)	-,077	-,133	,034	-,163	,016	-,154	,081	,319	-,230	-,218	,089	-,297	-,368	,156	,131	-,040	-,052
EID Padrões Inflexíveis (13)	-,064	,081	,069	,058	-,045	,124	-,245	,473	,055	-,037	,399	,164	,151	,058	,148	-,037	,164
EID Grandiosidade/arrogo (14)	-,391	-,155	-,223	-,037	-,410	,145	,251	,517	-,220	-,072	-,030	-,052	-,146	-,052	,191	-,041	,107
EID Autocontrole/autodisciplina insuficiente (15)	-,239	-,227	-,327	-,037	-,136	-,060	-,022	,279	-,338	-,352	,109	-,247	-,206	,196	-,166	,023	-,144
EID Busca de aprovação (16)	-,567	-,191	,031	-,039	-,117	,162	,282	,410	-,300	-,091	-,395	-,123	-,168	,014	,340	-,088	-,038
EID Negativismo (17)	-,155	-,116	-,219	-,127	-,253	,078	,158	,358	-,310	-,357	,121	-,274	-,250	-,008	-,066	,172	-,051
EID Postura punitiva (18)	,151	,281	,297	,349	,513	,468	-,165	,046	,259	,147	,340	,413	,253	,244	,426	,263	,410

Nota: Coeficiente de correlação de Spearman, valores em negrito indicam correlação estatisticamente significativa (p-valor<0,05). n=24.

EID = Esquemas Iniciais Desadaptativos. EP = Estilos Parentais.

*O EID de Isolamento social/alienação (4) não é contemplado no Inventário de Estilos Parentais, portanto não existe um estilo parental correspondente e que possa ser correlacionado

Tabela 5 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos dos pacientes com Transtornos por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental materno (n=24)

EID TUS \ EP Mãe	EP(1)	EP(2)	EP(3)	EP(5)	EP(6)	EP(7)	EP(8)	EP(9)	EP(10)	EP(11)	EP(12)	EP(13)	EP(14)	EP(15)	EP(16)	EP(17)	EP(18)
EID Privação emocional (1)	,319	,539	,490	,582	,434	,575	,097	,181	,455	-,080	,532	,302	,386	,441	,299	,333	,535
EID Abandono (2)	-,049	,306	,360	,356	,285	,260	,152	,411	,180	,088	,273	,245	-,004	,155	,388	,334	,194
EID Desconfiança/abuso (3)	,242	,380	,215	,465	,317	,285	,373	,287	,315	,117	,454	,295	,235	,210	,601	,566	,581
EID Isolamento social/alienação (4)*	,280	,207	,494	,557	,250	,361	-,203	,365	,574	,182	,298	,320	,474	,343	,395	,164	,059
EID Defectividade/vergonha (5)	,351	,335	,601	,603	,279	,263	-,058	,210	,578	,110	,453	,423	,388	,186	,385	,307	,230
EID Fracasso (6)	,202	,312	,128	,491	-,064	,459	-,186	,341	,366	,129	,268	,202	,117	,224	,196	,062	,005
EID Dependência/incompetência (7)	,203	-,007	,357	,378	,282	,113	-,013	,349	,390	,068	,075	,032	,372	,448	,384	,250	,028
EID Vulnerabilidade a danos ou doenças (8)	-,058	,108	,107	,033	,063	,082	,216	,281	-,100	,076	-,159	,133	,076	,193	,405	,354	,556
EID Emaranhamento (9)	,078	-,027	,312	,100	,373	,352	,054	,044	,372	,010	,174	,059	,366	,473	-,045	,101	,089
EID Subjugação (10)	,318	,552	,629	,529	,323	,509	,002	,439	,659	,157	,375	,481	,464	,387	,531	,359	,322
EID Autossacrifício (11)	,256	,410	,527	,414	,404	,203	-,087	,113	,318	-,088	,242	,278	,163	,162	,196	,244	,180
EID Inibição Emocional (12)	-,094	,069	,252	,232	,106	,073	,221	,285	,000	,169	,074	,071	-,016	-,143	,337	-,012	,005
EID Padrões Inflexíveis (13)	,276	,133	,263	,549	-,141	,253	,043	,153	,373	,399	,299	,534	,068	-,117	,467	,251	,194
EID Grandiosidade/arrogo (14)	,256	,381	,341	,293	,251	,389	,114	,094	,403	,244	,298	,366	,345	,359	,470	,319	,177
EID Autocontrole/autodisciplina insuficiente (15)	,270	,490	,403	,317	,228	,403	-,079	,343	,346	,111	,183	,296	,240	,489	,488	,295	,225
EID Busca de aprovação (16)	,079	,440	,400	,527	,306	,670	,399	,187	,410	,251	,178	,447	,300	,175	,540	,420	,403
EID Negativismo (17)	-,075	,110	,223	,102	,226	,304	,282	,104	-,066	,039	-,266	,170	,101	,163	,392	,200	,463
EID Postura punitiva (18)	,274	,189	-,204	,257	-,013	,346	,040	,233	-,033	-,347	,411	,059	-,204	,200	,109	,280	,264

Nota: Coeficiente de correlação de Spearman, valores em negrito indicam correlação estatisticamente significativa (p-valor<0,05). n=24.

EID = Esquemas Iniciais Desadaptativos. EP = Estilos Parentais.

*O EID de Isolamento social/alienação (4) não é contemplado no Inventário de Estilos Parentais, portanto não existe um estilo parental correspondente e que possa ser correlacionado.

Ao todo foram 14 correlações estatisticamente significativas entre os escores de EIDs e os escores de percepção do estilo da mãe por parte dos irmãos sem TUS comparadamente a 57 correlações entre os escores de EIDs e os escores de percepção do estilo da mãe por parte dos pacientes com TUS. As correlações mais fortes na amostra de pacientes foram esquema de desconfiança/abuso e estilo de mãe geradora de busca aprovação (601), esquema de defectividade/vergonha e estilo de mãe geradora de defectividade/vergonha (603), esquema de defectividade/vergonha e estilo de mãe geradora de desconfiança/abuso (601), esquema de subjugação e estilo de mãe geradora de desconfiança/abuso (629), esquema de subjugação e estilo de mãe geradora de subjugação (659), esquema de busca de aprovação e estilo de mãe geradora de dependência/incompetência (670).

A Tabela 6 é uma matriz de correlação entre os escores dos EIDs dos irmãos sem TUS (controle) e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental referente ao pai. Já a Tabela 7 é uma matriz de correlação entre os escores dos EIDs dos pacientes com TUS e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental referente ao pai.

Tabela 6 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos dos irmãos sem Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental referente ao pai (n=24)

EID Controles \ EP Pai	EP(1)	EP(2)	EP(3)	EP(5)	EP(6)	EP(7)	EP(8)	EP(9)	EP(10)	EP(11)	EP(12)	EP(13)	EP(14)	EP(15)	EP(16)	EP(17)	EP(18)
EID Privação emocional (1)	,035	-,068	-,008	,536	,366	,326	-,128	,166	,166	,053	,093	,116	,074	,288	,180	,262	,304
EID Abandono (2)	-,249	-,308	-,041	-,007	-,074	,297	,381	,459	-,106	,009	,085	,158	,152	,059	,505	,175	,000
EID Desconfiança/abuso (3)	-,016	,028	,176	,281	,025	,446	,169	,288	,026	-,110	,002	,219	,134	,065	,378	,336	,240
EID Isolamento social/alienação (4)*	-,040	,087	-,190	,393	,137	,252	-,252	,058	,102	-,329	,169	-,025	-,023	,076	-,008	,409	,169
EID Defectividade/vergonha (5)	-,048	,023	-,009	,408	,226	,353	,044	,159	,076	,120	,086	,303	,002	,016	,316	,244	,297
EID Fracasso (6)	-,062	,105	,178	,160	,159	,174	,050	,133	,239	-,050	,280	,140	,188	,468	,370	,245	,317
EID Dependência/incompetência (7)	,055	-,046	,325	,000	,259	,242	,023	,033	,175	,045	-,003	,241	,287	,233	,359	,151	,263
EID Vulnerabilidade a danos ou doenças (8)	-,131	-,261	-,092	-,026	-,182	,169	,100	,446	-,155	-,379	-,314	-,308	,076	,304	,027	-,056	-,179
EID Emaranhamento (9)	-,204	-,294	,267	,105	-,100	,148	,325	,554	-,038	,089	-,120	-,104	,328	,409	,236	,096	-,050
EID Subjugação (10)	,105	,106	,200	,305	,102	,280	-,050	,149	,287	-,226	,260	,264	,270	,469	,288	,333	,392
EID Autossacrifício (11)	-,064	,344	-,040	,567	,132	,200	,251	-,055	,342	,250	,297	,296	-,046	,267	,060	,510	,327
EID Inibição Emocional (12)	-,320	-,060	-,132	,143	,051	,269	,017	,410	,024	-,104	,069	,173	-,022	-,056	,227	,029	,224
EID Padrões Inflexíveis (13)	-,149	-,141	-,105	,327	,011	,176	-,241	,374	-,042	-,082	,318	-,027	,041	,001	,015	,169	-,023
EID Grandiosidade/arrogância (14)	-,317	-,377	-,160	,075	-,321	,276	,429	,506	-,233	-,127	,026	,058	,086	,018	,241	,092	-,107
EID Autocontrole/autodisciplina insuficiente (15)	-,079	,103	,033	,178	-,079	,511	-,011	,206	-,013	-,411	,294	,254	,291	,178	,167	,422	,264
EID Busca de aprovação (16)	-,233	-,342	,304	-,199	-,058	,160	,324	,253	-,171	,058	,118	,227	,268	,045	,504	-,001	,082
EID Negativismo (17)	-,227	-,055	-,156	,219	-,165	,612	,214	,421	-,062	-,317	-,135	,053	,102	,189	,068	,338	,029
EID Postura punitiva (18)	-,085	,209	,152	,151	,393	,099	-,179	-,009	,115	,200	,641	,248	,171	,055	,290	,385	,312

Nota: Coeficiente de correlação de Spearman, valores em negrito indicam correlação estatisticamente significativa (p-valor<0,05). n=24.

EID = Esquemas Iniciais Desadaptativos. EP = Estilos Parentais.

*O EID de Isolamento social/alienação (4) não é contemplado no Inventário de Estilos Parentais, portanto não existe um estilo parental correspondente e que possa ser correlacionado.

Tabela 7 - Matriz de correlação entre os escores de Esquemas Iniciais Desadaptativos de pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias e seus respectivos escores de percepção de Estilo Parental referente ao pai (n=24)

EID TUS \ EP Pai	EP(1)	EP(2)	EP(3)	EP(5)	EP(6)	EP(7)	EP(8)	EP(9)	EP(10)	EP(11)	EP(12)	EP(13)	EP(14)	EP(15)	EP(16)	EP(17)	EP(18)
EID Privação emocional (1)	,303	,266	,419	,548	,457	,494	,026	,244	,588	,116	,730	,450	,528	,263	,256	,545	,642
EID Abandono (2)	,196	,378	,383	,530	,288	,338	,051	,273	,265	,013	,369	,299	,052	,010	,348	,375	,317
EID Desconfiança/abuso (3)	-,033	,435	,150	,297	,337	,349	,402	,344	,349	,205	,466	,222	,255	,203	,538	,397	,402
EID Isolamento social/alienação (4)*	,261	,201	,574	,472	,261	,213	-,245	,281	,597	,016	,474	,322	,528	,253	,392	,338	,196
EID Defectividade/vergonha (5)	,286	,192	,563	,358	,312	,112	-,256	,232	,594	,095	,665	,544	,479	,046	,354	,444	,368
EID Fracasso (6)	,165	,019	,300	,681	-,014	,428	-,132	,451	,495	,261	,433	,325	,252	,116	,308	,282	,308
EID Dependência/incompetência (7)	,183	,256	,475	,243	,292	-,024	-,038	,273	,456	-,116	,273	-,065	,369	,478	,440	,196	,008
EID Vulnerabilidade a danos ou doenças (8)	-,173	,225	-,020	-,025	,054	,083	,379	,205	-,195	,140	-,030	,045	,156	,146	,433	,542	,376
EID Emaranhamento (9)	,306	,145	,265	,122	,314	,137	,067	-,182	,176	-,405	,017	-,212	,265	,521	-,197	-,111	-,152
EID Subjugação (10)	,345	,423	,676	,654	,347	,459	-,144	,436	,758	,071	,595	,543	,526	,343	,475	,454	,365
EID Autossacrifício (11)	,458	,517	,639	,453	,426	,252	-,248	,038	,405	-,079	,236	,311	,253	,090	,090	,224	,251
EID Inibição Emocional (12)	,060	,313	,371	,434	,142	,190	-,024	,237	,175	,269	,280	,162	-,032	-,115	,373	,212	,207
EID Padrões Inflexíveis (13)	-,189	,076	,167	,211	-,096	,168	,138	,263	,360	,474	,422	,535	,145	-,185	,487	,419	,284
EID Grandiosidade/arrogância (14)	,289	,154	,308	,298	,267	,420	,019	,218	,421	,144	,518	,505	,439	,262	,514	,288	,374
EID Autocontrole/autodisciplina insuficiente (15)	,343	,213	,450	,479	,233	,423	-,086	,334	,441	,050	,431	,387	,382	,315	,537	,417	,356
EID Busca de aprovação (16)	,353	,336	,286	,621	,346	,685	,040	,397	,455	,287	,534	,596	,415	,077	,460	,527	,647
EID Negativismo (17)	,210	,354	,130	,177	,211	,314	,130	,058	-,092	,181	-,018	,092	,186	,046	,339	,488	,445
EID Postura punitiva (18)	,166	-,181	-,079	,315	-,025	,342	,383	,137	,062	-,068	,293	,022	-,121	-,017	,071	,231	,211

Nota: Coeficiente de correlação de Spearman, valores em negrito indicam correlação estatisticamente significativa (p-valor<0,05). n=24.

EID = Esquemas Iniciais Desadaptativos. EP = Estilos Parentais.

*O EID de Isolamento social/alienação (4) não é contemplado no Inventário de Estilos Parentais, portanto não existe um estilo parental correspondente e que possa ser correlacionado.

Ao todo foram 22 correlações estatisticamente significativas entre os escores de EIDs e os escores de percepção do estilo de pai por parte dos irmãos sem TUS comparadamente a 84 correlações entre os escores de EIDs e os escores de percepção do estilo de pai por parte dos pacientes com TUS. As correlações mais fortes na amostra de pacientes foram esquema de privação emocional e estilo de pai gerador de inibição emocional (730), esquema de privação emocional e um pai gerador de postura punitiva (642), esquema de defectividade/vergonha e um pai gerador de inibição emocional (665), esquema de fracasso e estilo de pai gerador de defectividade/vergonha (681), esquema de subjugação e estilo de pai gerador de desconfiança/abuso (676), esquema de subjugação e estilo de pai gerador de defectividade/vergonha (654), esquema de subjugação e um pai gerador de subjugação (758), esquema de autossacrifício e estilo de pai gerador de desconfiança/abuso (639), esquema de busca de aprovação e estilo de pai gerador de defectividade/vergonha (621), esquema de busca de aprovação e um estilo de pai gerador de dependência/incompetência (685), busca de aprovação e um estilo de pai gerador de postura punitiva (647).

5. DISCUSSÃO

Até onde os autores puderam avaliar, este é o primeiro estudo que comparou EIDs e percepção dos estilos parentais entre pacientes com TUS e irmãos que não apresentam este transtorno. Apesar de outros estudos terem comparado EIDs entre indivíduos com TUS e grupo controle, TUS e um dos pais ou TUS e parceiro íntimo, o presente estudo foi inovador ao demonstrar diferenças relevantes nos EIDs e na percepção de estilos parentais entre irmãos com e sem TUS.

O fato dos indivíduos com TUS apresentarem maior número de EIDs vai ao encontro de alguns dados da literatura que identificam um número maior de EIDs em indivíduos com TUS em comparação aos indivíduos sem TUS (BROTCHIE et al., 2007; BALL, 1998; SHOREY; STUART; ANDERSON 2013; ROPER et al., 2010). Entretanto, não há unanimidade no que se refere aos tipos de esquemas mais prevalentes.

Brotchie et al. (2007) avaliaram usuários de álcool e opiáceos e identificaram níveis mais elevados de EIDs para vulnerabilidade a danos, subjugação e inibição emocional. Os autores em questão sugerem que a substância é um meio pelo qual os usuários tentam evitar o acionamento de emoções negativas inerentes ao esquema desadaptativo elevado. No caso do estudo desenvolvido por Shorey et al. (2013) houve diferença significativa em dezoito esquemas que foram comparados entre amostra clínica e não clínica, sendo o autocontrole/autodisciplina insuficiente e autossacrifício como os mais prevalentes.

Uma questão que tem sido pouco explorada diz respeito às origens dos esquemas e por esta razão comparou-se duplas de irmãos a fim de verificar até que ponto a criação e as mesmas figuras de pai e mãe seriam ou não geradoras de esquemas semelhantes ou de percepções equivalentes de pai e mãe. E o que se observou foi que os pacientes com TUS apresentam um número maior de EIDs e uma visão mais negativa dos pais em comparação aos irmãos. Como fatores subjacentes à formação de um esquema, os pesquisadores têm identificado que o baixo controle familiar, a pouca expressão afetiva entre os membros da família, o papel significativo da figura materna, a função paterna enfraquecida e o uso de substâncias por parte dos pais estão associados ao uso de substâncias pelos indivíduos (PINHEIRO et al., 2006).

Young (2008) propõe que as origens dos EIDs estão associadas a três fatores: necessidades emocionais não satisfeitas na infância, experiências de vida nocivas e temperamento emocional. Acredita-se que o temperamento determine em parte se um indivíduo irá se identificar e internalizar as características de uma pessoa importante. Por exemplo, uma criança com temperamento distímico pode não internalizar as características otimistas de um dos pais uma vez que isso é tão contrário a sua interpretação que não consegue assimilá-las.

O presente estudo também possibilitou verificar que houve muito mais correlações entre os EIDs dos pacientes com TUS e a percepção do estilo de pai e mãe do que entre os EIDs dos irmãos sem TUS e a percepção do estilo de pai e mãe. Diante destes dados o questionamento que surge é sobre a razão pela qual os irmãos de mesmos pais possuem percepções tão diferentes sobre os mesmos. As respostas dadas através de autorrelato pelos participantes podem estar permeadas por uma série de fatores, entre eles, temperamento do indivíduo, ordem de nascimento, EIDs já estruturados, questões emocionais subjacentes, transtornos psiquiátricos existentes, entre outros.

Alguns autores levantam a possibilidade de que a leitura que os indivíduos fazem do comportamento dos pais não possui tanta relação com o comportamento real e sim com o que é captado de acordo com o temperamento de cada um, ou seja, construções decorrentes de características individuais e, provavelmente inatas. Gerlsma (1994) corrobora esse argumento na medida em que salienta que as memórias do comportamento dos pais refletem comportamentos parentais percebidos, em vez de comportamentos reais. De acordo com Thimm (2010), a medição do comportamento dos pais, por ser baseada em relatórios retrospectivos, pode ser suscetível a várias influências tendenciosas, como por exemplo, estado de humor e limitações gerais de memória.

O fato de que a maioria dos usuários de SPAs participantes da pesquisa era do sexo masculino e tinha idade média de 45 anos se justifica em parte pelo fato da unidade de internação onde os dados foram coletados ser masculina e, no ambulatório, haver um número reduzido de mulheres que se encaixaram nos critérios de inclusão. Os irmãos apresentaram a média de idade semelhante a dos pacientes (45,6 anos), porém abarcou um número maior de mulheres (70,8%), o que pode ter tido implicações nos achados apesar de ainda não haver clareza na literatura se apenas a questão do sexo poderia interferir nos desfechos estudados.

Identificou-se através do ASI light um maior número de sintomas psiquiátricos nos casos com TUS sem estarem sob efeito de substância como sintomas depressivos (95,8%), de ansiedade (95,8%), dificuldade para pensar ou se concentrar (58,3%) e dificuldade para controlar o temperamento (25%) em comparação aos irmãos que não apresentam TUS. Inúmeros estudos apontam um alto índice de sintomas psiquiátricos em pacientes com TUS, sendo alguns procedentes e outros decorrentes do consumo de substâncias.

Vale salientar que os problemas de saúde mental são o fator de risco mais comum e melhor explorado associado a ideias suicidas, tentativas de suicídio e suicídio concluído. O número elevado de ideação suicida (50%) e tentativas de suicídio (25%) na amostra dos casos com TUS foi maior do que a amostra de casos controle. Cerca de 90% de todas as pessoas que cometem suicídio preencheram os critérios diagnósticos para um ou mais transtornos psiquiátricos (WILCOX; CONNER; CAINE, 2004). Uma pesquisa transversal domiciliar no Brasil realizada em 2018 apontou que os transtornos por uso de álcool, cannabis e cocaína foram significativamente associados à ideação suicida e a tentativas de suicídio (ABDALLA et al., 2019).

O diagnóstico e o tratamento do TUS e outros transtornos mentais comórbidos são complexos pela dificuldade de diferenciação dos sintomas que muitas vezes se sobrepõem (ROSS; PESELOW, 2012; MOROJELE et al., 2012; MUESER; GINGERICH, 2013). Pacientes com TUS e outra doença mental geralmente apresentam sintomas mais persistentes, graves e resistentes ao tratamento em comparação a pacientes que apresentam um único diagnóstico (KELLY; DALEY, 2013; TORRENS et al., 2012).

A população que apresenta problemas relacionados à saúde mental variando de depressão, ansiedade, transtorno de personalidade, problemas com o uso de substâncias, entre outros, possuem um número mais elevado de EIDs presentes (MC DONNELL et al., 2018; NIA et al., 2014). Algumas pesquisas têm demonstrado que o desenvolvimento e manutenção de EIDS podem influenciar quanto aos aspectos psicológicos relacionados ao TUS (BALL, 1998; BROTCHE et al., 2007; HOSSEINIFARD; KAVIANI, 2015; SHOREY et al., 2013).

Níveis elevados de EIDs têm sido consistentemente encontrados na população com TUS, sugerindo haver uma relação entre os esquemas e a manutenção do TUS (MC DONNELL et al., 2018).

Um estudo realizado na Holanda e publicado em 2012 avaliou 63 pacientes psiquiátricos ambulatoriais antes e após intervenção grupal em terapia do esquema. Mais da metade da amostra sinalizou redução significativa na gravidade dos sintomas apresentados, dos EIDs e dos modos esquemáticos. A mudança nos sintomas e esquemas provou estar fortemente correlacionada após a intervenção, sugerindo que se reforçam mutuamente (VAN VREESWIJK et al., 2014).

Ball (1998) foi outro autor que sugeriu que existe uma relação entre EIDs e uso de substâncias e postulou que resultados mais desejáveis são alcançados quando a terapia está profundamente focada nas características pessoais desadaptativas do usuário de substâncias. Os esquemas podem estar relacionados ao TUS, portanto, a atenção simultânea entre o uso de substâncias e os EIDs pode levar a resultados terapêuticos mais efetivos. Pesquisas preliminares mostram melhores resultados com relação à redução do consumo de substâncias psicoativas em indivíduos que tiveram tratamento para os EIDs em Terapia do Esquema (BALL, 2007).

Este estudo apresentou uma série de limitações que devem ser consideradas na interpretação dos dados. A natureza transversal desta pesquisa exclui a possibilidade de causalidade entre as variáveis estudadas e, devido ao tamanho da amostra, não é possível fazer generalizações quanto aos achados. A amostra foi selecionada por conveniência e incluiu apenas indivíduos que buscaram tratamento em uma unidade de tratamento para adição em Porto Alegre, ou seja, não retrata toda população de indivíduos que apresentam TUS. Salienta-se também que aproximadamente 95% da população de usuários era do sexo masculino enquanto que 70% da população dos irmãos era do sexo feminino e a diferença no quesito sexo do participante poderia ser considerada um viés, mas deverá ser esclarecida em futuros estudos.

Pelo fato do grupo de pacientes estar numa situação de tratamento para os problemas relacionados ao TUS, muitos deles internados devido à gravidade dos sintomas, é possível que flutuações no humor e outros sintomas psiquiátricos possam ter afetado de maneira negativa a interpretação dos esquemas e dos estilos parentais.

Como citado anteriormente, grande parte dos irmãos diferiram no quesito de gênero. Entretanto, os indivíduos com TUS e seus irmãos (controle) apresentaram média de idade

muito semelhante (45,0 e 45,6, respectivamente), o que reduz o viés de diferença no período de criação.

Outro ponto importante a ser reconhecido como limitação do estudo é que o instrumento utilizado para identificação do risco em desenvolver problemas com substâncias (ASSIST) não foi sensível em identificar o uso problemático do tabaco. Isso pode ter relação com o fato de muitos participantes serem fumantes ativos, sem desejo de interromper o consumo e sem identificarem maiores problemas em decorrência do uso. Isso provavelmente está ligado ao fato do tabaco ser uma substância que não altera o comportamento ou a sensorpercepção de quem o consome, não causando tantos problemas relacionais se comparado às demais SPAs.

6. CONCLUSÃO

O número elevado tanto de EIDs como de correlações entre esses esquemas com a percepção mais negativa dos estilos parentais em indivíduos com TUS incita a pensar sobre a possibilidade de se abordar os pacientes através de técnicas terapêuticas que possam transformar, de alguma forma, a sua cognição em padrões esquemáticos mais adaptativos. Uma das estratégias mais utilizadas atualmente é a chamada Terapia de Esquemas que tem sido cada vez mais aplicada na prática clínica. Alguns autores lembram que os EIDs são, na maior parte das vezes, anteriores ao início do consumo de substâncias e, portanto, podem favorecer a interação negativa entre o paciente e o uso problemático de SPAs.

Os EIDs são, em geral, decorrentes da forma como o indivíduo sente e interpreta os padrões continuados de experiências nocivas. São estáveis e tendem a gerar estratégias de enfrentamento desadaptativas, entre elas o consumo problemático de substâncias. Contudo, é válido salientar que o uso de drogas pode tornar esse padrão de crenças ainda menos condizente com a realidade.

Pacientes com problemas crônicos possuem dificuldade até mesmo de colocar em palavras o que sentem, discorrendo muitas vezes sobre um mal-estar vago e difícil de definir. Grande parte dos EIDs têm sua origem na infância, são estáveis, duradouros e desadaptativos em grau significativo e, por esta razão, difíceis de mudar. Apesar dos esquemas lutarem pela sobrevivência mesmo às custas de sofrimento emocional, é fundamental oferecer ao paciente a possibilidade de reconhecê-los, identificando as situações que os ativam e pensando em alternativas de enfrentamento mais adaptativas.

Uma das atribuições do terapeuta do esquema é fazer uma conceitualização minuciosa do caso, avaliando comportamento, cognição e emoções para uma compreensão

mais aprofundada do indivíduo e para o rompimento gradual com o ciclo de sofrimento que, em parte, é causado pelos EIDs. Portanto, torna-se necessário oferecer recursos terapêuticos que possibilitem que o indivíduo identifique gatilhos internos que o levem a um lapso ou uma recaída. A ativação de um EID, por exemplo, pode ocasionar um desconforto emocional importante e, em decorrência disso, a possibilidade do consumo.

A introdução da Terapia de Esquemas no processo de tratamento deve ser acompanhada de uma aliança terapêutica forte tendo em vista que os usuários de SPAs possuem, em geral, comorbidades associadas e um número elevado de EIDs que os tornam mais resistentes à mudança, com baixa adesão ao tratamento e altas taxas de recidiva (ZALESKI et al., 2006).

Sugere-se que estudos futuros considerem uma amostra maior de participantes, em diferentes centros de tratamento para adição, com delineamento longitudinal, selecionando irmãos de mesmo sexo e com pequena diferença de idade. Idealmente se pensaria em realizar este estudo em gêmeos monozigóticos em que um dos indivíduos tenha desenvolvido TUS e o outro não, pois os vieses relacionados a gênero e a hereditariedade seriam minimizados. Também seria interessante aplicar instrumentos de diagnóstico que avaliem transtornos psiquiátricos e de personalidade em todos participantes, uma vez que comorbidades podem afetar o desenvolvimento de TUS e dos EIDs.

7. IMPLICAÇÕES FUTURAS NA MINHA PRÁTICA CLÍNICA

Casos que envolvem TUS em geral são complexos e necessitam de diferentes abordagens para contemplar as causas multifatoriais que favorecem o desenvolvimento e a manutenção do transtorno. O alto índice de comorbidades psiquiátricas e de personalidade faz com que se pense sobre a importância de aprofundar questões psíquicas que influenciam na maneira como o indivíduo capta e responde aos estímulos do meio.

Neste estudo verifiquei ao aplicar os instrumentos e ao fazer o levantamento de dados que os pacientes entrevistados apresentam um nível de sofrimento bem importante. Não à toa o número de EIDs foi significativamente maior na amostra com TUS. Juntamente com o uso de substâncias existe uma maneira mais negativa de codificar os estímulos. Isso pode ser um indicativo de distorções cognitivas que precisam ser tratadas, pois afetam também as relações, em especial, com os familiares mais próximos.

Ao possibilitar que os indivíduos em tratamento identifiquem seus esquemas e aprendam sobre eles, aumenta a chance de encontrarem estratégias mais adaptativas para lidar

com pensamentos, comportamentos e sensações negativas. Além do que, a psicoeducação com as terminologias da teoria de esquema demonstra fazer muito sentido para os indivíduos que são apresentados a elas.

Pretendo introduzir a aplicação do inventário de esquemas nas sessões de psicoterapia individual e treinar estagiários e residentes de psicologia para que também o façam sob supervisão. Juntamente com a avaliação dos EIDs será realizada uma conceitualização cognitiva minuciosa para adentrar na compreensão emocional mais profunda do paciente, oferecendo subsídios para que consiga administrar seus aspectos emocionais.

Nos grupos de pacientes e familiares também aplicarei o inventário e farei psicoeducação com o grupo sobre a teoria, incluindo os 18 EIDs, os modos esquemáticos e as estratégias de enfrentamento disfuncionais. Compartilhar esse conhecimento com os pacientes e com seus familiares os ajudará no autoconhecimento e aumentará a chance de modificarem questões internas que lhes prejudicam. Além disso, possibilitar a todos os participantes do grupo a partilha sobre seus esquemas e suas emoções poderá ajudá-los numa aproximação menos defensiva. O objetivo maior desse processo é reduzir os problemas relacionados ao TUS, desenvolver o adulto saudável de cada um, inclusive dos familiares que também entram num processo de adoecimento, e oferecer condições para que melhorem suas relações.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Renata R; et al. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n.5, p. 437-440, 2019. DOI:10.1590/1516-4446-2018-0054. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v41n5/1516-4446-rbp-1516444620180054.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

ALLOY, Lauren B. et al. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. **Clinical child and family psychology review**, v. 9, n. 1, p. 23-64, 2006. DOI: 10.1007/s10567-006-0002-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-006-0002-4>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

BALL, Samuel A. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. **Journal of personality disorders**, v. 21, n. 3, p. 305-321, 2007. DOI:

10.1521/pedi.2007.21.3.305. Disponível em:

<https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2007.21.3.305>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

BALL, Samuel A. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. **Addictive behaviors**, v. 23, n. 6, p. 883-891, 1998. DOI:

10.1016/S0306-4603(98)00067-7. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460398000677>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

BECK, Aron Temkin. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

BORGES, Guilherme; LOERA, Claudia Rafful. Alcohol and drug use in suicidal behaviour.

Current opinion in psychiatry, v. 23, n. 3, p. 195-204, 2010. DOI:

10.1097/YCO.0b013e3283386322. Disponível em: [https://journals.lww.com/co-](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2010/05000/Alcohol_and_drug_use_in_suicidal_behaviour.3.aspx?casa_token=OT46TpJTlpsAAAAA:n094OC0YRvap1nz8Rm3pQo55iiBhjBIUB5CWL_0GjiKeV-j9uECye2pKknKFUk0cFMiWfu8nPJwBH11e40pzPry9Gc9oxqAF)

[psychiatry/Fulltext/2010/05000/Alcohol_and_drug_use_in_suicidal_behaviour.3.aspx?casa_token=OT46TpJTlpsAAAAA:n094OC0YRvap1nz8Rm3pQo55iiBhjBIUB5CWL_0GjiKeV-j9uECye2pKknKFUk0cFMiWfu8nPJwBH11e40pzPry9Gc9oxqAF](https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2010/05000/Alcohol_and_drug_use_in_suicidal_behaviour.3.aspx?casa_token=OT46TpJTlpsAAAAA:n094OC0YRvap1nz8Rm3pQo55iiBhjBIUB5CWL_0GjiKeV-j9uECye2pKknKFUk0cFMiWfu8nPJwBH11e40pzPry9Gc9oxqAF). Acesso em 18 de outubro de 2019.

BRASIL. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

BRICKER, David C.; YOUNG, Jeffrey E. **A client's guide to schema therapy**. Schema Therapy Institute: New York, 2012.

BROTCHIE, Janet et al. Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: The role of schema-level cognitive processes. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 35, n. 2, p. 231-236, 2007. DOI: 10.1017/S1352465806003511. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive->

psychotherapy/article/emotional-avoidance-among-alcohol-and-opiate-abusers-the-role-of-schemalevel-cognitive-processes/F749B580424F868F9E8E33C524138909saude.pdf. Acesso em 18 de outubro de 2019.

CAZASSA, Milton Jose; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 35, n. 5, p. 187-195, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n5/a03v35n5>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

CECERO, John J.; NELSON, Joshua D.; GILLIE, Jacqueline M. Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire—research version (EMSQ-R). **Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice**, v. 11, n. 5, p. 344-357, 2004. DOI: 10.1002/cpp.401. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/cpp.401?casa_token=JJwy4h4zA8wAAAAA:H3obYBB9DE0w-ITGtAqoAZk7sF4P1jveCa1eFN0Ysz789QZSip7Pq4ipJRUH4m-u83jZcWs7c9KFW20. Acesso em 18 de outubro de 2019.

GERLSMA, C. Parental rearing styles and psychopathology: notes on the validity of questionnaires for recalled parental behavior C. Perris, W. A. Arrindell, M. Eisemann (Eds.), **Parenting and psychopathology**. United Kingdom: Wiley, 1994. p. 75-105.

GOLDSTEIN, Rita Z.; VOLKOW, Nora D. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. **Nature reviews neuroscience**, v. 12, n.11, 652-669, 2011. DOI:10.1038/NRN3119. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462342/>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

HARRIS, Ashley E.; CURTIN, Lisa. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. **Cognitive therapy and research**, v. 26, n. 3, 405-416, 2002. DOI: 10.1023/A:1016085112981. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016085112981>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

HOSSEINIFARD, Seyed Mehdi; KAVIANI, Narjes. Comparing the early maladaptive schemas, attachment and coping styles in opium and stimulant drugs dependent men in

Kerman, Iran. **Addiction & health**, v. 7, n. 1-2, 30-36, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530191/>. Acesso em 19 de outubro de 2019.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

II LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Resultados preliminares. 2012. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

JONES, C.; HARRIS, G.; LEUNG, N. Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. **Eating Behaviors**, v. 6, n. 4, p. 355-364, 2005. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2005.05.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015305000243>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

KELLY, Thomas M.; DALEY, Dennis C. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. **Social work in public health**, v. 28, n. 3-4, p. 388-406, 2013. DOI: 10.1080/19371918.2013.774673. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19371918.2013.774673>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

KOORANEH, Ahmad Esmali; AMIRSARDARI, Leili. Predicting early maladaptive schemas using Baumrind's parenting styles. **Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences**, v. 9, n. 2, p. e952, 2015. DOI: 10.17795/ijpbs952. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539589/>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

LEUNG, Newman; THOMAS, Glyn; WALLER, Glenn. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 39, n. 2, p. 205-213, 2000. DOI: 10.1348/014466500163220. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/014466500163220>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

MOROJELE, Neo K.; SABAN, Amina; SEEDAT, Soraya. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. 181-186, 2012. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328351a429. Disponível em: https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2012/05000/Clinical_presentations_and_diagnostic_issues_in.4.aspx. Acesso em 18 de outubro de 2019.

MC DONNELL, Emma et al. Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. **Substance use & misuse**, v. 53, n. 14, p. 2320-2329, 2018. DOI: 10.1080/10826084.2018.1473438. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29889648>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

MESSMAN-MOORE, Terri L.; COATES, Aubrey A. The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. **Journal of Emotional Abuse**, v. 7, n. 2, p. 75-92, 2007. DOI: 10.1300/J135v07n02_05. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/j135v07n02_05. Acesso em 18 de outubro de 2019.

MEYER, Caroline; GILLINGS, Kirsty. Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. **International Journal of Eating Disorders**, v. 35, n. 2, p. 229-233, 2004. DOI: 10.1002/eat.10236. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.10236?casa_token=hZK4rYoiJz8AAAAA:gUfwTNQHilc7MHNgJlu5-q-CxV1F2avf2c32Lzl19UsHXsh1t0yx3DfD6eMqwWr_mVSlgO3qqdKhOhw. Acesso em 19 de outubro de 2019.

MILON, T. **Disorders of Personality**. New York: Wiley, 1981.

MUESER, Kim T.; GINGERICH, Susan. Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. **Social Work in Public Health**, v. 28, n. 3-4, p. 424-439, 2013. DOI: 10.1080/19371918.2013.774676. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19371918.2013.774676>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

MURIS, Peter. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. **Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice**, v. 13, n. 6, p. 405-413, 2006. DOI: 10.1002/cpp.506. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.506>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

MUSSEN, Paul Henry. **Child development and personality**. 4.ed. London: Harper & Row, 2001.

NIA, Maryam Khajouei; SOVANI, Anuradha; FOROOSHANI, Gholam Reza Sarami. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and India-role of early maladaptive schemas as mediators and moderatos. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 16, n. 12, p. e17492, 2014. DOI: 10.5812/ircmj.17492. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4341346/>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NIDA. **Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses**. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses> 2018. Acesso em 18 de outubro de 2019.

PARKER, Gordon. The parental bonding instrument: Psychometric properties reviewed. **Psychiatric developments**, v. 7, n. 4, p. 317-335, 1989. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/2487899>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

PINHEIRO, R. T. et al. Dependência de cocaína e disfunção familiar: um estudo de caso-controle no sul do Brasil. **Uso e Uso Indevido de Substâncias**, v. 41, n. 3, 307–316, 2006.

POOROLAJAL, Jalal et al. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. **Journal of Public Health**, v. 38, n. 3, p. e282-e291, 2016. DOI: 10.1093/pubmed/fdv148. Disponível em:

<https://academic.oup.com/jpubhealth/article/38/3/e282/2239845>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

PORTAL ABERTA. **Portal de formação à distância: sujeitos, contextos e drogas**. 2018. Disponível em: <http://aberta.senad.gov.br>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

RIJO, D.; PINTO GOUVEIA, J. A new instrument for the assessment of early maladaptive schemas. **Poster presented to the Society for Psychotherapy Research 30th Annual Meeting**, Braga, 1999.

ROGLIO, Vinícius S.; KESSLER, Felix H. P. Drugs and suicidal behavior: a call for positive, broad and preventive interventions. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 5, p. 373-374, 2019. DOI: 10.1590/1516-4446-2019-0633. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v41n5/1516-4446-rbp-41-05-00373.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

ROPER, Louise et al. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive therapy and research*, v. 34, n. 3, p. 207-215, 2010. DOI: 10.1007/s10608-009-9252-z. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10608-009-9252-z.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

ROSS, Stephen; PESELOW, Eric. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clinical neuropharmacology*, v. 35, n. 5, p. 235-243, 2012. DOI: 10.1097/WNF.0b013e318261e193. Disponível em: https://journals.lww.com/clinicalneuropharm/Fulltext/2012/09000/Co_Occurring_Psychotic_and_Addictive_Disorders__.7.aspx. Acesso em 18 de outubro de 2019.

SHAH, Rajshree; WALLER, Glenn. Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 188, n. 1, p. 19-25, 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2000/01000/Neuroleptic_Dysphoria_May_be_the_Missing_Link.4.aspx. Acesso em 18 de outubro de 2019.

SHEFFIELD, Alex et al. Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v. 29, n. 6, p. 787-802, 2005. DOI: 10.1007/s10608-005-4291-6. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10608-005-4291-6.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

SHOREY, Ryan C.; STUART, Gregory L.; ANDERSON, Scott. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. **Journal of substance abuse treatment**, v. 44, n. 5, p. 522-527, 2013. DOI: 10.1007/s10608-005-4291-6. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10608-005-4291-6.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

THIMM, Jens C. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 52-59, 2010. DOI: 10.1016/j.jbtep.2009.10.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791609000597>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

TORRENS, Marta et al. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system?. **Substance Use & Misuse**, v. 47, n. 8-9, p. 1005-1014, 2012. DOI: 10.3109/10826084.2012.663296. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2012.663296>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

TURNER, Hannah M.; ROSE, Kathryn S.; COOPER, Myra J. Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. **Eating Behaviors**, v. 6, n. 2, p. 113-118, 2005a. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2004.08.010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015304000637>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

TURNER, H. M.; ROSE, K. S.; COOPER, M. J. Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. **International Journal of Obesity**, v. 29, n. 4, p. 381-

387, 2005b. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/0802915>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. 2017. Executive summary conclusions and policy implications. Disponível em: unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf. Acesso em 19 de outubro de 2019.

VAN VREESWIJK, M. F. et al. Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2014. DOI: 10.1002/cpp.1813. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpp.1813>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. et al. **Addiction Severity Index-Lite Version (ASI-Lite)**. 2018. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/addictionseverity/en/. Acesso em 18 de outubro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Preventing suicide: a global imperative**. 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em 18 de outubro de 2019.

WILCOX, Holly C.; CONNER, Kenneth R.; CAINE, Eric D. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. **Drug and alcohol dependence**, v. 76, p. S11-S19, 2004. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871604002108>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

YOUNG, Jeffrey E. **Cognitive therapy for personality disorders**. Starosta: Professional Resources Press, 1990.

YOUNG, Jeffrey E. **Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach**. Sarasota: Professional Resource Exchange, 1994.

YOUNG, Jeffrey E. et al. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, Jeffrey E. **Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada no esquema**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ZALESKI, Marcos et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006000200013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013. Acesso em 18 de outubro de 2019.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: ESQUEMAS DESADAPTATIVOS E PERCEPÇÃO DE ESTILO PARENTAL EM USUÁRIOS E IRMÃOS NÃO USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar esquemas iniciais desadaptativos e percepção de estilo parental entre usuários com Transtorno Relacionado ao Uso de Substâncias e irmãos/irmãs que não apresentem esse diagnóstico. As entrevistas ocorrerão nas dependências da internação ou do ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do referido hospital.

Caso você aceite participar desta pesquisa, você será entrevistado por psicólogos ou estagiários de psicologia durante o período de tratamento, em aproximadamente dois encontros por um período de 90 minutos cada. Serão avaliadas questões referentes a sua personalidade, à forma como você pensa, sente e age em determinadas situações. Além disso, também será questionada a sua percepção quanto ao estilo parental; na ausência da figura de pai e /ou de mãe, você poderá avaliar a pessoa que exerceu estas funções em sua vida.

Os possíveis riscos decorrentes da sua participação na pesquisa podem se relacionar a um desconforto emocional ou físico devido a lembranças negativas evocadas do passado ou de situações do cotidiano que geram desconforto emocional. Em qualquer destas situações, uma equipe multiprofissional estará disponível para prestar atendimento se houver essa necessidade.

Os possíveis benefícios decorrentes de sua participação são de contribuir para identificar se há predominância de determinados esquemas iniciais desadaptativos e de representações de pai e mãe em usuários com Transtorno Relacionado ao Uso de Substâncias. Ampliando esse conhecimento, será possível investir em abordagens terapêuticas específicas para o desenvolvimento de tratamentos mais personalizados e eficazes aos usuários de substâncias, auxiliando na adesão ao tratamento e na prevenção de recaídas.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar ou desistir de participar ao longo do processo, não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa ou ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber da instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Felix Kessler (51) 3359-6513, com a pesquisadora Ana Lúcia Golin pelos telefones (51) 3359-6482 ou (51) 3359-6483 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640.

Esse termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome da pesquisadora que aplicou este termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A - Questionário de Esquemas de Young — YSQ – S3

Jeffrey Young, Ph.D. (Tradução e Adaptação de J. Pinto Gouveia, D. Rijo e M.C. Salvador, 2005, revista) CINEICC - Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental; Universidade de Coimbra

Nome _____ Idade _____ Data _____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____ Profissão _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas a seguir algumas afirmações que podemos utilizar quando queremos nos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela se aplica a você, ao longo do último ano. Quando tiver dúvidas, responda baseando-se no que sente emocionalmente e não no que pensa ser verdade. Algumas das afirmações referem-se à sua relação com os seus pais ou companheiro(a). Se alguma destas pessoas faleceu, por favor responda a estas questões com base na relação que tinha anteriormente com elas. Se, atualmente, não tem um(a) companheiro(a) mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor, responda com base no seu relacionamento amoroso significativo mais recente. Para responder até que ponto a afirmação o(a) descreve, utilize a escala de resposta abaixo indicada, escolhendo, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso. Escreva o número da resposta no respectivo espaço em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo

2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo

3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo

4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo

5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo

6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

1. ____ Não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece.

2. ____ Costumo apegar-me demasiadamente às pessoas que me são mais próximas porque tenho medo que elas me abandonem.

3. ____ Sinto que as pessoas vão se aproveitar de mim.
4. ____ Sou um(a) desajustado(a).
5. ____ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
6. ____ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como o que os outros são capazes de fazer.
7. ____ Não me sinto capaz de me virar sozinho(a) no dia-a-dia.
8. ____ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer.
9. ____ Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, tal como fazem as outras pessoas da minha idade.
10. ____ Sinto que, se fizer o que quero, só vou arranjar problemas.
11. ____ Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais chegadas.
12. ____ Sou demasiado controlado(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (por ex., afeto, mostrar que me preocupo).
13. ____ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
14. ____ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" por resposta quando quero alguma coisa dos outros.
15. ____ Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou entediantes.
16. ____ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes faz-me sentir uma pessoa com valor.
17. ____ Mesmo quando as coisas parecem estar a correr bem, sinto que isso é apenas temporário.
18. ____ Se cometer um erro, mereço ser castigado.
19. ____ Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afeto.
20. ____ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o fato de os poder perder.
21. ____ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, caso contrário eles me magoarão intencionalmente.
22. ____ Sou fundamentalmente diferente dos outros.
23. ____ Ninguém que me agrade gostaria de ficar comigo depois de me conhecer tal como eu sou na realidade.
24. ____ Sou um(a) incompetente quando se trata de atingir objetivos ou cumprir uma tarefa no trabalho (ou na escola).

25. ____ Considero-me uma pessoa dependente relativamente ao que tenho que fazer no dia-a-dia.
26. ____ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.
27. ____ Eu e os meus pais temos tendência a envolvermo-nos demasiado na vida e nos problemas uns dos outros.
28. ____ Sinto que não tenho outro remédio senão ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles irão retaliar, zangar-se ou rejeitar-me de alguma maneira.
29. ____ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.
30. ____ Considero embaraçoso exprimir os meus sentimentos aos outros.
31. ____ Esforço-me por fazer o melhor; não me contento com ser suficientemente bom.
32. ____ Sou especial e não devia ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.
33. ____ Se não consigo atingir um objetivo, fico facilmente frustrado(a) e desisto.
34. ____ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim se for algo em que os outros reparem.
35. ____ Se algo de bom acontecer, preocupa-me que esteja para acontecer algo de mau a seguir.
36. ____ Se não me esforçar ao máximo, é de esperar que as coisas corram mal.
37. ____ Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
38. ____ Preocupa-me que as pessoas a que estou ligado(a) me deixem ou me abandonem.
39. ____ Mais tarde ou mais cedo, acabarei por ser traído(a) por alguém.
40. ____ Sinto que não pertença a grupo nenhum; sou um solitário.
41. ____ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
42. ____ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho (ou à escola).
43. ____ Tenho falta de bom senso.
44. ____ Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.
45. ____ É muito difícil, para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.
46. ____ Nas minhas relações com os outros deixo que eles me dominem.
47. ____ Estou tão ocupado(a) a fazer coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.
48. ____ Para mim é difícil ser caloroso(a) e espontâneo(a) com os outros.

49. ____ Devo de estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções.
50. ____ Detesto ser reprimido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero.
51. ____ Tenho muita dificuldade em abdicar de uma recompensa ou prazer imediato, a favor de um objetivo a longo prazo.
52. ____ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
53. ____ Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.
54. ____ Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as consequências.
55. ____ Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
56. ____ Quando sinto que alguém de quem eu gosto está a se afastar de mim, sinto-me desesperado.
57. ____ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
58. ____ Sinto-me afastado(a) ou desligado dos outros.
59. ____ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.
60. ____ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.
61. ____ Não se pode confiar no meu julgamento em situações do dia-a-dia.
62. ____ Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
63. ____ Sinto frequentemente que é como se os meus pais vivessem através de mim — não tenho uma vida própria.
64. ____ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim; por isso, não sei realmente aquilo que quero para mim.
65. ____ Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.
66. ____ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um coração de pedra.
67. ____ Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objetivos.
68. ____ Sinto que não devia ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.
69. ____ Não me consigo obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.
70. ____ Quando faço uma intervenção numa reunião ou quando sou apresentado a alguém num grupo, é importante para mim obter reconhecimento e admiração.
71. ____ Por muito que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.

72. ____ Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, há que pagar as consequências.
73. ____ Não tenho tido uma pessoa forte ou sensata para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho a certeza da atitude que devo tomar.
74. ____ Por vezes, a preocupação que tenho com o fato de as pessoas poderem me deixar é tão grande, que acabo por as afastar.
75. ____ Estou habitualmente à procura de segundas intenções ou do verdadeiro motivo por trás do comportamento dos outros.
76. ____ Em grupo, sinto sempre que estou de fora.
77. ____ Sou demasiado inaceitável para poder mostrar tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.
78. ____ No que diz respeito ao trabalho (ou à escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.
79. ____ Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.
80. ____ Preocupa-me poder desenvolver uma doença grave, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave pelo médico.
81. ____ Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a).
82. ____ Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
83. ____ As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o suficiente por mim.
84. ____ As pessoas acham que tenho dificuldade em exprimir o que sinto.
85. ____ Não posso descuidar as minhas obrigações de forma leviana, nem desculpar-me pelos meus erros.
86. ____ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
87. ____ Raramente tenho sido capaz de levar as minhas decisões até ao fim.
88. ____ Receber muitos elogios dos outros faz-me sentir uma pessoa que tem valor.
89. ____ Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.
90. ____ Sou uma pessoa má que merece ser castigada.

ANEXO B - Questionário de Estilos Parentais

Desenvolvido por Jeffrey Young (Traduzido e adaptado por M. C. Salvador, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 1996, 2003) CINEICC - Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental; Universidade de Coimbra

Nome _____ Data _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas a seguir algumas afirmações que podem utilizar para descrever os seus pais. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela os descreve. Escolha, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor descreve a sua mãe e o seu pai, quando você era criança, colocando o respectivo número no espaço em branco. Caso um dos seus pais tenha sido substituído por outra pessoa, responda tendo em conta essa pessoa. Se não teve pai ou mãe, deixe a coluna correspondente em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso / Não tem absolutamente nada a ver com o que acontecia comigo
 2 = Falso na maioria das vezes / Não tem quase nada a ver com o que acontecia comigo
 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso / Tem ligeiramente a ver com o que acontecia comigo
 4 = Moderadamente verdadeiro / Tem moderadamente a ver com o que acontecia comigo
 5 = Verdadeiro a maioria das vezes / Tem muito a ver com o que acontecia comigo
 6 = Descreve-a (o) perfeitamente / Tem tudo a ver com o que acontecia comigo

MÃE PAI DESCRIÇÃO

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. Gostava de mim e tratava-me como uma pessoa especial. |
| _____ | _____ | 2. Prestava-me atenção, passando bastante tempo comigo. |
| _____ | _____ | 3. Dava-me conselhos e orientações úteis. |
| _____ | _____ | 4. Ouvia-me, compreendia-me e partilhava sentimentos comigo. |
| _____ | _____ | 5. Era calorosa(o) e fisicamente afetuosa(o). *pe |
| _____ | _____ | 6. Morreu ou abandonou a casa permanentemente quando eu era criança. |
| _____ | _____ | 7. Tinha mau humor, era imprevisível ou era alcoólica(o). |
| _____ | _____ | 8. Preferia os meus irmãos a mim. |
| _____ | _____ | 9. Isolava-se ou deixava-me sozinho(a) por longos períodos de tempo *ab |
| _____ | _____ | 10. Mentia-me, enganava-me ou traía-me. |
| _____ | _____ | 11. Abusava física, emocional ou sexualmente de mim. |
| _____ | _____ | 12. Usava-me para satisfazer as suas necessidades emocionais. |
| _____ | _____ | 13. Parecia ter prazer em magoar os outros. *da |
| _____ | _____ | 14. Preocupava-se excessivamente com o fato de eu me poder magoar. |

- _____ 15. Preocupava-se excessivamente com o fato de eu poder ficar doente.
- _____ 16. Era uma pessoa medrosa ou fóbica.
- _____ 17. Superprotegia-me. *vu
- _____ 18. Fazia-me sentir que eu não podia confiar nas minhas decisões nem opiniões.
- _____ 19. Fazia as coisas por mim em vez de me deixar tentar fazê-las sozinho(a).
- _____ 20. Tratava-me como se eu fosse mais novo(a) do que realmente era. *di
- _____ 21. Criticava-me bastante.
- _____ 22. Não me fazia sentir amado(a) ou fazia-me sentir rejeitado(a).
- _____ 23. Tratava-me como se houvesse algo de errado comigo.
- _____ 24. Fazia-me ter vergonha de mim próprio(a) em aspectos importantes. *dv
- _____ 25. Nunca me ensinou a ter a disciplina suficiente para ser bem sucedido(a) na escola.
- _____ 26. Tratava-me como se eu fosse estúpido(a) ou não tivesse jeito para nada.
- _____ 27. No fundo, não queria que eu fosse bem sucedido(a).
- _____ 28. Esperava que eu fosse um fracasso na vida. *fr
- _____ 29. Tratava-me como se as minhas opiniões ou desejos não contassem.
- _____ 30. Fazia o que queria, independentemente das minhas necessidades.
- _____ 31. Controlava tanto a minha vida que eu tinha pouca liberdade de escolha.
- _____ 32. Tudo tinha que ser como ela(e) queria. *sb
- _____ 33. Sacrificava as suas necessidades para o bem da família.
- _____ 34. Era incapaz de lidar com a maior parte das responsabilidades diárias, de maneira que eu tinha que fazer mais que a minha parte.
- _____ 35. Era bastante infeliz e apoiava-se em mim para a(o) confortar e compreender.
- _____ 36. Fazia-me sentir que eu era forte e que devia cuidar dos outros. *as
- _____ 37. Tinha expectativas muito elevadas em relação a si própria(o).
- _____ 38. Esperava que eu fizesse sempre o meu melhor.
- _____ 39. Era perfeccionista em muitas áreas; as coisas tinham que ser daquela maneira e não doutra.
- _____ 40. Fazia-me sentir que quase nada do que eu fazia era suficientemente bom.
- _____ 41. Tinha regras rígidas e estritas acerca do que era correto e do que era errado.

- _____ 42. Ficava impaciente se as coisas não fossem feitas da forma adequada ou suficientemente rápida.
- _____ 43. Dava mais importância ao fazer as coisas bem do que ao divertir-se ou relaxar. *pr
- _____ 44. Estragou-me com mimos ou era demasiado indulgente em muitos aspectos.
- _____ 45. Fazia-me sentir que eu era especial, melhor que a maioria das outras pessoas.
- _____ 46. Era exigente; esperava que as coisas corressem à sua maneira.
- _____ 47. Não me ensinou que eu tinha responsabilidades para com os outros. *gr
- _____ 48. Forneceu-me muito pouca disciplina ou limites.
- _____ 49. Estabeleceu-me poucas regras ou responsabilidades.
- _____ 50. Permitia-me ficar muito zangado(a) ou perder o controle.
- _____ 51. Era uma pessoa indisciplinada. *ai
- _____ 52. Éramos tão chegados que nos compreendíamos um ao outro de uma maneira quase perfeita.
- _____ 53. Eu sentia que não tinha individualidade suficiente, não me sentindo eu próprio separado dela(e).
- _____ 54. Ao longo do meu crescimento, tinha a sensação que não tinha o meu próprio sentido de orientação de tal forma estava ligado a ela(e).
- _____ 55. Eu sentia que nos magoávamos um ao outro se algum de nós se afastasse do outro. *ei
- _____ 56. Preocupava-se muito com os problemas financeiros da família.
- _____ 57. Fazia-me sentir que se eu cometesse um erro, mesmo que pequeno, algo de mal poderia acontecer.
- _____ 58. Tinha uma perspectiva pessimista; esperava frequentemente o pior resultado.
- _____ 59. Focava-se nos aspectos negativos da vida ou nas coisas que estavam a correr mal. *n/ve
- _____ 60. Tinha que ter tudo sob controle.
- _____ 61. Sentia-se desconfortável ao exprimir afeto ou vulnerabilidade.
- _____ 62. Era estruturada(o) e organizada(o); preferia o que era habitual à mudança.
- _____ 63. Raramente expressava raiva.
- _____ 64. Era reservada(o); raramente discutia os seus sentimentos. *ie

- _____ 65. Zangar-se-ia ou seria bastante crítica(o) se eu fizesse algo errado.
- _____ 66. Punir-me-ia se eu fizesse algo errado.
- _____ 67. Chamar-me-ia de nomes (como por exemplo "estúpido" ou "idiota") se eu cometesse algum erro.
- _____ 68. Culpava as pessoas quando as coisas corriam mal. *pu
- _____ 69. Preocupava-se com as aparências e o estatuto social.
- _____ 70. Dava muita importância ao sucesso e à competição.
- _____ 71. Preocupava-se com o que os outros pensariam dela(e) por causa do meu comportamento.
- _____ 72. Parecia dar-me mais atenção quando eu me sobressaía. *par

COPYRIGHT 1994 Jeffrey Young, Ph. D. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 120 East 56th St., Ste. 530, New York, NY 10022

Legenda das siglas dos Esquemas Iniciais Desadaptativos do Questionário de Estilos Parentais: *pe = Privação Emocional (nesses ítems os resultados mais baixos são mais significativos) *ab = Abandono *da = Desconfiança/Abuso *vu = Vulnerabilidade *di = Dependência/Incompetência *dv = Defectividade/Vergonha *fr = Fracasso *sb = Subjugação *pr = Padrões Inflexíveis *gr = Grandiosidade/Arrigo *ai = Autodisciplina e Autocontrole Insuficientes *ei = Emaranhamento *n/ve = Negativismo *ie = Inibição Emocional *pu = Postura Punitiva *par = Busca de Aprovação

Observação importante: Os ítems referentes ao Esquema de Privação Emocional são os únicos que os escores mais baixos devem ser considerados como mais significativos.

ANEXO C – Escala de Gravidade de Dependência

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index (ASI)

Versão 6 Light

Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou não entendeu a questão
 N – não se aplica
 Q – não quis responder
 B – o entrevistador deixou em branco incorretamente

ID:

J F M A M J J A S O N D

Informações Gerais – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – *saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc.* Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (*explique*) e será utilizada para (*explique*). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos?

- G1. Nome do Paciente: _____
 G2. Código do paciente:
 G3. Nome do Entrevistador: _____
 G4. Código do Entrevistador:
 G5. Data da Entrevista: / /
 G6. Hora de Início:
 G7. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):
 G8. Data de Nascimento: / /
 (Idade: _____)

Médico- As questões a seguir são sobre sua saúde física.

Alguma vez algum **médico ou um profissional de saúde** lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

- 1-Sim 0-Não
- M1. Diabetes
 M2. Cirrose ou outra doença crônica do fígado
 M3. Doença renal crônica
 M4. Outro problema ou doença crônica
 ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo...
 -se "Sim" especifique: _____
- M5. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos?
 -se "Sim," especifique: _____
- M6. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade?
 -exclua incapacidade psiquiátrica 1-Sim, 0-Não

ASI6 Light

Drugas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Uso de Álcool

- D1. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
- exclua períodos sem álcool 00 → D3
- D2. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana?
- D3. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 - Sem uso (→ D6) 3 - 3-6 vezes por semana
1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
2 - 1-2 vezes por semana
- D4. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?
- D5. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/ homens, 4 p/ mulheres) drinques em um dia?

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D6. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1-Sim, 0-Não
- D7. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1-Sim, 0-Não
- D8. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;
ou
teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões;
ou
teve problema com a lei? 1-Sim, 0-Não
- D9. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1-Sim, 0-Não
- D10. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

¹ Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

D11. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?

- 0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

D12. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?

- 0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

Comentários:

ASI6 Light

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

- D22. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?
- D23. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
 0 - Sem uso (→ D26) 3 - 3-6 vezes por semana
 1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
 2 - 1-2 vezes por semana
- D24. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 0 → D26
- D25. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? RS
 -exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

- Nos últimos 30 dias:*
- D26. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? 1-Sim, 0-Não
- D27. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? 1-Sim, 0-Não
- D28. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? 1-Sim, 0-Não
- D29. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? 1-Sim, 0-Não
- D30. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? 00 → D48
- D31. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
 0 - Nada 3 - Extremamente
 1 - Levemente 2 - Consideravelmente
- D32. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
 0 - Nada 3 - Extremamente
 1 - Levemente 2 - Consideravelmente
- D33. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
 0 - Nada 3 - Extremamente
 1 - Levemente 2 - Consideravelmente

Riscos para a Saúde

- D34. Alguma vez você se injetou drogas? 1-Sim, 0-Não
 [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV]

Comentários:

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? 1-Sim, 0-Não

(L2 – L3) Desde os 18 anos:

- A. Quantas vezes no total?
 B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?
- | | A. Total | B. 6 Meses |
|---|----------------------|----------------------|
| L2. Foi preso ou detido por porte de drogas? - ou equipamentos de droga (parafernália) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L3. Foi preso ou detido pela venda ou produção de drogas? -vender inclui traficar/ distribuir | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas?

- L4. Investigado em inquérito policial..... 1-Sim, 0-Não
- L5. Aguardando julgamento ou sentença.....
- L6. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 - Nada 3 - Extremamente
 1 - Levemente 2 - Consideravelmente

(L7 – L11) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você _____?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A, e passe para o próximo item]

- A. número de dias, últimos 6 meses
 B. número de dias, últimos 30 dias
- | | A. Últ. 6 Meses | B. 30 Dias |
|--|----------------------|----------------------|
| L7. vendeu ou fabricou drogas? - trafico ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L8. roubou alguém? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9. furtou alguma coisa, vendeu objetos roubados, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9a. roubou em loja | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9b. cometeu vandalismo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ASI6 Light

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., "Sim" pergunte: "Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?" e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P1 – P8): A. Na sua vida
B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias

Você (já):

- | | A. | B. |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | Na vida | 30 Dias |
| P1. teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo?
<small>* dormir por toda a noite</small> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P2. sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P3. sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P4. teve alucinações?
<small>-viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P5. teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P6. (desde os 18 anos) teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P7. teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P8. tentou o suicídio (se matar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(P9 – P11) Nos últimos 30 dias:

-exclua P1 (problemas com o sono) para P9 – P12

- P9. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? Dias
- P10. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos? Dias
- P11. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

P12. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?

- 0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

G9. Hora de Término: :

Comentários:

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1-Ruim, 2-Satisfatória, 3-Boa

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

ASI6 Light

Lista de Álcool e Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, grapa, licor, martini, rum, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha - cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos- Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoina, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos- diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clonazepam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbital, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, bianca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas - crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pilula do vento” ou “pilula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcán), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pilulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

ASI6 Light

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. Chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. Corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, montadores de equipamentos eletrônicos, açougueiro, padeiro, calibrador, operadores de sistema hidráulicos).
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. Motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e guias, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. Serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

ANEXO D – ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

1. Na sua vida qual(is) destas substâncias você já usou?

(somente uso não prescrito pelo médico)

a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. estimulantes, como anfetaminas	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opiáceos/opioides	Não	Sim
j. outras (especificar)	Não	Sim

- Se "NÃO" em todos os itens, investigue:
"Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

(primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar)	0	2	3	4	6

Questões 3, 4 e 5

As questões 3, 4 (Quadro 4 e 5) e 5 (Quadro 6) devem ser respondidas para cada substância mencionada na questão 2 como tendo sido utilizada nos últimos 3 meses.

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?
(primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar)	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar)	0	2	3	4	6

Quadros 4 e 5: Questões 3 e 4 do instrumento de triagem ASSIST. Fonte: NUTE-UFSC (2016).

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. estimulantes, como anfetaminas	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos/opioides	0	2	3	4	6
j. outras (especificar)	0	2	3	4	6

6. Há amigo, parente ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. estimulantes, como anfetaminas	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos/opioides	0	6	3
j. outras (especificar)	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) **e não conseguiu?**

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. estimulantes, como anfetaminas	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos/opioides	0	6	3
j. outras (especificar)	0	6	3

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção?

(somente uso não prescrito pelo médico)

NÃO, nunca

SIM, nos últimos 3 meses

SIM, mas não nos últimos 3 meses

ASSIST			
PONTUAÇÃO ÁLCOOL		PONTUAÇÃO OUTRAS SUBSTÂNCIAS	
0 – 10	Baixo Risco	0 – 3	Baixo Risco
11 – 26	Risco Moderado	4 – 26	Risco Moderado
27 ou mais	Alto Risco	27 ou mais	Alto Risco

ASSIST – TEEN			
PONTUAÇÃO ÁLCOOL		PONTUAÇÃO OUTRAS SUBSTÂNCIAS	
0 – 5	Baixo Risco	0 – 3	Baixo Risco
6 – 26	Risco Moderado	4 – 26	Risco Moderado
27 ou mais	Alto Risco	27 ou mais	Alto Risco