



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DE SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

TESE DE DOUTORADO

Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos

Sibele Faller

Orientador: Prof. Dr. Flávio Pechansky

Co-orientador: Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler

Porto Alegre, 2015

SIBELE FALLER

Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psiquiatria à Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Flávio Pechansky
Co-orientador: Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler

Porto Alegre, 2015

CIP - Catalogação na Publicação

Faller, Sibebe

Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos / Sibebe Faller. -- 2015. 172 f.

Orientador: Flavio Pechansky.

Coorientador: Felix Henrique Paim Kessler.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. substâncias psicoativas. 2. qualidade de vida. 3. trauma. 4. violência. 5. comorbidades psiquiátricas. I. Pechansky, Flavio, orient. II. Paim Kessler, Felix Henrique, coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

SIBELE FALLER

Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos

Tese, requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psiquiatria, apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria

Porto Alegre, 2015

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a Tese: "Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos", elaborada por Sibeles Faller, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psiquiatria.
Comissão examinadora:

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen (PPG Psicologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: PUCRS)

Prof^a. Dr^a. Carla Dalbosco (Centro Colaborador em Álcool e Outras Drogas – Docente permanente do Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: UFRGS)

Prof. Dr. Christian Costa Kieling (Suplente – Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: UFRGS)

Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (Relator – PPG Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: UFRGS)

Prof. Dr. Flávio Pechansky (Orientador – PPG Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: UFRGS)

Prof. Dr. Felix Henrique Paim Kessler (Co-orientador – Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: UFRGS)

As drogas me deram asas para voar, depois me tiraram o céu...

John Lennon

Aos pacientes da rede de tratamento para transtornos relacionados ao uso de drogas, motivos pelos quais os estudos foram realizados.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Flávio, estímulo intelectual, exemplo para tudo, pelos valiosos ensinamentos e por me orientar de verdade.

Ao meu co-orientador Felix, por ser meu guia em muitas horas e por passar tranquilidade nos momentos difíceis dessa longa trajetória.

À Lísia – cérebro privilegiado – pelas ideias que agregaram muito ao meu trabalho.

Aos demais colegas do CPAD pela ajuda e alegria.

Ao relator, Prof. Dr. Marcelo Fleck e aos professores da banca examinadora – Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, Profa. Dra. Carla Dalbosco e Prof. Dr. Christian Costa Kieling – que aceitaram avaliar a tese.

Às instituições SENAD e HCPA, pelo apoio financeiro e logístico.

Aos pacientes, pela disposição em participar (espero que se recuperem!).

À Ana e ao Felipe, pela grande paciência e coleguismo.

Aos meus amigos, a família que eu escolhi, pela diversão e pelo suporte.

À minha família – vó, tios, primos – sempre unida e presente.

Aos meus irmãos Leo e Lila, pelo companherismo incondicional.

Aos meus pais Nina e Paulo que me apoiaram com tanto amor, sempre.

End of passion play, crumbling away
I'm your source of self-destruction
Veins that pump with fear, sucking darkest clear
Leading on your deaths' construction

Taste me you will see
More is all you need
Dedicated to
How I'm killing you

Come crawling faster
Obey your master
Your life burns faster
Obey your master
Master

Needlework the way, never you betray
Life of death becoming clearer
Pain monopoly, ritual misery
Chop your breakfast on a mirror

Hell is worth all that, natural habitat
Just a rhyme without a reason
Never ending maze, drift on numbered days
Now your life is out of season

I will occupy
I will help you die
I will run through you
Now I rule you too

Master of Puppets – Metallica

LISTA DE ACRÔNIMOS

- AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome
- ASI:** Addiction Severity Index
- ASSIST:** Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
- CAPSad:** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CCQ-B:** Cocaine Craving Questionnaire Brief
- CEBRID:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- CEPAD:** Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas
- CETAD:** Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
- CPAD:** Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
- DSM-IV:** Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição
- EAS:** Escala de Ajustamento Social
- EGD:** Escores de Gravidade de Dependência do Crack
- EUA:** Estados Unidos da América
- FES:** Family Environment Scale
- FRJ:** Universidade Federal do Rio de Janeiro
- HCPA:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- HIV:** Human Immunodeficiency Virus
- INPAD:** Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
- LENAD:** Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
- MINI:** Mini International Neuropsychiatric Interview
- MEE:** Modelo de Equações Estruturais
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PCC:** Perfil do Consumo de Crack
- PRODEQUI:** Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas
- PROJAD:** Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas
- PROMUD:** Programa de Atenção à Mulher Dependente Química
- RJ:** Rio de Janeiro

RR: Risco Relativo

RS: Rio Grande do Sul

SEM: Structural Equation Modeling

SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPAs: Substâncias Psicoativas

SP: São Paulo

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS-R: Escores Sumários de Funcionamento Recente (últimos 30 dias) do ASI-6

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UDED: Unidade de Dependência de Drogas

UFBA: Universidade Federal da Bahia

UFES: Universidade Federal do Espírito Santo

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNB: Universidade de Brasília

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

USA: United States of América

USP: Universidade de São Paulo

WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Instrument

WHOQOL-BREF: Versão reduzida do instrumento WHOQOL

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Artigo 1

Table 1. Sample characteristics of substance abusers who sought treatment (n=740)	54
Table 2: Use of alcohol and other drugs at the five research centers assessed	55
Table 3: Characteristics of alcohol use at the five research centers assessed	56
Table 4: Summary scores of the Addiction Severity Index (SS-Rs, ASI-6) obtained at the five research centers involved	57
Table 5: Drugs motivating treatment seeking at the different centers assessed	58

Artigo 2

Table 1: Sample characteristics of the 174 alcohol misusers	76
Table 2: Regression analysis for quality of life domains regarding demographics and ASI-6 summary scores of 174 alcohol misusers	77

Artigo 3

Table 1 Sociodemographic characteristics of in- and outpatient crack users with and without violent behavior (n=540)	102
Table 2 Comparison of the prevalence of psychiatric disorders among in- and outpatient crack users with and without violent behavior (n=540)	103
Table 3 Comparison of the median age of first use of substances, years of crack use, age of first treatment and severity of crack use among in- and outpatient crack users with and without violent behavior (n=540)	104
Table 4 Comparison of the prevalence of traumatic situations among in- and outpatient crack users with and without violent behavior (n=540)	105
Figure 1 Structural equation model showing the relations between the severity of crack use, trauma, violence, conduct disorder and other psychiatric disorders	106

SUMÁRIO

RESUMO	13
ABSTRACT	15
PREFÁCIO.....	17
INTRODUÇÃO	20
SPAs ao longo da história	20
Epidemiologia do uso de SPAs no Brasil.....	22
REVISÃO DE LITERATURA.....	24
O usuário de SPAs	24
Álcool.....	26
Crack.....	28
JUSTIFICATIVA.....	33
OBJETIVOS	35
Objetivos gerais.....	35
Objetivos específicos	35
MÉTODOS	36
Estudo 1	36
Estudo 2.....	39
Considerações Éticas	42
RESULTADOS.....	44
Artigo 1	45
Artigo 2	70
Artigo 3	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
PERSPECTIVAS.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	119

RESUMO

Objetivos: Essa tese apresentou dados de dois estudos pioneiros no país, considerando a avaliação de usuários de SPAs em tratamento e a associação entre marcadores de gravidade em usuários de crack. **Método:** Os dados são oriundos de dois estudos multicêntricos. Estudo 1: delineamento transversal. Foram avaliados adultos (>18 anos) em uso recente de álcool ou drogas (n=600), provenientes de locais públicos de tratamento (ambulatorios e internações). Os instrumentos aplicados foram: ASI6, WHOQOL-BREF e MINI. Estudo 2: delineamento longitudinal. Foram avaliados adultos (>18 anos) com diagnóstico de abuso ou dependência de crack (n=1100), provenientes de locais públicos de tratamento (ambulatorios e internações). Os instrumentos aplicados foram: ASI6, MINI, PCC e EGD. **Resultados:** No Artigo 1, os escores do ASI6 foram comparados entre usuários que nunca haviam recebido tratamento para uso de substâncias psicoativas (n=265, 36,1%) e aqueles que já haviam sido tratados em uma ou mais ocasiões (n=470, 63,9%). Essas análises revelaram diferenças significativas entre os grupos em relação ao uso de drogas, transtornos psiquiátricos, problemas legais e familiares/sociais ($p < 0.05$). No artigo 2, foi realizada uma análise de regressão entre os escores do ASI-6 e os domínios do WHOQOL-BREF, que foram examinados usando variáveis que apresentaram significância estatística na análise de correlação. Todos os problemas relacionados às diferentes áreas da vida apresentaram correlações negativas com os domínios de qualidade de vida. No artigo 3, foi desenvolvido um modelo de equações estruturais, que apresentou um bom ajuste. A gravidade do uso de crack mediou a relação entre transtorno de conduta e violência. A associação direta entre a gravidade do uso de

crack e comportamento violento ($=.67$) foi mais baixa do que a associação entre a gravidade do uso de álcool e comportamento violento ($=.68$). O Transtorno de conduta afeta a gravidade do uso de crack ($=.17$), que impacta na violência, mediada pelo uso de álcool. **Considerações finais:** Em relação ao primeiro artigo apresentado, os achados evidenciam a complexidade presente no tratamento dos indivíduos com problemas relacionados ao uso nocivo de substâncias, mostrando variáveis que influenciam na gestão dos pacientes e no planejamento de intervenções. O segundo artigo verificou que a diminuição da qualidade de vida em pacientes alcoolistas não estava diretamente vinculada à gravidade do uso de álcool, mas sim a problemas comuns encontrados em amostras equivalentes, como questões médicas. O terceiro artigo desenvolveu um modelo de equações estruturais com o objetivo de explicar parte das associações entre trauma, gravidade do uso de crack, transtorno de conduta, outras comorbidades psiquiátricas, uso de álcool e violência, variável esta posta como desfecho. A associação direta entre a gravidade do uso de crack e comportamento violento foi menor do que entre a gravidade do uso de álcool e comportamento violento. O transtorno de conduta afetou a gravidade do uso de crack, variável esta que impacta na violência mediada pelo álcool. Espera-se que esses estudos contribuam para um planejamento de intervenções terapêuticas mais adequadas e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e políticas públicas que protejam esse indivíduo, contemplando os vários aspectos de sua vida.

Palavras-chave: Drogas, álcool, substâncias psicoativas, crack, tratamento, qualidade de vida, trauma, comorbidades psiquiátricas, violência.

ABSTRACT

Introduction: This thesis presented data from two pioneering studies in the country regarding the evaluation of substance users in treatment and the association between markers of severity in crack users. **Objectives:** The aims were to identify characteristics of drug users under treatment, with an emphasis on severity of problems, drug that motivated seeking treatment, and quality of life in alcoholics, as well the relations between traumatic events, psychiatric comorbidity, severity of crack use and violence in crack users. **Method:** Data were obtained from two multicenter studies. Study 1: cross-sectional design. Adults (> 18) of a public treatment system, with recent use of alcohol or drugs (n = 600) were evaluated. The instruments applied were: ASI6, WHOQOL e MINI. Study 2: longitudinal design. Adults (> 18) from a public treatment system, diagnosed with crack abuse or dependence (n = 1100) were evaluated. The instruments applied were: ASI6, MINI, PCC and EGD. **Results:** Paper 1: The SS-Rs were compared between users who had never received treatment for psychoactive substance abuse (n=265, 36.1%) and those who had already been treated for substance abuse in one or more occasions (n=470, 63.9%). This analysis revealed significant differences between the groups in the drug, psychiatric symptoms, legal, and family/social problems areas ($p < 0.05$). Paper 2: The regression analyses between the ASI-6 summary scores and the WHOQOL-BREF domains analyzed variables that presented statistical significance in the correlation analysis. All problems related to the different areas of life showed negative correlations with QoL domains. Paper 3: The path model corresponding to the study constructs indicated a good fit to the data. Severity of crack use mediated the relationship between conduct disorder and

violence. The direct association between the severity of crack cocaine use and violent behavior (estimate =.67) was lower than the association between the severity of alcohol use and violent behavior (estimate =.68). Conduct disorder affects the severity of crack use (estimate = .17), which impacts violence mediated by alcohol.

Conclusions: The findings highlight the complexity involved in the treatment for individuals with problems related to harmful substances use, showing variables that influence in interventions planning. We found that the decreased quality of life in alcoholics was not directly linked to the severity of alcohol use, but to the common problems found in similar samples, like medical issues. According to the structural equation model, conduct disorder affected the severity of crack use, which impacted violence mediated by alcohol. It is expected that these studies contribute to shape appropriate therapeutic interventions planning and the development of public policies and prevention strategies that protect individuals, considering the various aspects of life.

Keywords: Drugs, alcohol, psychoactive substances, crack, treatment, quality of life, trauma, psychiatric comorbidities, violence.

PREFÁCIO

Há 10 anos eu realizava o estágio curricular em psicologia comunitária em um grande posto de saúde da capital gaúcha. Tomei conhecimento, por meio de uma das minhas colegas, que a equipe de um centro de pesquisa estava coletando dados para um estudo sobre crack. Interessei-me prontamente, não só pelo assunto, mas também por este grupo que estava estudando um tema emergente, intrigante e bastante complexo. Contatei o investigador principal, Dr. Flávio Pechansky, para saber se havia a possibilidade de compor sua equipe. Muito amável, orientou-me a levar meu currículo e agendar uma entrevista, afirmando que “sempre tem lugar para quem tem vontade de crescer e trabalhar”. Foi assim que teve início minha trajetória no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS (CPAD).

Dentre os projetos dos quais atuei ativamente, participando de todas as etapas desde sua concepção, destaco dois. No primeiro, intitulado Desenvolvimento e validação da sexta versão do Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil, objeto do doutorado do Dr. Felix Kessler, exerci somente o papel de aprendiz, sendo guiada pelo pesquisador responsável. Desse trabalho, foram produzidos quatro artigos, sendo eu coautora de todos. No segundo projeto, intitulado Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência, cujo objetivo foi avaliar o paciente usuário de crack em seus mais diversos âmbitos, assumi parte da coordenação. Este embrião do novo Centro Colaborador em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), envolveu estudos que serviram como base para o aprimoramento do tratamento oferecido no HCPA, com foco no paciente usuário de crack. Os dois projetos citados

foram realizados em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD).

Os dados oriundos desses estudos serviram de estímulo para que fossem desenvolvidas análises abrangendo aspectos considerados pertinentes para lançar luz à compreensão da complexidade que envolve o usuário de substâncias psicoativas (SPAs) e sua relação com a droga, bem como para auxiliar na contemplação da necessidade desse paciente. Sendo assim, a presente tese de doutorado versa sobre características de usuários de SPAs em tratamento no Brasil, qualidade de vida em pacientes usuários de álcool, trauma, gravidade do uso de crack, consumo de álcool, comorbidades psiquiátricas e violência em usuários de crack em tratamento, sendo os três manuscritos apresentados provenientes dos projetos de pesquisa “Desenvolvimento e validação da sexta versão do Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil”, estudo multicêntrico realizado com pacientes usuários de múltiplas drogas, e “Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência”, estudo multicêntrico com usuários de crack em tratamento.

O trabalho está explicitado de forma a apresentar introdução e justificativa para o estudo de seus aspectos centrais, como substâncias psicoativas ao longo da história, e epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil, bem como uma revisão de literatura que abarque os diversos pontos das temáticas examinadas, por exemplo, quem é o usuário de substâncias psicoativas, qualidade de vida e uso de álcool, e comorbidades psiquiátricas, trauma e violência e uso de crack. Os objetivos e métodos serão exibidos conforme o que foi delineado nos dois estudos que fomentaram a produção dos resultados, estes apresentados por meio de manuscritos.

A tese culminará com uma seção de considerações finais onde as limitações das análises realizadas serão expostas, uma reflexão acerca dos resultados será realizada e perspectivas a respeito dos estudos relacionados ao crack e outras drogas serão abarcadas.

INTRODUÇÃO

Substâncias psicoativas ao longo da história

Tão antigo quanto a história da humanidade, o uso de SPAs sempre esteve presente, sendo uma prática milenar e universal, existindo em todas as culturas. Inicialmente circunscrito a contextos ritualísticos e religiosos, passou a ser utilizado também com fins medicinais e como fonte de obtenção de prazer e diminuição de sofrimento psicológico, tendo seu consumo se tornado compulsivo, retratando o comportamento do homem na sociedade (1).

Desde o início da civilização egípcia as bebidas alcoólicas fermentadas são consumidas e, na China, há evidências do uso de álcool por volta do ano 7000 a.C. O consumo abusivo do álcool, por sua vez, obteve espaço à época da revolução industrial inglesa, por volta de 1800, com exploração do trabalhador e baixos salários como pano de fundo. Somente no século XIX houve uma maior conscientização acerca do uso nocivo do álcool, o que promoveu mudanças de comportamento em relação à substância. Em 1920 essa mudança culminou na aprovação de uma lei norte-americana que proibiu a fabricação, venda, importação e exportação de bebidas alcoólicas. Essa lei foi cancelada mais de dez anos depois, quando o comércio ilegal de álcool cresceu a níveis alarmantes (2).

Por volta de 4000 a.C., na região em que hoje está localizado o Irã, a papoula provocava a percepção de obtenção de contato com os deuses. Seu nome podia ser traduzido como “planta da alegria”. O uso da maconha com finalidade terapêutica e ritualística era difundido na China no mesmo período histórico, sendo que datam dessa época fibras de cânhamo encontradas no país. A folha da planta *Erythroxylon*

Coca foi utilizada pela civilização inca desde 3000 a.C. para reduzir a fadiga e a fome, e trazida para o continente europeu por colonizadores em torno de 1500. A cocaína, derivada da planta, foi utilizada como anestésico por volta de 1850, tida como substância saudável e relacionada à longevidade. Essa percepção propiciou que a cocaína fosse incluída em diversos produtos nos EUA. Sigmund Freud foi um dos primeiros médicos a prescrever a cocaína como analgésico, antidepressivo e medicamento para combater a dependência de ópio e álcool, fato que o levou a solicitar posterior retratação perante a comunidade médica, devido ao aumento dos problemas relacionados ao uso da droga. Seu uso recreativo se tornou bastante popular no início do século XIX, sendo que em 1914 os problemas gerados pela relação estabelecida com a substância culminaram no aparecimento de leis restritivas e punitivas nos EUA (1).

Como alternativa à cocaína intravenosa, vinculada à infecção por HIV, a inalação do vapor oriundo da queima de pedras provenientes de uma mistura cozida de pasta básica de cocaína e bicarbonato de sódio teve surgimento no início da década de 1980. Essa nova droga, quando queimada, produz um ruído específico de estalo, tendo sido batizada de crack devido a esse fenômeno. Devido à via de administração fumada, o início de sua ação é consideravelmente mais rápido comparado a outras formas de uso – dez segundos – tendo seus efeitos estimulantes e prazerosos potencializados e o comportamento de fumar as pedras, reforçado. A duração de seu efeito é bastante efêmera – dez minutos –, propiciando que o usuário o consuma com mais frequência. Devido a isso, o potencial dependógeno da substância é elevado (3-7).

Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil

No final da década de 1980 foram realizados alguns estudos epidemiológicos para estimar a taxa de consumo de SPAs, entre eles os primeiros levantamentos sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino médio e fundamental em dez capitais brasileiras, conduzido pelo Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Foi mostrada uma baixa prevalência de uso entre estudantes, diferentemente do que se acreditava no senso comum e do que se noticiava nas mídias jornalísticas da época. A partir dos anos 1990 foram conduzidos mais três levantamentos – em 1993, 1997 e em 2004, este último englobando todas as capitais brasileiras – com métodos e população semelhantes. Verificou-se que houve um aumento do uso de SPAs estatisticamente significativo de uso na vida, uso frequente – relacionado a pelo menos seis vezes no mês –, e uso pesado – pelo menos 20 vezes no mês. O crescimento no consumo de todos os tipos foi relativo à maconha, anfetaminas, álcool e cocaína justificando atenção para o desenvolvimento de medidas preventivas nesse âmbito (8, 9).

Em relação aos Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, também realizados pelo CEBRID em 2001 e 2005 com indivíduos de 12 a 65 anos, residentes nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, a prevalência de uso de álcool na vida foi de 68,7% e 74,6% em 2001 e 2005, respectivamente. Em relação ao uso de substâncias ilegais, 19,4% (2001) e 22,8 (2005) dos indivíduos relataram uso na vida, sendo que 6,9% e 8,8 % de maconha, 5,8% e 6,1% de solventes, 3,3% e 5,6% de benzodiazepínicos, 2,3% e 2,9% de cocaína, 1,5% e 3,2 de estimulantes, 0,4% e 0,7% de crack, respectivamente, mostrando um

crescimento considerável no consumo de todas as substâncias em apenas quatro anos (10, 11).

Recentemente, no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), conduzido em 2012 pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com amostra representativa da população brasileira, considerando 149 municípios e brasileiros de pelo menos 14 anos (n=4607), verificou que o uso nocivo de álcool (binge drinking, prática associada ao consumo de um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo) no ano anterior foi de 59%, revelando aumento quando comparado com a taxa de 45% no I LENAD, realizado em 2006 (12, 13).

Das drogas pesquisadas nos referidos levantamentos, o crack apresenta uma prevalência subestimada, visto que a população usuária dessa substância é de complexa localização, sendo dificilmente encontrada em residências. A população em situação de rua, com maior gravidade de uso de substâncias e maiores problemas associados, não se encontra contemplada nas amostras estudadas. Frente a isso, a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, realizada em 2013, utilizou como método para estudar populações ocultas e de difícil acesso a Time Location Sampling, abrangendo 32.359 indivíduos, sendo que 24.977 no inquérito domiciliar e 7.381 usuários nas cenas de uso nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Verificou-se que há 370 mil usuários de crack e de pasta-base, merla e oxi, representando 35% do total de consumidores de drogas ilícitas (14, 15).

REVISÃO DE LITERATURA

O usuário de substâncias psicoativas

Perfil

Habitualmente, o usuário de SPAs é adulto jovem, do sexo masculino, possui baixa escolaridade e problemas ocupacionais. Comorbidades psiquiátricas, uso ou antecedente de consumo de outras drogas e déficits em várias áreas da vida são bastante prevalentes nessa população (16-20).

Em relação ao usuário de álcool em tratamento, esses pacientes realizam um consumo regular de álcool e costumam beber em *binge* – consumo episódico durante o qual uma grande quantidade de álcool é consumida em um curto espaço de tempo. Quando fazem uso de outra substância, com frequência elegem a maconha. São um pouco mais velhos (média de 40 anos) do que os usuários de substâncias ilícitas, oriundos das classes socioeconômicas B e C e geralmente possuem trabalho regular. Cerca de 15% relataram beber e dirigir no ano anterior à realização da investigação (12, 13, 21-23).

Por sua vez, o usuário de crack que busca por tratamento é solteiro, com ensino fundamental e sem ocupação regular. Poliusuário, tem seu início de uso de drogas de forma precoce e de modo pesado, geralmente com álcool e nicotina. A experimentação de drogas ilícitas costuma ter início com a maconha. A administração de cocaína intranasal costuma anteceder ao uso de crack. Quando comparados com outros usuários de drogas, principalmente de cocaína intranasal, os usuários de crack com frequência possuem maior gravidade de consumo da droga, mais problemas

médicos, como infecção por HIV e hepatite C, e mais problemas sociais – envolvimento em atividades ilegais, envolvimento em prostituição e probabilidade de ter estado em situação de rua pelo menos uma vez na vida (18, 24-30).

Tratamento

Entre os indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas, o usuário de álcool é quem mais procura tratamento, seguido de usuários de cocaína (31). De acordo com um estudo realizado em cinco centros de tratamento ambulatorial e hospitalar de quatro capitais brasileiras, quase 40% dos pacientes procuraram o atendimento devido ao uso de crack, sendo essa droga a causa mais prevalente de internação pelo uso de cocaína, chegando a 70% (3, 32). A partir de meados da década de 1990 os usuários de cocaína e crack passaram a ocupar de 50 a 80% das vagas de ambulatórios especializados (33). Em relação ao abandono do tratamento, o usuário de cocaína apresenta as maiores taxas (em torno de 65%), sendo que o usuário de crack está mais propenso a não aderir à intervenção proposta quando comparado ao indivíduo que faz uso de cocaína intranasal (34, 35).

No Brasil, o tratamento específico para problemas decorrentes do uso de SPAs é oferecido via Sistema Único de Saúde (SUS), regido por seus princípios e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Conforme preconiza o Ministério da Saúde, a rede de atendimento está distribuída entre unidades básicas de saúde, serviços ambulatoriais, hospitais gerais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas. Os pacientes são encaminhados conforme a gravidade do uso de drogas (36-38).

Desenvolvida no contexto da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial brasileira propõe uma clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização das relações intra-institucionais, interlocução entre técnicos e usuários do sistema, trânsito livre nas unidades de saúde, atendimento integral e territorializado e mudança do paradigma hospitalocêntrico em detrimento ao psicossocial. Esse modelo orienta o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), que oferece atendimento diário e realiza um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua e inserção social, favorecendo vínculos com a rede e a comunidade. Esse serviço é apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral, bem como práticas de atenção comunitária. Com a significativa diminuição de leitos e hospitais psiquiátricos os CAPSad são prioridade da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento (39-45).

Álcool

Qualidade de vida

Conforme o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (46). O construto de qualidade de vida engloba a noção de que a saúde não está restrita à ausência de doença, mas também inclui um estado de bem estar social, mental e físico, que é consistente com a definição de saúde proposta pela OMS. A qualidade de vida está relacionada a um

desejo básico, que é viver e se sentir bem, por isso tem sido usada em muitos estudos como um marcador importante de bem estar e de saúde do indivíduo (47, 48).

Vários fatores podem interferir na satisfação com a própria vida, entre eles problemas relacionados ao uso de substâncias. O uso abusivo de álcool é um problema mundial que resulta em milhões de mortes, de casos de doenças, lesões e violência, constituindo-se como causa estimada de aproximadamente 4,5% das incapacidades, impactando em diferentes domínios da qualidade de vida (49). A presença de transtornos relacionados ao uso de álcool está fortemente associada com mudanças no funcionamento psicológico.

Um estudo realizado com 127 pacientes de um ambulatório de hepatologia demonstrou que alcoolistas obtiveram médias mais baixas no domínio físico ($p=0,027$) e social do WHOQOL ($p=0,023$) (50). Em um estudo português descritivo e correlacional realizado com alcoolistas ($n=444$) sobre percepção de doença e qualidade de vida utilizando o Questionário de Estado de Saúde (SF-36v₂) e o *Illness Perception Questionnaire-Revised*-versão portuguesa (IPQ-R), nos diferentes domínios das escalas de qualidade de vida o maior comprometimento ocorreu na saúde mental ($M=50,45$; $DP=23,40$) e na vitalidade ($M=50,06$; $DP=22,53$) (51). De forma geral, bebedores com um consumo pesado mostram uma diminuição significativa nos escores de qualidade de vida e indivíduos que atingiram remissão total e parcial do consumo, por sua vez, mostram uma melhora significativa em indicadores de qualidade de vida (52). Trinta e seis homens foram avaliados em um estudo com usuários de álcool de dois centros de tratamento. Destes, quase 64% apresentaram dependência grave, sendo que estes obtiveram os menores escores de qualidade de

vida em todos os domínios do WHOQOL-BREF (53). Corroborando esses resultados, um alto escore de gravidade nas áreas do Addiction Severity Index versão seis (ASI-6) – saúde física e psicológica, família e relações sociais, questões ocupacionais – está relacionado com a gravidade do álcool em indivíduos que buscam tratamentos especializados, sendo que a abstinência está associada com a redução desses problemas.

Crack

Comorbidades psiquiátricas

Usuários de crack comumente recebem um segundo diagnóstico psiquiátrico, sendo os mais prevalentes depressão (18%), transtornos de ansiedade (12%) e transtornos de personalidade, especialmente personalidade antissocial (25%). Comorbidades estão relacionadas com aumento da gravidade de ambas as patologias e vários outros desfechos negativos, incluindo pior prognóstico, baixo sucesso terapêutico, recaída, suicídio e envolvimento com problemas legais (32, 54-63). Um estudo transversal de base populacional avaliou 1560 participantes com idades entre 18 e 24 anos, encontrando uma prevalência de uso de crack na vida de 2,5%. Entre os usuários de crack, houve forte associação com Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) (OR 9,29; 95% CI 1,94–44,60, $p = 0,005$) e risco de suicídio (OR 3,03, 95% CI 1,22–7,50, $p = 0,017$) após análise de regressão logística (64).

É importante atentar, porém, para a realização do processo de diagnóstico após um período de abstinência – um estudo com 119 usuários de cocaína por via fumada denotou que embora os pacientes apresentassem uma elevada prevalência de depressão, alguns sintomas desapareciam com a abstinência (65).

Trauma

Maus tratos na infância são preditores de desfechos negativos em relação à saúde na idade adulta, sendo que o uso de crack está intimamente relacionado a episódios traumáticos vividos pelo usuário. Em uma revisão de achados publicados na literatura, ficou estabelecido que indivíduos que sofrem abuso, negligência e sérias disfunções familiares na infância estão mais propensos a ficar deprimidos e a desenvolver outras patologias psiquiátricas, a fazer uso nocivo de SPAs e a apresentar sintomas físicos – tanto com causa orgânica explicada, quanto com origem nebulosa – quando comparados a seus pares, sendo que a gravidade do desfecho é diretamente proporcional à gravidade do abuso (66). Um estudo com 1478 mulheres parceiras sexuais de homens usuários de drogas injetáveis revelou que 64% da amostra de mulheres já havia usado crack alguma vez na vida e 56% delas havia sido abusada antes dos 18 anos de idade. Na análise de regressão logística, o abuso perpetrado por um membro da família foi fortemente associado ao uso da droga (67). Em resumo, está documentada entre amostras clínicas a associação entre abuso – físico e sexual – na infância, e uso de substâncias na idade adulta (68). Dados etnográficos de residentes de uma populosa cidade norte-americana que se tornaram usuários de crack mostrou que a violência sofrida era predominantemente advinda de suas mães e padrastos, sendo que, a percepção dos usuários era de que eles teriam “merecido” a agressão, justificando a conduta dos cuidadores como sendo expressão de preocupação e amor (69).

Em um estudo sobre eventos traumáticos e Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), realizado com 450 pacientes em internação para uso de cocaína, foi

verificado que para a maioria dos sujeitos investigados (61%) os eventos traumáticos e o desenvolvimento de TEPT precederam o uso da droga. Uma parte da amostra, no entanto, já usava cocaína antes do aparecimento dos sintomas do transtorno (32%) e 7% desenvolveram as duas psicopatologias com a mesma idade. Aqueles que foram diagnosticados com TEPT (25%) comumente apresentavam outras comorbidades psiquiátricas (70).

Existem algumas hipóteses explicativas sobre a associação entre trauma, TEPT e uso de crack, averiguada por meio dos dados apresentados. A mais difundida é a Hipótese de Automedicação, onde a substância seria utilizada como um medicamento, apacando sintomas físicos e suprimindo recordações que estimulam o sofrimento psicológico (71, 72).

Torna-se pertinente comentar que o uso de drogas torna o indivíduo mais vulnerável ao envolvimento com situações de risco devido ao contexto e à negligência do autocuidado, como confrontos com traficantes e policiais e trocas de sexo por drogas, sendo que a exposição aumenta conforme a droga e a gravidade de seu uso, colocando os usuários de crack em uma posição complicada de retraumatização, favorável à perpetuação e intensificação desse ciclo de trauma e violência (66, 72).

Violência

Usuários de crack estão, ao mesmo tempo, vulneráveis a sofrer com a violência do contexto ao qual estão expostos, bem como propensos a se comportar de maneira violenta. Indivíduos internados em São Paulo devido ao uso de crack (n=131) foram acompanhados durante cinco anos, sendo que 18% deles faleceram durante esse período, revelando uma elevada taxa de mortalidade, sete vezes mais alta do que a da

população geral do município. A maior parte dos óbitos (70%) ocorreu devido a causas externas, como homicídio (56,6%) e overdose (8,7%). Trinta por cento das mortes foram relacionadas a doenças como AIDS e hepatites. Foram realizados estudos toxicológicos em amostras de cabelo e urina de vítimas de morte violenta submetidas à necropsia (n=42), e foi levantado que 14% da amostra analisada apresentava resultados positivos para cocaína. Em relação a comportamentos violentos, envolvimento com a Justiça e o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial são bastante prevalentes entre usuários de crack. Entre 350 usuários de SPAs em tratamento ambulatorial, algum tipo de comportamento violento como discussões, lutas, ameaças, roubo e tráfico de drogas, foi relatado em 97% dos casos, sendo que um número considerável de usuários de crack (n=83) já havia sido detido pelo menos uma vez na vida (16-18, 73-75). Em contrapartida, outro estudo sugere que comorbidades psiquiátricas e características sociodemográficas que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo possuem mais responsabilidade do que o crack no que se refere à alta prevalência de envolvimento com violência entre essas pessoas (76).

Os dados apresentados corroboram que a exposição a situações arriscadas e o envolvimento com violência é um grande fator de risco para amostras de indivíduos usuários de crack, evidenciando forte associação entre agressividade e óbito e demonstrando uma relação não direta entre uso de crack e mortalidade.

Assim sendo, os usuários de crack se envolvem com violência através de sua relação com o tráfico de substâncias – disputas por drogas e pontos de venda, enfrentamentos com a polícia, dívidas com traficantes –, furtos e roubos principalmente em momentos de abstinência, influenciados pela forte fissura, gerando

ameaças à integridade física de si mesmo e dos outros. Em meio a esse contexto, o usuário de crack se torna vítima e algoz de sua própria condição.

JUSTIFICATIVA

Considerando os dados apresentados, o uso de SPAs, com destaque para álcool e crack é cada vez mais um grave problema de saúde pública. O prejuízo vinculado ao consumo de substâncias perpassa a questão médica, ressonando na qualidade de vida, na saúde psicológica e na funcionalidade social do indivíduo. Problemas ocupacionais e financeiros, questões familiares, envolvimento com atos violentos, comportamentos de risco são questões presentes na vida de usuários de substâncias, impactando negativamente em seu desenvolvimento pessoal e comunitário.

Levantar características de usuários de SPAs, como perfil sociodemográfico e motivações para a busca de tratamento, bem como diagnosticar a gravidade dos problemas relativos ao uso abusivo de drogas é o primeiro passo para delinear estratégias que contemplem as necessidades dessa população, assegurando um tratamento mais adequado.

O estudo das relações entre álcool – a droga mais utilizada no país –, as diferentes dimensões da vida do indivíduo e desfechos vinculados à qualidade de vida, podem fornecer pistas sobre o potencial impacto das variações dessas variáveis, já que qualidade de vida é um potente indicador que pode auxiliar, principalmente, na implementação de tratamentos médicos e psicoterapêuticos para pacientes alcoolistas.

Por fim, pouco se sabe sobre a associação entre variáveis-chave com elevada prevalência entre pacientes usuários de crack – uma droga emergente que preocupa autoridades devido a seu potencial de devastação individual e social. Faz-se necessário compreender as relações entre trauma, comorbidades psiquiátricas, uso de outras

drogas, gravidade do uso de crack e violência para determinar o foco de tratamentos e políticas públicas para usuários de crack.

Para adequada explanação dos referidos assuntos é exigido rigor metodológico atendendo uma boa representatividade das populações estudadas, considerando amostras que abrangem diferentes regiões do Brasil, para que os resultados traduzam a situação atual com fidedignidade. Assim sendo, os estudos aqui apresentados pretendem elucidar temas pertinentes a respeito do uso de drogas, com foco em álcool e crack, contribuindo para o enfrentamento de dificuldades relacionadas ao uso de SPAs, desenvolvimento de estratégias de prevenção e aprimoramento de intervenções terapêuticas.

OBJETIVOS

Objetivos gerais

1. Identificar características selecionadas de usuários de SPAs em tratamento, com ênfase em gravidade de problemas, droga que motivou tratamento, bem como a qualidade de vida em alcoolistas.
2. Identificar relações entre eventos traumáticos, comorbidades psiquiátricas, gravidade do uso de crack e violência entre usuários de crack.

Objetivos específicos

Estudo 1: Desenvolvimento e validação da sexta versão do Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil

- Avaliar características de usuários de álcool e outras drogas em tratamento no SUS em quatro estados brasileiros, enfocando a gravidade dos problemas relacionados ao uso de SPAs e a droga que motivou a busca pelo tratamento – (contemplado no Artigo 1);
- Investigar a qualidade de vida de indivíduos em tratamento no SUS para problemas relacionados ao uso de álcool e quais são os aspectos que estão associados com esse consumo – (contemplado no Artigo 2);

Estudo 2: Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência

- Compreender as associações entre eventos traumáticos, comorbidades psiquiátricas, gravidade do uso de crack e violência entre usuários de crack em tratamento no SUS – (contemplado no Artigo 3).

MÉTODOS

Os estudos aqui expostos são projetos guarda-chuva dos quais foram extraídos os dados dos artigos que compõe a seção de Resultados. Para cada artigo foi realizada uma análise distinta, específica para seus objetivos, detalhada no método de cada um. Entretanto, o contexto de desenvolvimento das ideias e delineamentos, coletas de dados e logística, é comum aos manuscritos, sendo esses pontos explicitados nos dois estudos detalhados abaixo.

Estudo 1

Desenvolvimento e validação da sexta versão do Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil

Delineamento

Estudo observacional multicêntrico com corte transversal.

Amostra

A amostra foi obtida, por conveniência, entre janeiro e novembro de 2007, em quatro capitais brasileiras – Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo – em internações psiquiátricas e ambulatórios especializados no tratamento de usuários de SPAs (77). Os centros de pesquisa envolvidos no estudo foram selecionados pela SENAD considerando a capacidade logística e eficiência na condução de estudos. Cada cidade teve um centro selecionado, exceto São Paulo, que contou com dois. Foram eles:

- Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, CPAD – UFRGS: centro coordenador;
- Unidade de Dependência de Drogas, UDED – UNIFESP;

- Programa de Atenção à Mulher Dependente Química, PROMUD – USP;
- Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, PROJAD – FRJ;
- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, CETAD – UFBA.

Foram selecionados adultos em uso recente de álcool ou drogas. Os critérios de inclusão do estudo foram ter idade superior a 18 anos, estar em avaliação nos locais de tratamento (ambulatório – máximo duas semanas, apresentando uso SPAs nos últimos 30 dias; internação – nos primeiros 10 após a admissão, com entrevista referente ao período anterior à admissão e não à data da entrevista). Os critérios de exclusão foram vigência de sintomas psiquiátricos graves no momento da entrevista (sintomas psicóticos, déficits cognitivos graves, alterações do estado de consciência, agitações psicomotoras com necessidade de contenção, sintomas de abstinência graves ou efeitos agudos do uso de substâncias), que impossibilitassem a realização da mesma.

Considerando a intenção de validar as subescalas do ASI para desfechos mais raros, estimou-se um coeficiente de consistência (*reliability coefficient*) de aproximadamente 0,6 com uma margem de erro máxima de 0,05. Desta forma, foi calculado um tamanho de amostra de pelo menos 600 indivíduos, onde cada um dos centros de pesquisa envolvidos ficou responsável por coletar, cada um, 150 casos com o ASI6.

Instrumentos

Planejou-se que cada centro de pesquisa seria responsável pela aplicação de, além do ASI6, mais dois instrumentos para que se pudesse realizar uma validação concorrente de cada área da escala principal. O centro coordenador aplicou todos os

instrumentos da validação concorrente. Optou-se por questionários que avaliam o indivíduo globalmente ou que apresentam questões semelhantes ao ASI6 e também proporcionam escores de gravidade. Os instrumentos aplicados foram (78-80):

- Escala de Gravidade de Dependência versão 6 (*Addiction Severity Index* – ASI)
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)
- Escala de Ajustamento Social (EAS)
- *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)
- Escala de Ambiente Familiar (FES)
- *Mini International Neuropsychiatry Interview* (MINI)

Procedimentos e logística

A contratação da equipe de pesquisa e a realização da supervisão semanal foi de responsabilidade dos coordenadores de cada um dos centros envolvidos no estudo. Foi realizado, em um período de 8 horas, no Congresso da ABEAD de 2005 o primeiro treinamento da versão brasileira do ASI6, contando com a presença do criador da escala e de pesquisadores internacionais com grande experiência na aplicação do instrumento. Participaram, também, os supervisores regionais de cada um dos centros envolvidos e grande parte dos coletadores, responsáveis pelas entrevistas com os pacientes. Posteriormente, em cada capital, foram realizados outros treinamentos e um estudo piloto, antes do início das coletas de dados.

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão e foram admitidos nos referidos serviços no período do estudo, foram submetidos a uma entrevista utilizando os instrumentos selecionados para a aplicação em cada centro. Uma reunião com frequência semanal foi realizada em cada centro de pesquisa para supervisão técnica e

logística da coleta dos dados, contando com a presença de um coordenador, um assistente e a equipe de coletadores formada por cinco indivíduos, com a função de selecionar os pacientes e aplicar o instrumento nos centros de tratamento. Após a coleta, cada centro ficou responsável por copiar os formulários preenchidos e arquivar essas fotocópias, enviando os originais ao centro coordenador, em Porto Alegre.

Um responsável no centro coordenador em Porto Alegre catalogou os instrumentos em uma planilha de controle, de acordo com o local de origem, data de aplicação e de data envio. Estes dados foram introduzidos em uma base de dados, através de uma equipe de digitadores, e avaliados por um estatístico.

Estudo 2 (Projeto guarda-chuva)

Ações Integradas na Prevenção ao Uso de drogas e Violência

Delineamento

Estudo observacional multicêntrico com corte longitudinal.

Amostra

Entre janeiro de 2012 e fevereiro de 2013 foram selecionados 200 pacientes usuários de crack oriundos de internações psiquiátricas de Porto Alegre e 900 de CAPSad sendo que, desses últimos, 150 em cada uma das seis capitais participantes – Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Brasília e Salvador. A amostra total foi de 1100 participantes. Os centros de pesquisa envolvidos no estudo foram selecionados pela SENAD considerando a capacidade logística e eficiência na condução de estudos. Os locais de tratamento foram selecionados conforme os requisitos de estrutura – salas disponíveis para atendimento, distância dos centros de pesquisa

participantes, vínculo com pesquisa e facilidade de transporte para pacientes. Os centros de pesquisa envolvidos nesse estudo foram:

- Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, CPAD – UFRGS: centro coordenador;
- Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas, CEPAD – UFES;
- Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas, PRODEQUI – UNB;
- Unidade de Dependência de Drogas, UDED – UNIFESP;
- Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, PROJAD – FRJ;
- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, CETAD – UFBA.

Foram selecionados adultos usuários de crack. Os critérios de inclusão do estudo foram ter idade superior a 18 anos, estar em no máximo 30 dias nos locais de tratamento, apresentar diagnóstico de abuso ou dependência de crack pelo MINI e utilizar o crack como droga que levou o indivíduo a procurar tratamento. Os critérios de exclusão foram vigência de sintomas psiquiátricos graves no momento da entrevista (sintomas psicóticos, déficits cognitivos graves, alterações do estado de consciência, agitações psicomotoras com necessidade de contenção, sintomas de abstinência graves ou efeitos agudos do uso de substâncias), que impossibilitassem a realização da mesma.

Instrumentos

No momento da entrada dos participantes no estudo, foram aplicados os seguintes instrumentos (78-82):

- Escala de Gravidade de Dependência versão 6 (*Addiction Severity Index – ASI*)
- *Mini International Neuropsychiatry Interview* (MINI)
- *Cocaine Craving Questionnaire Brief* (CCQ-B)

- Escala de Contemplação *LADDER*
- Subtestes de cubos e vocabulário da Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WAIS)
- *Perfil do Consumo de Crack* (PCC)
- Escala da Gravidade de Dependência do Crack (EGD)

No seguimento, em 30 e 90 dias de seguimento, os entrevistadores treinados aplicarão os seguintes instrumentos:

- *Addiction Severity Index* (ASI6) versão follow
- *Cocaine Craving Questionnaire* (CCQ-B)
- Escala Ladder

Procedimentos e logística

Além do coordenador do estudo, o projeto contou com uma sub-coordenadora, que foi responsável por monitorar a coleta de dados realizada pelos coletadores. Esse estudo ainda contou com três assistentes, responsáveis por organizar todo o material de coleta e preparar os instrumentos e com uma equipe de entrevistadores treinados em cada centro para realizar a coleta de dados.

Os treinamentos foram de responsabilidade dos coordenadores regionais dos seis centros de pesquisa, com auxílio técnico e supervisão presencial dos profissionais do centro coordenador. O primeiro treinamento relacionado aos instrumentos foi realizado em março de 2011. Anteriormente ao período de coleta e intervenção, foi realizado um estudo piloto durante duas semanas para que o fluxo de pacientes nos locais de tratamento e os procedimentos que envolvem o estudo fossem avaliados. No sentido de aumentar o rigor metodológico e confiabilidade dos diagnósticos realizados

através do MINI, planejou-se um treinamento rigoroso com psiquiatra experiente, com a busca de maiores índices de concordância (coeficientes kappa superiores a 0.85) entre os entrevistadores. Além disso, ocorreu uma supervisão semanal com esse psiquiatra para resolver dúvidas diagnósticas.

Cada supervisor regional conduziu uma reunião semanal com suas equipes para supervisionar a coleta de dados e fazer ajustes na logística do estudo. Ao final de cada semana, enviaram para o centro coordenador um registro semanal detalhado do andamento do estudo – com informação sobre quantos pacientes entraram, foram excluídos ou abandonaram o estudo.

No seguimento, trinta e noventa dias após a avaliação inicial, os usuários de crack foram re-entrevistados. Todos os pacientes receberam auxílio para transporte e alimentação com o objetivo de cobrir despesas com esses itens durante as entrevistas. Além disso, foram oferecidas cestas-básicas de pequeno valor como estímulo para o retorno. Os entrevistadores foram responsáveis diretos pelo seguimento dos participantes, tendo que, muitas vezes, ir ao local de moradia dos pacientes (busca ativa), quando este não for localizado via telefone.

Somente os instrumentos ASI6, MINI, WHOQOL e EGD foram utilizados nos artigos contidos na seção Resultados. Esses se encontram na seção Anexos.

Considerações Éticas

Os estudos foram aprovados nos Comitês de Ética dos respectivos centros de pesquisa envolvidos. Os projetos seguiram os princípios éticos para a proteção dos direitos e promoção do bem-estar dos participantes. Sendo assim, todos os pacientes que foram convidados a participar passaram pelo processo de consentimento,

assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em caso de aceite. Os entrevistadores foram orientados a esclarecer dúvidas dos participantes em relação aos objetivos dos projetos, ao caráter confidencial das informações fornecidas, aos potenciais riscos associados e sobre a possibilidade de interrupção da participação nos estudos. Para o entrevistador, enfatizou-se sua responsabilidade sobre a integridade da informação coletada, orientando-os, também a repetir, mudar as palavras e questionar o paciente até que o mesmo entendesse as questões, a fim de que a sua resposta refletisse seu melhor julgamento e estimativa. As equipes receberam, também, treinamento para melhorar o estabelecimento de vínculo com o paciente, visando a consistência e a qualidade dos dados coletados e o bem estar do entrevistado.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de manuscritos oriundos dos estudos que são objetos da tese. As cartas de aceite dos artigos publicados estão apresentadas na seção Anexos.

Artigo 1

Publicado no periódico Trends in Psychiatry and Psychotherapy (Fator de Impacto 0.17)

Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals

Sibele Faller*, Ana Carolina Peuker*, Anne Sordi*, Anderson Stolf*, Maria Lucia Souza-Formigoni**, Marcelo Santos Cruz***, Sílvia Brasiliano****, Flavio Pechansky* and Felix Kessler*

*Center for Drug and Alcohol Research, Hospital de Clinicas of Porto Alegre and Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

** Department of Psychobiology, Federal University of Sao Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

***Psychiatric Institute of the Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

**** Women Drug Dependent Treatment Center, University of Sao Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

Keywords: Substance abuse, treatment, multicenter, alcohol, drugs, public health.

Palavras-chave: Abuso de substâncias, tratamento, multicêntrico, álcool, drogas, saúde pública.

Word count: 4,394

Number of tables: 05

Source of support: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Last literature review: 2013

Address for correspondence:

Sibele Faller, BA, MSc

Center for Drug and Alcohol Research, Hospital de Clinicas of Porto Alegre and Federal University of Rio Grande do Sul.

400, Professor Álvaro Alvim St.

90420-020 Porto Alegre, RS, Brazil

E-mail: sifaller@gmail.com

Abstract

Introduction: The objective was to assess the characteristics of alcohol and drug users who seek treatment at the Brazilian Unified Health System in Brazil. **Methods:** A multicenter cross-sectional study involving five clinical and research centers located in four Brazilian state capitals was conducted with 740 in and outpatients. The only exclusion criterion was the presence of neurological or severe psychiatric symptoms at the moment of the interview. The ASI-6 and the ASSIST were used to assess the severity of substance use and the problems related. **Results:** There were significantly more men than women in the sample; the mean age was 36 years. The drug most frequently used at all sites was alcohol (78%), followed by cocaine/crack (51%). Alcohol was the drug that most commonly motivated treatment seeking in the sample assessed, at all centers. ASI6 Scores (SS-Rs) for Recent Functioning were quite similar among centers. The SS-Rs were compared between users who had never received treatment for psychoactive substance abuse (n=265, 36.1%) and those who had already been treated for substance abuse at one or more occasions (n=470, 63.9%). This analysis revealed significant differences between the groups in the drug, psychiatric symptoms, legal, and family/social problems areas ($p < 0.05$). **Conclusion:** Our findings confirm previous evidence suggesting that the management of patients seeking drug abuse treatment should take several different aspects into consideration, e.g. education, employment, and family relationships, which often appear as areas of concern for these individuals. Initiatives that do not prioritize patient's needs commonly have higher rates of treatment noncompliance.

Introduction

Psychoactive drug consumption has become a serious problem in developing countries. In Brazil, the largest country in Latin America, reported prevalences of alcohol and drug abuse vary across studies, but one common finding is the high lifetime prevalence of use of any drug or alcohol, reaching 22.8% and 74.6%, respectively.⁽⁵⁾ In the last decade, epidemiological studies conducted in Brazil have reported an increase in lifetime consumption of alcohol, tobacco, marijuana, inhalants, cocaine, and other drugs.^(5, 6) Such a scenario has implications not only for the individual user, in terms of psychological and social problems, but also for the society at large, in terms of the significant economic impact associated with drug abuse.⁽⁷⁾

In response to the increased prevalence of psychoactive drug abuse, there is a growing interest in variables that may influence treatment effectiveness.⁽⁸⁻¹¹⁾ For example, active participation in treatment has been associated with positive outcomes among psychoactive drug users.⁽¹²⁾ However, many drug users do not even start treatment, many leave treatment prematurely, or yet relapse following treatment completion.⁽⁹⁾ In this context, several authors have focused on addictive behaviors and tried to better understand the factors that motivate individuals to seek treatment for substance abuse,⁽⁹⁾ as well as barriers to treatment-seeking⁽¹¹⁾ and outcome predictors.⁽⁸⁾

In spite of many scientific efforts, a number of questions still remain unclear, especially regarding access to treatment, treatment compliance, and treatment effectiveness. In Brazil, some studies have assessed drug abuse characteristics in the general population, however only a few have involved clinical samples.^(13, 14) Among the limitations commonly mentioned by Brazilian investigators, political and logistical

issues stand out, including limited funding and staff, which result in small or nonrepresentative samples and directly affect the quality of research. According to some authors, this scenario can be explained by the recent history of drug use research in developing nations.⁽¹⁵⁾ Finally, research conducted in large countries, such as Brazil, have the additional limitation of dealing with cultural and social differences as a result of data collection at different sites.

Having an improved knowledge of the profile of patients seeking treatment for substance abuse is extremely important to ensure adequate treatment planning. For instance, many treatment seekers have psychiatric comorbidities, use multiple drugs concurrently, or present deficits in several areas of their lives. An English study that evaluated the profile of treatment-seeking drug users found a higher prevalence of psychiatric disorders among multiple drug users, and also revealed that female gender, physical health, interpersonal relationships, and drug dependence are important predictors of psychiatric symptoms.⁽¹⁶⁾

Currently, drug abuse treatment in Brazil is available to the population free of charge via the National Unified Health System. Treatment is offered at psychosocial care centers specialized in alcohol and drug abuse, private clinics, and specialized hospitals. Patients are referred to these different levels of care according to abuse severity.^(17, 18) In addition, nationwide preventive and treatment programs are often implemented by the government. Still, very little is known about the profile of patients that seek and benefit from these initiatives, about their reasons motivating treatment seeking, and about the severity of problems related to drug abuse in different Brazilian regions.

Therefore, the objectives of the present study were to assess the characteristics of alcohol and drugs users who seek treatment at the Brazilian Unified Health System in four Brazilian states, with a focus on addiction severity and the drug that motivated treatment seeking.

Methods

This was a multicenter cross-sectional study involving five research centers located in four Brazilian state capitals.

Data collection sites

The data collection sites were strategically chosen due to their previously reported ability to conduct large studies in the field and are described below:

- The Center for Drug and Alcohol Research (Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, CPAD), at the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), was the coordinating center for this study.
- The Drug Dependence Unit (Unidade de Dependência de Drogas, UDED), a section of the Department of Psychobiology of the Federal University of São Paulo (UNIFESP).
- The Women's Drug Dependent Treatment Center (Programa de Atenção à Mulher Dependente Química, PROMUD), affiliated with the Medical School of University of São Paulo (USP). Provide treatment mostly for women.
- The Research and Assistance Program in Drug Addiction (Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, PROJAD), affiliated with the Federal University of Rio de Janeiro.

- The Center for Drug Abuse Studies and Therapy (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, CETAD), a permanent extension of the Department of Pathology at the Federal University of Bahia (UFBA).

Referrals from other treatment locations were also analyzed by all data collection sites.

Sample selection

Between January and November 2007, a target sample of 740 subjects was obtained. Patients were either under assessment or already being treated for substance abuse or dependence on an inpatient (first 15 days after admission) or outpatient (first 10 days) basis. The goal was to interview 150 subjects at each study center.

Patients were included in the study if they had used alcohol or drugs in the 30 days preceding the interview. The only exclusion criterion was the presence of neurological or severe psychiatric illness with symptoms at the moment of the interview, ascertained by trained clinical interviewers. Regarding data collection in all centers, seven patients were not included in the sample due to severe depressive or psychotic symptoms and four patients did not accept to participate in the study. The strategy of including patients from both inpatient and outpatient treatment regimens was intended to generate a heterogeneous sample, with characteristics of the typical Brazilian population who seeks specialized treatment for alcohol and drug abuse.

Instruments

The following instruments were used to assess patients:

- Sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6), a multidimensional semistructured interview lasting between 45 and 90 minutes. In the present study a validated Brazilian Portuguese version of the instrument was used. The instrument assesses the patient's lifetime and recent status in seven functional areas or subscales, namely, medical status, employment and support, legal status, family and social status, psychiatric status, alcohol use, and drug use. Presently, one set of summary scores is available, the ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs), comprised of nine subscales covering status/functioning in the past 30 days, provides objective information by combining rational and empirical methods. The SS-Rs are psychometrically derived using the nonparametric item response theory (NIRT) and classical psychometric methods; they are standardized scores and thus have the advantage of reducing the extent of skewness in scores. One score is generated for each area/subscale, except for the family/social area, in which three scores are generated (problems, support, and child problems). The SS-Rs are standardized T-scores with a mean of 50 and a standard deviation of 10, and may range from 0 to 100, where higher scores indicate greater severity.
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), developed by a team of investigators supported by the World Health Organization to detect substance use and abuse, and validated for Brazilian Portuguese.⁽¹⁹⁾ The ASSIST instrument has shown high sensitivity and specificity for the detection of alcohol, cannabis and cocaine abuse/dependence, in

addition to high reliability (Cronbach's alpha of 0.80 for alcohol, 0.79 for cannabis, and 0.81 for cocaine).⁽¹⁹⁾

Interviewers

All the 25 interviewers involved in the study graduated psychologists. Interviewer selection was based on the candidate's abilities in multiple areas, including: a) experience in dealing with sensitive questions, such as drug use and its consequences; b) comprehension of research principles and experience in obtaining informed consent; c) interest in the objectives of the study; and d) ability to apply a structured interview.

Logistics and quality control

The quality of the data collected was ensured mostly via training, supervisory oversight, and support provided to the field interviewers (psychologists) by the research center coordinators. Throughout data collection, a weekly meeting was held with the co-PI (FK) of each data collection site to oversee the data collection process and solve logistical problems. After data collection, each site was responsible for sending the original questionnaires to the coordinating center in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul (CPAD/UFRGS), where all data were entered into a single database. On a weekly basis, the PI (FP) called or emailed the co-PIs to discuss patient recruitment and solve problems related to data collection.

Statistical analysis

Data were entered into an Access database and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 16.0. Categorical variables were described as absolute frequencies and percentages. Quantitative variables with a

symmetrical distribution were described as means and standard deviation, and those with an asymmetrical distribution were presented as medians and interquartile ranges.

Ethical considerations

All patients were submitted to standard informed consent procedures and were only allowed to sign the consent forms after a thorough review of patients' rights and of the study objectives and limitations. The study was approved by the Institutional Review Board of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and by the respective boards of all centers included in the study. Patients received the equivalent of U\$ 15 after each interview as a compensation for their costs with food and transportation.

Results

Table 1 shows the demographic characteristics of the sample. There were significantly more men than women in the sample; the mean age was 36 years, but users from the CETAD center were younger than those selected at other centers. This center also showed a lower prevalence of white skin color. Education level was significantly lower at the PROMUD center. Unemployment was higher at the UDED center, however without a significant difference when compared with the other centers.

Table 1. Sample characteristics of substance abusers who sought treatment (n=740)

	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UDED (SP)	CPAD (RS)	P	TOTAL
Male sex (%)	85.2 ^b	86.0 ^b	46.2 ^a	88.7 ^b	80.7 ^b	<0.001	78.0
Mean age ± SD	31±12 ^a	37±11 ^{b,c}	40±12 ^c	36±10 ^c	36±12 ^b	<0.001	36±12

Income (R\$ - past 6 months)	4,000 (1,835-8,400) ^{a,e}	2,400 (1,000-5,000) ^{b,d}	2,400 (1,508-4,900) ^{a,d}	5,500 (2,956-8,700) ^{c,e}	3,000 (1,237-9,700) ^{a,b,c,d}	<0.001	3,600 (1,600-7,200)
Steady partner (%)	35.0 ^b	33.3 ^{a,b}	20.7 ^a	40.0 ^b	40.0 ^b	0.002	34
White ethnicity (%)	20.1 ^a	47.3 ^b	59.1 ^{b,c}	72.3 ^c	62 ^{b,c}	<0.001	52.5
Outpatient treatment (%)	46.3 ^{d,e}	35.1 ^{a,d}	97.3 ^b	65.8 ^c	57 ^{b,c,e}	<0.001	60.5
Elementary and high school (%)	80.7 ^b	62.7 ^{c,d}	56.7 ^{a,c}	77.3 ^b	74.7 ^{b,d}	<0.001	70.3
Unemployed (%)	43.3 ^{a,b}	51.3 ^b	57.3 ^b	34 ^a	50.7 ^b	0.001	47.4

* Categorical variables are expressed as absolute frequencies and percentages. Quantitative variables with a symmetrical distribution are expressed as means and standard deviation. Variables with an asymmetrical distribution are expressed as medians and interquartile ranges. Quantitative variables were compared using Analyses of Variance (ANOVA), followed by Tukey's test; categorical variables were analyzed by Chi square test and multiple comparisons, and asymmetrical by Kruskal-Wallis.

R\$ = Reais – Brazilian money equivalent to 1

** Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

The drug most frequently used at all sites was alcohol, followed by cocaine/crack. Marijuana was the third most frequent drug, and its use was more pronounced at CETAD, in the state of Bahia. Other psychoactive substances were homogeneously used across the centers, except for inhalants, which were more prevalent at PROJAD, in Rio de Janeiro.

Table 2: Use of alcohol and other drugs at the five research centers assessed*

Alcohol/drug use (prior 30 days)	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UDED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n =740 (%)
Alcohol	107 (76.4)	127 (84.7)	126 (84.0)	122 (81.3)	122 (81.3)	0.389	604 (81.6)
Marijuana	74 (52.9) ^a	57 (38.0) ^{a,b}	48 (32.0) ^b	61 (40.7) ^{a,b}	62 (41.3) ^{a,b}	0.010	302 (40.8)
Sedatives	42 (30.0) ^b	48 (32.0) ^b	47 (31.3) ^b	20 (13.3) ^a	42 (28.0) ^b	0.001	199 (26.9)
Cocaine/crack	75 (53.6) ^{a,b}	87 (58.0) ^a	62 (41.3) ^b	76 (50.7) ^{a,b}	78 (52.0) ^{a,b}	0.026	378 (51.1)
Stimulants	6 (4.3)	4 (2.7)	5 (3.3)	7 (4.7)	5 (3.3)	0.903	27 (3.6)
Hallucinogens	9 (6.4)	3 (2.0)	2 (1.3)	5 (3.3)	4 (2.7)	0.132	23 (3.1)

Inhalants	2 (1.4) ^{a,b}	18 (12.0) ^a	2 (1.3) ^b	4 (2.7) ^{a,b}	6 (4.0) ^{a,b}	<0.001	32 (4.3)
Opiates	1 (0.7)	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (1.3)	0 (0)	0.742	11 (1.5)

* Results expressed as number of subjects (%).

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

Table 3 describes the profile of alcohol consumption in the sample. There were significant differences in relation to years of alcohol use and abuse. CETAD, in the state of Bahia, showed the lowest time of alcohol use (in years), while PROJAD and PROMUD presented the highest results for this variable. The CPAD center also showed the lowest results for alcohol use, although differences were not significant. Alcohol use and binge drinking were higher at PROJAD and PROMUD when compared to the other centers. Drug use among alcohol users was more prevalent at CETAD.

Table 3: Characteristics of alcohol use at the five research centers assessed*

Variables	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UDED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n =740 (%)
Years of alcohol use [†]	3 (0-13) ^a	11 (2-20) ^b	10 (3-20) ^b	5 (0-16) ^{a,c}	9 (0-20) ^{a,b,c}	<0.001	8 (0-18)
Years of alcohol abuse [‡]	2 (0-8) ^c	9 (1-18) ^b	7 (1-15) ^{a,b}	4 (0-15) ^{a,c}	3 (0-14) ^{a,c}	<0.001	5 (0-15)
Alcohol use (days) [§]	8 (1-15) ^a	15 (3-30) ^b	10 (3-23) ^{a,b}	8 (1-24) ^{a,b}	7 (1-25) ^{a,b}	0.003	10 (1-23)
Binge drinking (days) [§]	4 (0-13) ^a	15 (1-29) ^b	8 (0-20) ^{a,b}	3 (0-19) ^a	3 (0-20) ^a	<0.001	5 (0-20)
Years of drug use [†]	5 (0-10) ^a	10 (0-15) ^b	5 (0-15) ^{a,b}	8 (0-15) ^{a,b}	7 (0-13) ^{a,b}	0.048	7 (0-14)
Concomitant use of drugs [§]	13 (1-27) ^a	8 (0-26) ^{a,b}	2 (0-15) ^b	7 (0-28) ^{a,b}	8 (0-28) ^{a,b}	0.006	7 (0-25)

* Results expressed as medians (interquartile ranges).

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

[†] 3 times per week or more.

[‡] 5 drinks per day or more.

[§] In the preceding 30 days.

In the analysis of SS-Rs, the Family/Child subscale presented higher results at the CPAD when compared with the other centers (significant differences in relation to PROJAD, PROMUD, and UDED). Also, there was a lower prevalence of legal problems at both sites located in the state of São Paulo (PROMUD and UDED). Conversely, severity of problems related to Family/Social Support showed a significantly lower prevalence at CETAD when compared with PROJAD, PROMUD, and UDED.

Table 4: Summary scores of the Addiction Severity Index (SS-Rs, ASI-6) obtained at the five research centers involved*

SS-R subscales	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UDED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n =740 (%)
Drug	49.8±10.4 ^a	47.4±10.8 ^{a, b}	45.5±11.2 ^b	47.8±12.0 ^{a, b}	49.1±11.5 ^a	0.012	47.9±11.3
Family/Child	52.9±8.1 ^{a, c}	51.5±7.5 ^a	51.2±7.1 ^a	49.6±5.3 ^d	54.8±9.3 ^{b, c}	<0.001	52.0±7.7
Alcohol	53.9±10.3 ^a	56.9±9.4 ^{a, b}	57.3±9.8 ^b	55.2±11.0 ^{a, b}	56.0±10.5 ^{a, b}	0.033	55.8±10.3
Psychiatric	48.4±7.7 ^a	51.2±8.4 ^a	50.0±8.4 ^{a, b}	50.6±8.4 ^{a, b}	51.5±8.7 ^b	0.017	50.4±8.4
Medical	45.5±8.6 ^a	49.0±8.5 ^b	45.2±10.1 ^a	44.3±10.6 ^a	49.2±9.1 ^b	<0.001	46.6±9.6
Legal	51.2±7.7 ^a	51.8±6.9 ^a	47.6±4.8 ^b	47.8±4.9 ^b	51.0±7.3 ^a	<0.001	49.9±6.7
Employment	40.5±11.1 ^a	45.9±9.3 ^b	43.7±10.1 ^a	39.8±11.6 ^a	42.7±10.8 ^{a, b}	<0.001	42.6±10.8
Family/Social Support	43.2±10.2 ^a	47.5±10.1 ^{b, c}	47.2±11 ^{b, d}	47.8±10.8 ^{c, d}	44.5±9.8 ^{a, b}	<0.001	46.1±10.5
Family/Social Problem	56.4±9.0 ^a	54.9±8.5 ^{a, c, d}	53±10.3 ^{b, c}	52.1±8.8 ^{b, d}	56.7±9.5 ^a	<0.001	54.7±9.3

* Results expressed as mean ± standard deviation.

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

Alcohol was the drug that most commonly motivated treatment seeking in the sample assessed, at all centers. The PROJAD center showed a higher

prevalence of cocaine and a lower prevalence of crack as the drugs that motivated treatment seeking (Table 5).

Table 5: Drugs motivating treatment seeking at the different centers assessed*

First, second or third drug motivating treatment seeking	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UDED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n=740
Alcohol	48.3 ^a	67.5 ^b	70.3 ^b	56.6 ^{a,b}	58.0 ^{a,b}	0.001	60.2
Marijuana	32.2 ^a	27.2 ^{a,b}	16.6 ^b	29.6 ^{a,b}	23.3 ^{a,b}	0.024	25.8
Cocaine	32.2 ^a	58.9 ^b	29.7 ^a	40.8 ^a	31.3 ^a	<0.001	38.7
Crack	35.7 ^a	8.6 ^b	24.1 ^a	25.7 ^a	37.3 ^a	<0.001	26.2
Stimulants, sedatives	2.8	3.3	6.9	2.6	6.0	0.233	4.3
Other drugs	18.9 ^{a,c}	45.7 ^b	12.4 ^a	27.0 ^c	21.3 ^{a,c}	<0.001	25.2
Anything	2.1	2.6	0	2	0.7	0.299	1.5

* Results expressed as number of subject (%).

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

A final analysis was conducted, using Student's *t* test, to compare SS-Rs between users who had never received treatment for psychoactive substance abuse (n=265, 36.1% of the sample) and those who had already been treated for substance abuse at one or more occasions (n=470, 63.9%). This analysis revealed significant differences between the two groups in the following areas: drug, psychiatric symptoms, legal, and family/social problems (p<0.05).

Discussion

The present study assessed the profile of drug abuse treatment seekers selected at five research centers located in four Brazilian states. Based on the data collected, we believe that the main goal of our study was met, namely, to improve our

knowledge of the characteristics of alcohol and drugs users seeking treatment at the Brazilian public health system, of the severity of problems related to drug abuse, and of the main drug motivating treatment seeking. Patients selected at the four Brazilian states were similar, suggesting that our sample was representative of the general population of treatment seekers in Brazil, although some distinguishing features will be addressed below. In addition, our findings highlight the complexities involved in substance abuse treatment, with several variables influencing treatment planning and patient management. Such a complex scenario includes both individual variables (e.g. the presence of comorbidities and addiction severity) and also environmental factors (e.g. characteristics of the health care system, social/family support, etc.).

As mentioned above and shown in Table 1, the samples selected at all participating centers were similar and heterogeneous in terms of demographic characteristics – even at PROMUD, a center that provides treatment mostly to female patients at an outpatient basis. A predominance of male patients has been reported in previous substance abuse studies and at specialized treatment facilities. Women, in turn, are known to more frequently seek help for the treatment of alcohol use and mental health problems,⁽²⁰⁾ but the stigma that still surrounds addicted women often delays or hinders their decision to seek treatment.⁽²¹⁾ Also, the fact that women usually report worse social support than men could influence the severity of their substance use.⁽²²⁾ A Brazilian study of female alcohol users treated at a specialized outpatient clinic showed that most of them presented severe dependence.⁽²³⁾

The mean age of our sample is in line with the relevant literature, which shows that substance abusers tend to seek treatment later in life than individuals with other

psychiatric disorders, probably as a result of a higher number of barriers to treatment initiation.⁽¹¹⁾ In turn, the higher mean age observed in our patients when compared with samples of non-alcohol drug users may be explained by the high rates of alcohol use and abuse observed in our study, as problems alcohol-related problems tend to manifest later in life.^(24, 25) Moreover, our results showed a tendency to lower alcohol consumption and increased marijuana consumption in the state of Bahia (CETAD) when compared with the other centers, which may also be associated with the younger sample recruited at that center.

We found a low rate of patients living with a partner, which probably reflects the difficulties of living with a drug addict. This finding was also more common among PROMUD patients, which is consistent with other Brazilian studies that suggest a low tolerance among males toward female drug-dependent partners.⁽²⁶⁾ Conversely, there is also evidence that a family environment marked by neglect, abandonment, physical abuse and lack of dialogue is associated with initiation of drug use.⁽²⁷⁾ Therefore, it is difficult to know whether the dysfunctional relationships commonly observed among drug users are caused by drug abuse *per se* or whether they are a consequence of dysfunctional family patterns.

As expected, patients recruited at CETAD, the only research center located in the state of Bahia, northeast Brazil, differed from the remainder of the sample with regard to ethnicity: CETAD patients were predominantly Afro-Brazilian, compared to a majority of Caucasians selected at the other regions. According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics, about 78% of the population in Bahia is Afro-Brazilian. Again, this is an example of the typical variability faced by studies conducted

in large countries such as Brazil and justifies the inclusion of data collection sites located in different regions in order to broaden the validity of the study.⁽²⁸⁾ However, in spite of the ethnic differences observed across the centers involved, the severity of problems related to the use of drugs was very similar in the different regions assessed.

Overall, the sample showed high education levels when compared to the general Brazilian population, and education level has long been associated with social and economic status in Brazil. As a result of flaws in the Brazilian public health system, individuals with better financial conditions tend to better identify and find treatment facilities, which probably explains the higher education rates found in our sample. Also, although education is known to be higher among women in Brazil, our study found lower results at the PROMUD center, where mostly women are treated. This finding may be the result of specific characteristics of the patients treated at that center, but it underscores the importance of studying the characteristics of drug users and to investigate how this population differs from non-drug users. A study conducted in the United States showed an association between poor literacy and higher rates of depressive symptoms in an alcohol- and drug-dependent population.^(29, 30) Our study did not confirm those findings, but the PROJAD center, located in Rio de Janeiro, interestingly showed the lowest education levels and also the highest rates of psychiatric symptoms.

Our sample also showed a higher rate of unemployment (47.4%) when compared to data available for the general Brazilian population. Official data for 2008 reveal much lower unemployment rates in Brazil, as low as 9.8%, which points to the severity of problems related to drug abuse, including poverty and a circular cause and

effect relationship involving job-seeking and unemployment among drug/alcohol users.⁽³¹⁾

Previous studies have shown high severity scores in many areas of the ASI-6 related to alcohol and drug use in individuals seeking specialized treatment.⁽³²⁾ Our sample showed a high prevalence of alcohol-related problems: 81% of the subjects had consumed alcohol in the 30 days preceding the interview (Table 2), and most reported alcohol abuse for about 5 years (Table 3). According to Caetano and Laranjeira, several factors contribute to the high rates of alcohol use observed in Brazil, e.g. the expansion of local alcohol industries as a result of socioeconomic growth, massive advertising, low pricing and the lack of adequate consumption policies.⁽³³⁾

A substantial percentage of the sample used marijuana in the 30 days preceding the interview (Table 2). The CETAD center showed the highest prevalence of marijuana use, which highlights the influence of cultural factors on the choice of drugs. Marijuana was introduced and distributed in Brazil through the Atlantic slave trade, which brought people from Africa in ships that reached mainly the state of Bahia, in the northeastern Brazilian coast. Some authors hypothesize that the high prevalence of marijuana use and abuse currently observed in the state of Bahia is still a legacy of that period.⁽³⁴⁾ Similarly, the high rate of inhalant use obtained in the PROJAD sample may suggest either a sample selection bias or a local cultural specificity in Rio de Janeiro.

The high rate of binge drinking found in the PROJAD sample (Table 3) confirms a consumption pattern that had already been reported among Brazilian youths and adults.^(35, 36) According to the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, the

concept of binge drinking or “heavy episodic drinking” emerged based on evidence suggesting an increased risk of problems associated with the consumption pattern, and is defined as the consumption of five or more alcoholic drinks for men and four or more drinks for women on one occasion and one-fourth of alcohol users drink excessive quantities of alcohol and present binge drinking-related problems⁽³⁷⁾. A Brazilian study conducted with 2,346 individuals aged 18 years or more showed that 28% regularly binge drank, and 25% reported at least one problem related to this behavior.⁽³⁸⁾

In the last decade, an increase in cocaine consumption has been documented in Brazil, both in the general population and among students, as a result of an increasingly widespread use of crack.^(5, 39-41) The barriers and difficulties faced by the Brazilian public health system to accommodate the needs of cocaine- and crack-dependent patients under treatment, especially as a result of the closure of psychiatric beds, are well known.^(42, 43) However, the majority of studies conducted in other countries to analyze the characteristics of treatment seekers have focused predominantly on alcohol abusers or cocaine snorters.^(44, 45) Therefore, there is a lack of studies assessing the characteristics of crack users and the role of crack as the drug motivating treatment seeking.

In our sample, crack use was one of the main reasons leading people to seek treatment. At the CPAD center, crack was the drug that motivated treatment seeking for almost half of the sample; in the remainder of the sample, crack use accounted for at least 30% of the drugs motivating treatment seeking (Table 5). The typical crack user has been defined as a youth, unemployed, coming from a broken family, presenting

with other psychiatric comorbidities and reporting concomitant use of other drugs. Crack use has been implicated in increased mortality rates among young people, especially as a result of crime and AIDS infection.⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾ Our results corroborate these findings: our PROJAD sample included the highest number of crack users and also presented the highest rate of legal problems (Table 4).

The results obtained for crack use in our sample underscore the current need to study the severity of problems related to the use of this particular drug. Crack was the second major drug motivating treatment seeking in our sample, a striking finding in view of the scarcity of information available on this drug in Brazil. Nevertheless, our results contribute to a better understanding of the profile of crack users and of their major concerns and reasons for seeking treatment, and therefore can be useful for the planning of therapeutic strategies.

The analysis of SS-Rs suggests that the differences observed across centers are the result of demographic and cultural factors that are inherent to studies conducted in large countries. In addition, none of the differences observed on SS-Rs reached statistical significance. Nevertheless, previous similar studies have used different versions of the ASI-6, which impeded the comparison of our data with the literature. Future studies are therefore needed to determinate whether or not our results can be generalized to other populations of drug users as well as to drug users not seeking treatment.

The severity of problems related to substance abuse is poorly understood in Brazil, but has been described in several studies conducted worldwide. U.S. studies have suggested a possible association between traumatic events in childhood and increased drug abuse severity, in addition to a greater vulnerability to relapse in this

subgroup of patients.^(49, 50) Another study conducted in India in 2003 showed that individuals seeking treatment for substance abuse, especially those presenting with psychiatric comorbidities, have a higher risk of contracting HIV.⁽⁵¹⁾ Similar findings have been reported in Brazil⁵⁰.

Another important issue in this scenario is the possible relationship between substance abuse-related problems and the patients' reasons for seeking treatment. There is evidence that physical symptoms such as abstinence-related pain often motivate seeking treatment.⁽²²⁾ A Canadian study has shown that, in a population of alcohol abusers, those with a diagnosis of dependence were more likely to seek treatment, suggesting an influence of severity of dependence on this outcome.⁽⁴⁴⁾ However, most studies so far have been performed in populations with low rates of crack abuse when compared with Brazil. This difference may suggest that the pattern of drug consumption in general and of crack consumption in particular in Brazil may be different from (and significantly higher than) that in other countries. Finally, the increasing mortality rates associated with crack use in young populations further underscores the severity of the crack epidemic in Brazil.⁽⁵²⁾

In 2008, a sample of female patients seeking treatment for alcoholism was assessed for differences between early dropout and non-dropout patients. The study did not identify any social or demographic factor significantly associated with early dropout, but suggested an association of the latter with the pattern of alcohol consumption.⁽⁵³⁾ Another study assessing a population of female drug users undergoing psychiatric treatment in São Paulo showed that representations on the use of alcohol in these women were linked to family, profession and gender issues, indicating that the

search for treatment was not only motivated by substance use *per se*, but by all areas affected by such use.⁽⁵⁴⁾

Our findings confirm previous evidence suggesting that the management of patients seeking drug abuse treatment should take several different aspects into consideration, e.g. education, employment, and family relationships, which often appear as areas of concern for these individuals; however, little information is available on the severity and impairment associated with drug use in these areas.⁽⁵⁵⁾ Several treatment programs tend to focus on reducing drug use and ignore the psychosocial problems underlying the patient's decision to seek assistance. Initiatives that do not prioritize patient's needs commonly have higher rates of treatment noncompliance.⁽⁹⁾

Finally, another aspect that should be taken into consideration is that the specific characteristics of the health care services sought by drug users may also influence their decision to seek treatment. Such aspects may include political issues (e.g. the funding received by each service) and also characteristics of each individual treatment program (e.g. complex admission criteria, absence of appropriate services for groups such as women, waiting lists, and lack of cooperation across service organizations).⁽¹¹⁾ Therefore, further studies should be carried out with the aim of providing a detailed profile of the health care services available for drug users in Brazil, with a focus on identifying variables that may influence specialized treatment seeking.

In sum, efforts should continue to be directed toward the identification and understanding of populations at greater risk of drug abuse and to continuously improve our knowledge of addictive behaviors in Brazil and in the world. Taken together, these data could be extremely useful for the development of cost-effective

interventions aimed at increasing treatment seeking and treatment compliance rates, consequently decreasing relapse and reducing the social and financial costs involved in the treatment of substance abuse.

References

1. Niel M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: Artmed, editor. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira; 2011.
2. Galduroz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas dentre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras - 1997. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo 1997.
3. Noto A, Galduróz J. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(1):145-51.
4. Carlini EA, Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001. 2002.
5. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. p. 1-472.
6. Bastos F, Bertoni N, Hacker M. [Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005.]. *Rev Saude Publica*. 2008;42 Suppl 1:109-17.
7. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):503-13.
8. Ciraulo D, Piechniczek-Buczek J, Iscan E. Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(2):381-409.
9. Otiashvili D, Djordjevic A, Morales D, Parsons A, Platt E, Stempliuk V. Factors related to the process of seeking and completing treatment for drug abuse (qualitative methods in drug abuse research). *Georgian Med News*. 2005(122):29-32.
10. Locastro JS, Potter JS, Donovan DM, Couper D, Pope KW. Characteristics of first-time alcohol treatment seekers: the COMBINE Study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(6):885-95.
11. Rapp R, Xu J, Carr C, Lane D, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30(3):227-35.
12. McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE, Luborsky L, et al. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(6):1141-58.
13. Bastos F, Bertoni N, Hacker M. [Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005.]. *Rev Saude Publica*. 2008;42 (1):109-17.
14. Silva O, Yonamine M. Drug abuse among workers in Brazilian regions. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):552-6.
15. Laranjeira R, Marques A, Ramos SP, Campana A, Luz EJ, França J. Who runs alcohol policy in Brazil? *Addiction*. 2007;102(9):1502-3.
16. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry*. 2000;176:285-9.
17. Borges C, Baptista T. [The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004]. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):456-68.
18. Moraes M. [Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners]. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):121-33.

19. Henrique I, De Micheli D, Lacerda R, Lacerda L, Formigoni M. [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):199-206.
20. Green C, Polen M, Dickinson D, Lynch F, Bennett M. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2002;23(4):285-95.
21. Wechsberg W, Luseno W, Ellerson R. Reaching women substance abusers in diverse settings: stigma and access to treatment 30 years later. *Subst Use Misuse.* 2008;43(8-9):1277-9.
22. Stein M, Mulvey K, Plough A, Samet J. The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *J Subst Abuse.* 1998;10(1):75-84.
23. Elbreder MF, Siqueira MM, Laranjeira R, Barbosa DA. Profile of female alcohol users in specialized outpatient clinic. *J bras psiquiatr.* 2008;57(1):9-15.
24. Hingson R, Heeren T, Winter M. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(7):739-46.
25. Chen C, Storr C, Anthony J. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav.* 2009;34(3):319-22.
26. Zilberman M, Hochgraf P, Brasiliano S, Milharcic S. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Subst Use Misuse.* 2001;36(8):1111-27.
27. Bernardy C, de Oliveira M. [The role of family relationships in the initiation of street drug abuse by institutionalized youths]. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):11-7.
28. IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
29. Lincoln A. Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):818-22.
30. Lincoln A, et al. Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):818-22.
31. Santos GPG. Unemployment, informality and precariousness: the labor market situation in Brazil after 1990. *Pro-Posições.* 2008;19(2):151-61.
32. McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict.* 2006;15(2):113-24.
33. Caetano R, Laranjeira R. A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry. *Addiction.* 2006;101(2):149-52.
34. Fraga PCP. Plantios ilícitos no Brasil: notas sobre a violência e o cultivo de cannabis no polígono da maconha. *Cadernos de Ciências Humanas - Especiaría.* 2006;9(15):95-118.
35. Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2006;22:193-200.
36. Silveira CM, Wang Y, Andrade AG, Andrade LH. Heavy Episodic drinking in the Sao Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and sociodemographic correlates. *Journal of Studies Alcohol and Drugs.* 2007;68(1):18-27.
37. Wechsler H, Nelson TF. Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychol Addict Behav.* 2001;15(4):287-91.
38. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Uniad – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, e Senad – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional. 2007.
39. Galduróz J, Noto A, Nappo S, Carlini E. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country--2001. *Addict Behav.* 2005;30(3):545-56.

40. Ferri CP, Laranjeira R, Da Silveira DX, Dunn J, Formigonl MLOS. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatorios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. *Rev Ass Med Brasil*. 1997;43(1):25-8.
41. Inciardi J, Surratt H, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L, da Silva E, et al. Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38(3):305-10.
42. Kessler F, Pechansky F. A contemporary psychiatric view on the crack phenomenon. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008;30(2):1-3.
43. Kessler F, Woody G, De Boni R, Von Diemen L, Benzano D, Faller S, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure. *Public Health*. 2008;122(12):1349-55.
44. Cunningham J, Breslin F. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict Behav*. 2004;29(1):221-3.
45. Evren C, Dalbudak E, Cakmak D. Personality dimensions in male patients with early-onset alcohol dependence who seek treatment. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46(3):204-6.
46. Duailibi L, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 4:s545-57.
47. Carvalho H, Seibel S. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(9):857-66.
48. Guimarães C, Santos D, Freitas R, Araujo R. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):101-8.
49. Schumacher J, Coffey S, Stasiewicz P. Symptom severity, alcohol craving, and age of trauma onset in childhood and adolescent trauma survivors with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Am J Addict*. 2006;15(6):422-5.
50. Clark H, Masson C, Delucchi K, Hall S, Sees K. Violent traumatic events and drug abuse severity. *J Subst Abuse Treat*. 2001;20(2):121-7.
51. Carey M, Chandra P, Carey K, Neal D. Predictors of HIV risk among men seeking treatment for substance abuse in India. *Arch Sex Behav*. 2003;32(4):339-49.
52. de Carvalho H, Seibel S. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(9):857-66.
53. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MMd, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J bras psiquiatr [serial on the Internet]*. 2008;57(1):9-15.
54. Campos EAd, Reis JG. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface**. 2010;14(34):539-50.
55. Figlie NB, Laranjeira R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(1):63-7.

Artigo 2

Publicado no periódico Journal of Addiction Research & Therapy (Fator de Impacto 2.86)

Factors associated with a quality of life decrease in alcoholic patients who sought treatment

Running title: Factors associated with a quality of life decrease in alcoholics

Sibele Faller^{1*}, Neusa Sica da Rocha², Daniela Benzano¹, Ana Flávia Silva Lima², Anderson Ravy Stolf¹, Anne Orgler Sordi¹, Helena Moura¹, Ana Carolina Peuker¹, George E. Woody³, Brazilian ASI Group, Flavio Pechansky¹, Felix Kessler¹, Lísia von Diemen¹

¹Center for Drug and Alcohol Research, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry-UFRGS-Brazil

³Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania and Treatment Research Institute, Philadelphia, PA 19106, USA

Brazilian ASI Group:

Maria Lucia Souza-Formigoni^{**}, Marcelo Santos Cruz^{***}, Sílvia Brasiliano^{****}

^{**}Department of Psychobiology, Federal University of Sao Paulo, SP, Brazil

^{***}Psychiatric Institute, Federal University of Rio de Janeiro, RJ, Brazil

^{****}Women Drug Dependent Treatment Center, University of Sao Paulo, SP, Brazil

Funding: This study was supported by the Brazilian Secretariat for Drug Policies under grant # 005/2005.

Conflict of interests: None

*Corresponding author:

Sibele Faller, BA, MSc

68, Carvalho Monteiro St., ap 302

CEP: 90470-100. Porto Alegre, RS, Brazil

Abstract

Objective: We investigate the quality of life (QoL) of subjects with alcohol abuse/dependence, and we focus on aspects that are associated with alcohol consumption.

Methods: We included inpatients and outpatients (n=174) of an addiction treatment program. All of the patients had had problems related to alcohol within the last 30 days. We used the WHOQOL-BREF to measure the patients' QoL, and we used the ASI-6 to investigate the severity of problems related to alcohol and substance use. The main outcome measures considered for the linear regression analyses were the WHOQOL-BREF domains. The independent factors were the scores in the ASI-6 areas.

Results: We found a negative correlation between the WHOQOL-BREF and the ASI-6. Significant correlations were included in the multiple linear regression pattern, which considered $p < 0.05$ to be the cut off of statistical significance. We examined the regression analyses between the ASI-6 summary scores and the WHOQOL-BREF domains using variables that presented statistical significance in the correlation analysis. All ASI-6 problem areas showed negative correlations with domains.

Conclusion: The decrease in QoL was not directly linked to the severity of alcohol use but rather with its consequences. The ASI-6 medical area was associated with a lower QoL in all of its domains. Measures of the problems related to alcohol misuse seem to be a significant predictor of QoL scores; the more often that alcohol is a problem in a patient's life, the worse the patient's QoL will be. Instead of treatment, other strategies should be developed to address these problem areas to not only reduce substance use but also to significantly improve the QoL of alcoholics.

Keywords: Alcohol, Alcoholics, Quality of life, Treatment, Problems

Introduction

Harmful alcohol use is a worldwide problem that results in millions of instances of death, disease, injury, and violence [1]. The significant interpersonal, psychological, and medical problems that arise due to alcohol misuse have an impact on different quality of life (QoL) domains. The construct of QoL encompasses the central notion that health is not restricted to the absence of disease; it also includes a state of social,

mental, and physical well-being that is consistent with the definition of health proposed by the World Health Organization [2-4].

The presence and absence of alcohol-use disorders are strongly associated with changes in mental and psychological functioning. Individuals who became alcohol dependent show a significant decrease in QoL scores; individuals who achieve full and partial remission from alcohol dependence show a significant improvement in QoL [5,6]. Notwithstanding several populational studies that have demonstrated that low doses of alcohol may improve QoL (particularly in individuals older than 40 years [7,8]), all statistically significant associations between moderate drinking and improvement in QoL disappear when controlling for confounding factors [9]. Similarly, data have demonstrated that the high severity of problems in many areas of the Addiction Severity Index sixth version (ASI-6) such as social, physical, and interpersonal relations is related to the severity of alcohol and drug use in individuals who seek specialized treatments. On the other hand, abstinence from alcohol is associated with a reduction in the severity of problems related to alcohol misuse [10].

QoL is also an important factor for establishing treatment outcomes of alcohol misuse [11]. Some authors [12,13] have reported that different therapeutic interventions may improve the QoL of patients suffering from alcohol misuse, which suggests that QoL may be an indicator of treatment efficacy. Moreover, the intensity of care provided to the psychological and social domains of QoL are significantly influenced by the severity of dependence [14].

Although the decrease in QoL aspects in alcohol users is well established in the literature, the problems related to alcohol consumption that are linked to this decrease are not well known. The purpose this study is to investigate the QoL of subjects with alcohol abuse/dependence; we also focus on which aspects are associated with the consumption.

The relationship between ASI dimensions and QoL, particularly when related to QoL outcomes can provide clues about the potential value of these variations, with a consequent impact on the individual's life. QoL is a powerful indicator that can help set priorities to implementing better medical and psychotherapeutic interventions for alcoholic patients and in the designing of public policies.

Materials and Methods

Design

We conducted a multicenter cross-sectional study between January and November 2006. We collected our sample from three research centers located in Brazilian state capitals (Rio de Janeiro, São Paulo – southeast region – and Porto Alegre – south region).

Sampling procedures

This study is a part of a broader, ongoing study with a target sample of 300 current adult (males or females older than 18) substance abusers from outpatient and inpatient units with a history of alcohol use within 30 days of the interview.

We recruited participants from hospitals and outpatient units among patients seeking specialized treatment for drug abuse or dependence. All patients reporting drug abuse or dependence as the main reason for their treatment were invited to participate in our study. Patients were included in the study as they were admitted to the treatment; no media advertisements were conducted. We interviewed the patients with a focus on the period immediately preceding the date of admission.

The entire sample was diagnosed with alcohol abuse or dependence measured by MINI, the International Neuropsychiatric Interview [15]. All individuals who answered "Alcohol" to a specific ASI question – "Which substance listed (Alcohol, Marijuana, Sedatives, Cocaine, Crack, Stimulants, Hallucinogens, Heroin, Methadone, Other Opiates, Inhalants, Tobacco) is causing you the most difficulty and may have led to your entering treatment?" – were considered in the sample.

The inclusion criteria included an age of at least 18 and the use of at least one of the substances under investigation in the 30 days prior to the interview. The only exclusion criterion was the presence of neurological or severe psychiatric illness with active symptoms at the time of the interview. The symptoms were ascertained by trained clinical interviewers. Of the 311 patients screened, seven patients were not included in the sample because of severe depressive or psychotic symptoms, and four patients did not agree to participate in the study. Two additional subjects failed to complete the QoL instruments and were excluded.

Instruments

All patients included in the study were assessed using the Brazilian version of the ASI-6, a multidimensional, semi-structured interview lasting between 45 and 90 minutes that was administered by a previously trained interviewer. The individuals' lifetime and current status were evaluated according to seven functional areas: medical status, employment and support, legal status, family and social status, psychiatric status, alcohol use, and drug use. The assessment of symptoms/problems in each functional area included the patient's lifetime, the previous six months, and, in particular, the 30 days prior to the interview. The ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs) is a summary of scores that assesses functioning status in the last 30 days and provides objective information derived from items based on a combination of rational and empirical methods. The ASI-6 SS-Rs were psychometrically derived using nonparametric item response theory and classical psychometric methods and were then standardized, which has the advantage of reducing the extent of the skewness in the scores. The SS-Rs has already been translated to Brazilian Portuguese and generates one score for each area, except for the family/social area, for which three scores are generated (problems, support, and child problems). The SS-Rs are represented as standardized T-scores with a mean of 50 and a standard deviation (SD) of 10, and they may range from 0–100. A higher score in a given area means that a patient is more impaired by problems related to that area, which indicates a more severe problem [10,16-18].

We assessed QoL using the WHOQOL-BREF, an international cross-culturally comparable QoL assessment instrument. The WHOQOL-BREF is a short version of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument composed of 100 questions (WHOQoL-100). The WHOQOL-BREF is a widely used self-report instrument to measure QoL. It was developed simultaneously in 15 international centers and validated in Brazilian Portuguese. It assesses individuals' perceptions in the context of their culture and value systems and their personal goals, standards, and concerns. The WHOQOL-BREF includes 26 items that measure QoL in the following broad domains: physical health, psychological health, social relations, and environment [19].

Logistics and quality control

In order to ensure quality control, field interviewers were trained and received continuous supervision and support from coordinators. In order to analyze the inter-rater reliability, we compared the scores of 41 random pairs of interviewers from all centers who individually interviewed the same patient (a total of 41 patients). The inter-rater comparisons exhibited similar scores between interviewers in all areas of the ASI-6 except for employment, which was not used in the present analysis, and alcohol areas. The effect size for differences in the means obtained in each group was moderate (0.75) for the employment subscale and small (0.43) for the alcohol subscale.

Procedures and analyses

We entered the data into an Access database and exported them to SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; Chicago II, USA) version 16.0 where we performed the analyses. One person was responsible for checking the data entry and performing the quality control. We described the categorical variables as absolute frequencies and percentages. The quantitative variables with a symmetric distribution were described as means and SDs; variables with an asymmetric distribution were presented as medians and interquartile ranges.

The age variable exhibited a significance lower than 0.20 ($P = 0.136$) in the groups divided by the ASI-6 alcohol severity scores. Therefore, we decided to adjust the comparison of the WHOQOL-BREF domains among the tertiles according to the age variable in the regression model. We used Pearson's correlation coefficient to evaluate the correlation between the ASI and WHOQOL-BREF variables.

The main outcome measures considered for the linear multiple regression analyses were the WHOQOL-BREF domains. The independent factors were the areas of the ASI score and potentially confounding factors such as age, gender, and educational level.

Ethical considerations

Standard informed consent was obtained from all of the study participants. Each participant also received a voucher equivalent to \$US 15 to compensate him or her for time spent and transportation. The study was approved by the Institutional Review

Board of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and by the respective boards of all centers included in the study.

Results

Among the 298 individuals included in this sample, 174 subjects noted in the ASI-6 that alcohol caused serious problems in their lives and led them to seek treatment (Table 1). These subjects were included in the present study. All of the subjects that we selected had current problems with alcohol detected by the ASI. The most prevalent drugs used in the sample included marijuana (n=115; 38.5%), cocaine (n=109; 36.5%), and sedatives (n=78; 26.1%).

Table 1: Sample characteristics of the 174 alcohol misusers

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sex – male	153	87.4
Age – years*	41.6	± 8.7
Ethnicity – white	107	61.1
Inpatient	87	50.0
Marital status – with partner	69	39.4
Primary and high school education	117	67.2
Employed	62	35.6
Years of alcohol use (3 times a week or more)**	14	5–23
Years of alcohol abuse (5 or more drinks/day)**	10	4–20
Number of treatments for drugs or alcohol use**	1	0–3
Number of days of alcohol use (last 30 days)**	20	6–30
Daily drinking (last 6 months)	110	62.9
Number of days of binge drinking – 5 (men) or 4 (women) drinks/day (last 30 days)**	15	3–29
Extremely worried about alcohol use	86	49.1
Reported the need for total alcohol abstinence	143	81.7
Number of days of marijuana use (last 30 days)**	2.0	0–10
Number of days of sedative use (last 30 days)**	2.5	0–20
Number of days of cocaine use (last 30 days)**	3.0	0–10

* Mean and standard deviation

** Median and interquartile range

The mean ASI SS-Rs for each ASI area was: 38.58 (SD=7.46) for medical status, 55.55 (SD=7.82) for employment and support, 43.60 (SD=6.77) for family and social status, 52.93 (SD=7.98) for psychiatric status, 49.32 (SD=9.20) for alcohol use, and 53.00 (SD=6.77) for drug use. According to the QoL domains, the means were 46.42 (SD=23.08) for social relations, 59.04 (SD=20.25) for the physical domain, 54.27

(SD=19.59) for the psychological domain, and 51.49 (SD=18.16) for the environmental area. In order to obtain a better understanding of the variables correlated with QoL, we conducted an analysis of Pearson's coefficients between the WHOQOL-BREF domains and the ASI summary scores. We found a negative correlation between these measures. The significant correlations were included in the multiple linear regression pattern, which considered $p < 0.05$ to be the level of statistical significance (Table 2). Based on the bivariate correlations, the ASI medical and psychiatric scores exhibited the highest correlation coefficients with all the WHOQOL-BREF domains. It is important to highlight that these significant correlations were in an inverse sense: The higher the ASI scores, the lower the QoL scores. Problems related to alcohol-related effects (ASI-6) such as medical, psychiatric, and employment issues were found for QoL scores when controlling for sociodemographic variables. We examined analyses between the ASI-6 summary scores and the WHOQOL-BREF domains with the variables showing statistical significance in the correlation analysis. In the physical domain model, 52% of the result variations could be explained by age and the significant scores of medical, psychiatric, and employment areas of the ASI. The psychological domain was also affected by the same variables, which corresponded to 37% of the variance explained by the model. In terms of the social and environmental domains, the major correlated variables were social support and medical domain with total variances of 27% and 38%, respectively. It is essential to note that the variable related to alcohol use did not show significant correlation with any of the WHOQOL-BREF domains.

Table 2: Regression analysis for quality of life domains regarding demographics and ASI-6 summary scores of 174 alcohol misusers

Variables	WHOQOL Physical		WHOQOL Psychological		WHOQOL Social Relation		WHOQOL Environment	
	B*	p	B*	p	B*	p	B*	p
Gender male	2.0 (-4.7; 8.7)	0.55	7.0 (-0.5; 14.5)	0.07	11.0 (1.6; 20.4)	0.02	-1.1 (-7.8; 5.7)	0.76
Age > median**	-6.7 (-11.2; -2.3)	<0.05	-6.6 (-12.0; 1.1)	0.02	-6.0 (-12.8; 0.8)	0.09	2.2 (-2.2; 6.7)	0.32
Educational level < 8y	-1.3 (-5.9; 3.4)	0.60	-0.2 (-5.4; 5.0)	0.94	1.7 (-4.8; 8.3)	0.61	-7.4 (-12.1; -2.6)	<0.01
Drug	-	-	-0.2 (-0.5; 0.1)	0.06	-0.3 (-0.6; -0.1)	0.05	-	-
Family/Child	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcohol	-0.1 (-0.4; 0.2)	0.52	-	-	-	-	-	-
Psychiatric	-0.5 (-0.8; -0.2)	<0.05	-0.6 (-0.9; -0.2)	<0.05	-0.1 (-0.5; 0.3)	0.71	-0.1 (-0.8; -0.2)	0.50

Medical	-1.0 (-1.3; -0.8)	<0.05	-0.6 (-0.9; -0.3)	<0.01	-0.5 (-0.9; -0.2)	<0.01	-0.5 (-0.8; -0.2)	<0.01
Legal	-	-	-	-	-	-	-	-
Employment	-0.3 (-0.6; -0.1)	<0.05	-0.2 (-0.5; 0.1)	0.06	-0.1 (-0.4; 0.1)	0.32	-0.3 (-0.5; -0.1)	<0.01
Family Social Support	-0.1 (-0.4; 0.1)	0.19	-0.2 (-0.4; 0.1)	0.16	-0.7 (-1.0; 0.4)	<0.01	-0.5 (-0.7; -0.3)	<0.01
r²	0.52		0.37		0.27		0.38	

*Adjusted

**Mean = 41.6 years old

Analyses between the ASI-6 summary scores and WHOQOL domains were examined with variables that presented statistical significance in the correlation analysis.

Discussion

The decrease in QoL in the studied population was not directly linked to the severity of alcohol use but was rather linked to the typical problems found in a sample of alcoholics such as medical issues. The ASI medical area, which includes physical conditions, impairment, involvement with treatments, perceptions about pain and concern about one's own health, was associated with lower QoL in all its domains even when adjusted for other confounding factors. The main findings of the present study are that the measures of the problems related to alcohol misuse seem to be a significant predictor of QoL scores and that the more often alcohol turns out to be a problem in a patient's life, the worse the patient's QoL will be. The problems observed in alcoholics, such as medical issues, are associated with the decrease of QoL more than the alcohol use itself.

The ASI psychiatric scores were negatively correlated with physical and psychological domains after adjustment in the multivariate analyses. In addition, problems related to employment were correlated with the QoL physical and environmental domains even after adjustment. We also showed that the ASI subscale related to family and social problems had a negative correlation with the WHOQOL-BREF environmental and social domains according to the regression analysis. Previous studies have also demonstrated the frequent occurrence of psychiatric comorbidity among individuals with substance dependence and the fact that this comorbidity can affect QoL [20-23]. This fact is in agreement with our finding that the psychiatric composite scores of ASI-6 demonstrated an important association with QoL scores, which showed that the concomitant presence of psychoactive drug abuse and other mental disorders significantly impairs these individuals' lives. According to

Kalman et al. [24], the presence of comorbid psychiatric disorders significantly reduces the association between alcohol dependence and health-related quality of life (HRQoL). Individuals with a history of alcohol dependence and one or more other psychiatric disorders had a significantly lower HRQoL in domains related to psychological and social functioning than subjects with alcohol dependence only [24]. Those results are also consistent with a study comparing three groups of patients: alcohol-dependent patients only, patients with alcohol dependence and anxiety, and patients with alcohol dependence and depression. The concomitant presence of symptoms of anxiety and depression and alcohol dependence caused an increase in the severity of addiction-related problems and had a negative effect on QoL [25]. In a three-week, alcohol-dependence inpatient program (n=414), the mean summary scores corresponding to the physical and mental components of QoL were significantly lower at baseline than when the patients were discharged from the hospital. Patients with a high alcohol intake and no somatic comorbidities showed a significant improvement of their summary scores in the physical component of QoL; the improvement in the psychological component of QoL was more pronounced in patients without psychotic symptoms and among individuals who abused or were dependent on illicit drugs. Female gender, old age (> 45 years), and emotional isolation were among the variables negatively related to QoL, and the treatment was more effective for those patients with poorer QoL scores at baseline [13]. We demonstrate this association in this study by means of regression models with relatively high variances showing that alcohol-related problems cause a prominent impairment in QoL. In a previous cross-sectional pilot study, chronic alcoholics were evaluated using the WHOQOL-BREF; subjects with low or moderate alcohol dependence had higher scores in the WHOQOL-BREF domains than the alcoholics with severe dependence [23]. In addition, patients with severe alcohol dependence had higher scores of psychiatric symptoms compared with patients with mild or moderate alcohol dependence; the amount of alcohol intake may play a role in the severity of drinking-related problems.

The ASI-6 aspects related to physical health and psychiatric problems were more strongly associated with the WHOQOL-BREF physical and psychological domains,

which reveals the perception of these symptoms with regard to QoL but not their association with alcohol consumption. When we tested the association of many variables – such as pain and discomfort, energy and fatigue, sleep and rest, daily life activities, dependence on medication or treatment and capacity to work, the presence of positive feelings, memory and concentration, self-esteem, corporal image and appearance – in the entire sample with a regression model, our analyses revealed no significant association between alcohol use and the WHOQOL-BREF domains. On the other hand, the ASI showed that when the participants were asked about the drugs that caused them more problems and led them to seek treatment, they answered that alcohol and cocaine caused the most damage.

It is worth emphasizing that 58% of the sample was concerned about alcohol use, and 74% indicated treatment as being extremely important, which demonstrates that most subjects were motivated to undergo treatment and were aware of their alcohol-related problems. In a recent longitudinal study [12] of adolescent abusers/individuals dependent on marijuana or alcohol, people who received a brief intervention of motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy exhibited a significant reduction in the number of days of marijuana or alcohol use and a significant increase in their QoL over a 12-month period. The authors found that the changes in the number of days of use were primarily restricted to acute treatment (from 0–3 months); changes in QoL occurred throughout the 12-month assessment period. These findings suggest that as the adolescents reduced the frequency of their substance use they also experienced an increase in their QoL.

The ASI-6 medical domain was the only factor correlated with all QoL domains. This outcome may indicate that this population perceives the decrease in their QoL through physical symptoms or the need for treatment for other clinical conditions rather than by means directly linked to alcohol use. Schaar and Ojehagene [21] investigated QoL predictors in a group of subjects with psychoactive substance dependence and severe mental illness using the DSM-III-R criteria (N = 288; 62.4% males). The results showed significant QoL improvement, which was associated with improvements in physical health, a decrease in the number of legal and family problems, reduced psychiatric symptoms, and a decrease in the number of alcohol and

drug problems (ASI), improvement in global functioning (Global Assessment of Functioning - GAF), and a reduction of psychological problems (Symptom Checklist-90 - SCL-90) during an 18-month follow-up. Multiple regression analysis revealed that the improvement in psychiatric symptoms was predictive of better QoL. In addition, the number of months that a patient abstained from using alcohol and drugs was positively associated with increased subjective feelings of QoL [21]. These findings corroborate the notion that QoL is negatively correlated with the severity of alcohol-related problems even when the perception of impairment in the QoL of these patients is not always related to consumption variables or alcohol withdrawal symptoms. Therefore, these results are consistent with previous studies supporting the importance of considering secondary non-drinking outcomes in clinical alcohol treatment trials [26]. Our findings demonstrate a lack of correlation and low/moderate associations between some ASI dimensions and the WHOQOL-BREF domains. Therefore, our data agree with previous studies showing that the pattern of alcohol use is important both for the QoL of alcohol abusers and other aspects of their lives. Psychiatric and/or physical comorbidity, the concomitant use of psychoactive substances, social support, sleep quality, and leisure time affect the QoL of these subjects [27-30]. Family and social support also appears to have an influence on physical health, social relations, and environment domains. The ASI questions are closely related to damage caused by alcohol use in terms of caring, problems caused to the family, and legal issues regarding child custody.

Study limitations

We acknowledge that there are some limitations to our study. Even though many studies have shown that a decrease in alcohol consumption is a relevant aspect for QoL changes, understanding the relationship among these measures is still complex, particularly if changes occur at the same time [31,32]. Another aspect is the limited capability for generalizing data because the sample included predominantly men from drug dependence treatment centers. The fact that these men sought treatment might have also influenced the QoL analysis. We can assume that these individuals likely experienced more QoL damage than the general population; they accordingly sought treatment. A thorough study of the association between

comorbidity and QoL relation and normative data for WHOQOL scores with the objective of comparing them between groups is also merited.

Conclusion

In conclusion, our findings support the use of ASI measures to evaluate the association of alcohol use with QoL assessed using the WHOQOL-BREF. Our results demonstrate a negative association of severity of alcohol-related problems on QoL, especially in the physical and psychological domains, which suggests that the QoL measure must be considered to be a relevant outcome for the health of those subjects. Investigating QoL in the context of alcohol dependence is relevant because this disease is chronic. Biochemical markers and even abstinence may not reflect a patient's QoL, which may limit the allocation of resources and the evaluation of treatment outcomes. Within this context, the assessment of QoL might be a more accurate method to measure the impact of alcohol dependence on health and the costs and benefits of treatment [28]. We accordingly suggest that QoL measures should be used to complement a traditional clinical evaluation. Therapeutic interventions should address these problem areas not only to reduce substance use but also to significantly improve the QoL of alcoholics.

References

1. WHO (2011) Global status report on alcohol and health., Vol. 2011. World Health Organization.
2. Testa MA, Simonson DC (1996) Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 334: 835-840.
3. Rocha NS, Fleck MP (2009) Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev Saude Publica* 43: 147-153.
4. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP (2011) Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res.*
5. Dawson DA, Li TK, Chou SP, Grant BF (2009) Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. *Alcohol Alcohol* 44: 84-92.
6. Kraemer K, Maisto S, Conigliaro J, McNeil M, Gordon A, Kelley M (2002) Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *J Gen Intern Med* 17: 382-386.

7. Byles J, Young A, Furuya H, Parkinson L (2006) A drink to healthy aging: The association between older women's use of alcohol and their health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc* 54: 1341-1347.
8. Strandberg A, Strandberg T, Salomaa V, Pitkälä K, Miettinen T (2004) Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age. *Am J Clin Nutr* 80: 1366-1371.
9. Saarni SI, Joutsenniemi K, Koskinen S, et al. (2008) Alcohol consumption, abstaining, health utility, and quality of life--a general population survey in Finland. *Alcohol* 43: 376-386.
10. McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D (2006) The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 15: 113-124.
11. Malet L, Llorca P, Beringuier B, Lehert P, Falissard B (2006) AIQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* 41: 181-187.
12. Becker S, Curry J, Yang C (2009) Longitudinal association between frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief outpatient intervention. *Psychol Addict Behav* 23: 482-490.
13. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin H (2009) Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci* 6: 160-167.
14. Nalpas B, Matelak F, Martin S, Boulze I, Balmes JL, Crouzet C (2006) Clinical management methods for out-patients with alcohol dependence. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 1: 5-15.
15. Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo* 22: 106-115.
16. Kessler FHP, Cacciola J, Faller S, et al. (2007) Multi-center transcultural adaptation of the sixth version of Addiction Severity Index (ASI6) for Brazil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 29: 335-336.
17. Kessler FHP, Cacciola J, Alterman A, Faller S, Formigoni ML, Cruz, MS, Brasiliano S, Pechansky F (2012) Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. *RBP Psychiatry* 34: 24-33.
18. Denis CM, Cacciola J, Alterman A (2013) Addiction Severity Index (ASI) summary scores: comparison of the Recent Status Scores of the ASI-6 and the Composite Scores of the ASI-5. *J Subst Abuse Treat.* 45(5): 444-450.
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. (2000) [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* 34: 178-183.
20. Romeis J, Waterman B, Scherrer, J, et al. (1999) The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *J Stud Alcohol* 60: 653-662.

21. Schaar I, Ojehagen A (2003) Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38: 83-87.
22. Meyer C, Rumpf H, Hapke U, John U (2004) Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 435-441.
23. da Silva Lima A, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop, P (2005) Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res* 14: 473-478.
24. Kalman D, Lee A, Chan E, et al. (2004) Alcohol dependence, other psychiatric disorders, and health-related quality of life: a replication study in a large random sample of enrollees in the Veterans Health Administration. *Am J Drug Alcohol Abuse* 30: 473-487.
25. Saatcioglu O, Yapici A, Cakmak D (2008) Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev* 27: 83-90.
26. LoCastro J, Youngblood M, Cisler R, et al. (2009) Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study. *J Stud Alcohol Drugs* 70: 186-196.
27. Volk R, Cantor S, Steinbauer J, Cass A (1997) Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 21: 899-905.
28. Foster J, Powell J, Marshall E, Peters T (1999) Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review. *Qual Life Res* 8: 255-261.
29. Thundal K, Granbom S, Allebeck, P (1999) Women's alcohol dependence and abuse: the relation to social network and leisure time. *Scand J Public Health* 27: 30-37.
30. Ginieri-Coccosis M, Liappas I, Tzavellas E, Triantafillou E, Soldatos, C (2007) Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100. *In Vivo* 21: 99-106.
31. Morgan M, Landron F, Lehert P (2004) Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcohol Clin Exp Res* 28: 64-77.
32. Johnson B, Rosenthal N, Capece J, et al. (2007) Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 298: 1641-1651.

Artigo 3

A ser submetido ao periódico Addiction (Fator de Impacto 4.73)

Investigating trauma, psychiatric comorbidity and violent behavior among crack users using structural equation modelling

Sibele Faller*, Felix Henrique Paim Kessler, Lisia Von Diemen, Anderson Ravy Stolf, Silvia Bassani Schuch, Ana Carolina Baldino Peuker, Luciano Santos Pinto Guimarães, Flavio Pechansky

Center for Drug and Alcohol Research, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil

Declaration of interests

The authors declare that they have no conflicts of interests.

Financial support: Brazilian National Secretariat for Drug and Alcohol Policies (#100176).

*Corresponding author:

Sibele Faller, BA, MSc

68, Carvalho Monteiro St., ap 302

CEP: 90470-100. Porto Alegre, RS, Brazil

Abstract

Background and Aims: Lifetime crack use is associated with several types of psychopathology in the general population and may contribute to an already challenging scenario, making it difficult to develop treatment and prevention strategies. There is a need to determine how violent behavior, psychiatry comorbidity and crack use are related. In this study, we use structural equation modeling to understand the connections among these variables. **Design:** Cross-sectional. **Setting:** In- and outpatient clinics in four Brazilian cities. **Participants:** 540 adult active crack cocaine abusers or dependents. The inclusion criteria were being 18 years of age or older, being a diagnosed crack abuser, being in treatment for no longer than one week and having reported crack as the substance that led the individual to treatment. **Measurements:** To identify the association between psychiatric disorders, alcohol use, violence and trauma variables, substance use and age of first treatment, a structural equation model (SEM) was developed. **Findings:** The path model corresponding to the study constructs indicated a good fit to the data. Severity of crack use mediated the relationship between conduct disorder and violence. The direct association between the severity of crack cocaine use and violent behavior (estimate = .67) was lower than the association between the severity of alcohol use and violent behavior (estimate = .68). Conduct disorder affects the severity of crack use (estimate = .17), which impacts violence mediated by alcohol. **Conclusions:** An SEM confirmed associations among the variables, suggesting that these factors could mediate involvement in violence and the severity and prognosis of these patients. The proposed model emphasizes the development of prevention and treatment policies for psychiatric/psychological disorders and symptoms in children and adolescents. Placing an excessive emphasis on drug interventions does not appear to yield good results due to the high complexity of the associated problems.

Introduction

Crack cocaine use has received increased attention from health professionals and social authorities in response to what some media and public health reports call a crack cocaine “epidemic” in several countries, including Brazil (1,2). Lifetime crack use is associated with several types of psychopathology in the general population and may contribute to an already challenging scenario, making it difficult to develop treatment and prevention strategies.

Crack users typically report the use of other drugs, primarily alcohol, tobacco, cannabis, and powder cocaine (3-6). The association between psychiatric comorbidities and clinical populations of drug users is documented (7-13), and mood and anxiety disorders have a high prevalence, primarily related to crack abuse, in both Brazilian and international studies (13-17). Depression, post-traumatic stress disorder (PTSD) and psychotic syndromes are the most common disorders associated with crack cocaine use (3,4). Furthermore, the relationship between psychopathology and crack cocaine use has been associated with a range of negative outcomes, including the severity of substance use, worse prognosis and lower therapeutic success, relapse, suicide, and legal issues (2,18-21).

With regard to violent behavior, previous studies demonstrated that criminal involvement and antisocial personality disorder (ASPD) are highly prevalent in this population (4). Acts of violence, such as physical fights, violence with weapons, death threats, robbery, and drug trafficking, were significantly more common among crack users (4,22). However, one study suggested that sociodemographic characteristics and other psychiatric disorders that make some individuals more prone to use crack cocaine are responsible for the increased prevalence of violence among these subjects, rather than crack itself (23). Therefore, because very little is known about the relationship between violent behavior, psychiatry comorbidity and crack use, there is a need to determine how these factors are related. In this study, we use structural equation modeling to understand the connections among these variables. We hypothesize that associations between crack and other drug use, traumatic situations and mental disorders could mediate the expression of violent behavior in these

patients.

Methods

Sample

A cross-sectional sample of 540 adult active crack cocaine abusers or dependents (according to DSM-IV TR criteria) was recruited from in- and outpatient clinics in four Brazilian cities: Porto Alegre, São Paulo (two sites), Salvador and Rio de Janeiro. The inclusion criteria were being 18 years of age or older, being a diagnosed crack abuser, being in treatment for no longer than one week and having reported crack as the substance that led the individual to treatment. Subjects were excluded if they were considered unable to participate based on clinical evaluation. All crack users seeking treatment were invited to participate; 8% refused or presented psychotic symptoms that precluded informed consent or data collection at the time of interview.

Procedures

Individuals were invited to enter the study as soon as they had the clinical and mental conditions necessary to understand the study objectives and procedures. Patients underwent an informed consent process and were interviewed by a team of extensively trained undergraduate psychology students. Supervisions and weekly meetings were conducted to solve logistical and technical problems.

Measures

Demographics – Gender, age, marital status, education level and ethnicity were obtained through questions that originated from forms of the Brazilian Institute of Geography and Statistics.

Psychiatric disorders and alcohol use – Previous conduct disorder prior to 15 years of age, current major depressive disorder, current suicide risk, current hypomania and mania, current panic disorder, current social anxiety, current OCD (obsessive compulsive disorder), current PTSD (posttraumatic stress disorder), current alcohol dependence and abuse, lifetime psychotic symptoms and current GAD (generalized anxiety disorder) were ascertained using the validated Brazilian version of the Mini

International Neuropsychiatric Interview (MINI) (24).

Violence and trauma variables, substance use and age of first treatment – These variables were obtained using the Brazilian version of the Addiction Severity Index – 6 (ASI6) (4). The questions related to trauma were as follows: “Have you ever been physically assaulted by someone you knew?”, “Have you ever been sexually assaulted/abused by someone you knew?” and “Have you ever been the victim of a violent crime - like being mugged, assaulted?” The questions related to violence, which was the study outcome, were as follows: “In the past 6 months have you robbed anyone?” and “In the past 6 months have you threatened anyone with a weapon?”

Severity of crack use – This factor was measured using the Crack Dependence Severity Scale (von Diemen, 2014), which includes 27 questions about the intensity, impact, and course of crack use. This scale ranges from 01 to 116 (highest severity).

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0, and AMOS version 21.0. Variables with a normal distribution were compared using the Student’s t-test and expressed as the mean and standard deviation, and variables with an asymmetrical distribution were compared using the Mann-Whitney test and expressed as the median and interquartile ranges. The normality of the data distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test. The Chi-square test was used to compare categorical variables, which were expressed as the number of subjects and percentages. Correlations between two variables were evaluated using the Pearson test.

Patients who exhibited violent behavior in the last six months were compared to the individuals who did not exhibit this kind of behavior using bivariate analysis. The presence of violence was considered to be positive if the patient answered positively to any of the following questions: “In the past 6 months have you robbed anyone?” and “In the past 6 months have you threatened anyone with a weapon?”

To identify the association between variables, a Structural equation model was developed. Structural equation modeling (SEM) is understood (25-27) as a blend of

factor analysis and regression analysis that allows researchers to test factor structures through confirmatory analysis. This approach can be used to analyze relationships between multiple explanatory variables simultaneously, whether those relationships are latent or observed. SEM can be applied regardless of the study design, which may contribute to the understanding of experiments that require the evaluation of multiple variables.

According to Bollen (28), SEM has the basic logic of the population covariance matrix through the sample covariance associated with the parameters determined by the investigator, requiring a pre-definition of the type of relationship between the model variables being tested. Therefore, theoretical modeling should occur before data analysis. Variables that were selected according to the literature composed the path model, but only those whose relations to each other were significant remained ($p < 0.005$).

Ethics

This study was approved by the Institutional Review Board of Hospital das Clínicas of Porto Alegre. Participants were only included in the study after providing written informed consent. The research protocol was carried out independently from clinical care.

Results

Patients who exhibited violent behavior in the past six months (n=435, 80.5%) were compared to patients who did not exhibit violent behavior (n=105, 19.5%) with regard to demographics (Table 1), psychiatric disorders (Table 2), age of first use of substances (Table 3) and traumatic situations (Table 4).

Other than education level, no differences were observed between the two groups.

Insert Table 1 here

With regard to psychiatric disorders, crack users with violent behavior had the highest prevalence of conduct disorders before the age of 15, with statistically significant differences for mania, antisocial personality disorder and alcohol abuse.

Insert Table 2 here

Overall, the violent behavior group was 2.1 years younger at the age of first use, especially for alcohol, marijuana, sedatives, cocaine, crack and nicotine, with a statistically and clinically significant difference. Users with violent behavior also entered treatment for substance use an average of four years earlier and used crack longer.

Insert Table 3 here

All evaluated types of trauma occurred before the first crack use (age of first aggression by someone known: median 15.00, percentiles 8.00 – 20.00; age of first sexual abuse: median 7.50, percentiles 1.00 – 12.00; age of first violent crime: median 20.00, percentiles 16.00 – 26.00). On average, the first sexual abuse was experienced before the first use of any drug.

Insert Table 4 here

A measurement model for determining how the variables were associated was conducted in this study. Many models based on the literature (approximately 10) were tested until we achieved statistical significance and robustness.

The structural relationships between variables are represented by diagrams. In these diagrams, variables represented by rectangles indicate observed variables and variables represented by ellipses indicate latent variables. The explanatory relations between the variables are described by one-way arrows, and each of these arrows can be described mathematically as a linear regression. The numbers presented on the arrows are the standardized regression coefficients (beta).

The path model corresponding to the study constructs indicated a good fit to the data. The root mean square error of approximation (RMSEA), which tests adjustment by comparing the model being tested and a saturated template with the same data set, was 0.065 (a value < 0.08 is expected). The Chi square/degree of freedom ratio (CMIN/DF), which is a Chi-square value that corrects for sample size, was = 2.857; this index should be less than 3 in a good fitting model. The goodness of fit index (GFI), which is a measure of fit between the hypothesized model and the observed covariance matrix, was 0.943. The adjusted goodness of fit index (AGFI), which corrects the GFI, which is affected by the number of indicators of each latent variable, was 0.916 (a value over 0.9 generally indicates an acceptable model fit). The comparative fit index (CFI), which analyzes the model fit by examining the discrepancy between the data and the hypothesized model, was 0.657 (values range from 0 to 1, with larger values indicating a better fit). The higher the load expressed by the number displayed in the arrows, the stronger the association between variables.

Insert Figure 1 here

Discussion

The present study built one of the first path models related to the strength of the associations between trauma, crack severity, conduct disorder, other psychiatric problems, alcohol use, and violence. The analyses revealed specific pathways from trauma to violence, yielding an improved understanding of the complex relationship between conduct disorders and other psychiatric comorbidities and the severity of drug abuse among crack users. The factor that weighed most in the variable trauma was aggression committed by someone known (estimate = .50). Having experienced trauma and having developed PTSD influenced the intensification of psychiatric comorbidities, such as depression (estimate = .33) and psychotic symptoms (estimate = .32). Depression influenced the severity of crack use, which was a variable that mediated the relationship between conduct disorder and violence. The direct association between the severity of crack cocaine use and violent behavior (estimate = .67) was lower than the association between the severity of alcohol use and violent behavior (estimate = .68). Therefore, according to this model, alcohol abuse among crack users makes violence against others more severe. Likewise, current mania mediated by alcohol also influences violent behavior. In contrast, no direct association was observed between conduct disorder with other comorbidity and trauma; however, conduct disorder affects the severity of crack use, which impacts violence mediated by alcohol. The influence of conduct disorder on the severity of crack use was moderate (estimate = .17). According to the proposed model, violence is a result of the whole process.

Generally, crack users reported greater involvement in crimes than cocaine users (42,23). One previous study found that crack users experience a greater number of deaths from external causes, of which 18% die within the first five years, more than half of them by homicide (20). The risks related to crack can be divided into three categories: risks caused by the psychological effects of the drug, physical complications of drug use and risks caused by the illegal status of the drug. In the first category, users would experience cravings and paranoia, engage in fights, risky sexual behavior, police arrests and bond losses. The second category includes overdose, malnutrition and

heart problems. Finally, previous studies indicated that risks related to illegal status, such as involvement in drug trafficking, robberies and illegal activities to pay off debts to dealers, are also involved with violent behavior (20).

Although the model proposes a direction between the variables by inserting traumatic events at the beginning (due to the user's age at the time of the experienced situations) and violence as the outcome, it is important to note that these variables influence each other, as the severity of crack use increases violent experiences, which generate traumas that increase psychiatric symptoms, which may in turn impact the use of crack, creating a vicious circle that is difficult to discontinue.

Compared to the general population, this sample of crack users exhibited a high prevalence of all evaluated symptoms and disorders, especially the risk of suicide (17.1 vs. 61.2%), alcohol abuse or dependence (6.8 and 50.8%) and major depressive disorder (10.5 and 50.6%) (29-32, 41). The sample exhibited a high suicide risk even when compared to previously reported rates for users of other substances (30%); this risk was probably intensified by the presence of multiple types of psychopathology and the severity of the symptoms (33-37). Similarly, previous studies suggested that individuals with violent behavior and conduct disorder commonly present other psychiatric comorbidities, such as depressive disorder (54%), anxiety disorders (38%), alcohol and drug use (54%), bipolar disorders (31%), and PTSD (31%), whether or not they are crack users (43). In the present investigation, the violent group showed a higher prevalence of all psychopathologies, achieving statistical significance in relation to alcohol abuse, manic episodes, antisocial personality disorder and conduct disorder. Conduct disorder is known to be a condition related to offenses, difficulty following rules, and the use of illegal substances, which may have influenced the precocity of drug experimentation. These results reveal associations with more severe clinical outcomes, which may be related to frontal lobe impairment (common in crack users), or the individuals may have experienced more traumatic events (with subsequent development of PTSD) and developed worse coping strategies (such as alcohol abuse) (38-40).

Regarding the use of psychoactive substances, the violent group once again

exhibited greater severity. In addition to the number of years of crack use and the age of first use of stimulants, a statistically significant difference in the age of onset of other drugs use was observed between the two groups. In this sample, considering the early age of onset of marijuana, inhalants and cocaine use, it is likely that substance use occurred before the onset of psychiatric symptoms. According to previous studies, depression and anxiety disorders usually begin after cocaine disorders. Anxiety, in turn, tends to precede the onset of alcoholism. This result corroborates previous findings, which indicated that the earlier the use of drugs begins, the greater the risk of a drug disorder and association with other psychiatric disorders (44). Similarly, previous studies demonstrated that initiating alcohol use before the age of 14, as occurred in this sample, greatly heightens the risk of progression to the development of alcohol use disorders (46).

In turn, the age at first treatment may be considered to be a marker of the severity of substance and psychiatric disorders and an indicator of poor prognosis, which may be related to the severity of the case and increased resistance to psychiatric medications in the future, due of the massive use of these drugs. A study that examined the associations between age at first substance use and age at treatment entry and followed the patients over 11 years found that those who entered treatment during young adulthood had an earlier onset for substance use but a shorter duration between first substance use and first treatment entry on average. These individuals also had worse outcomes related to alcohol and other drugs 11 years post-treatment entry (45).

One limitation of this study is that these analyses were based on cross-sectional data, which do not permit the deduction of causal conclusions about the variables. However, the model is consistent with longitudinal research. In addition, the generalizability of these results may be limited because only crack users from in- and outpatient clinics were included.

Conclusion

An SEM confirmed associations among the severity of crack use, the severity of

alcohol disorders, and conduct disorder and other psychopathology, suggesting that these factors could mediate involvement in violence and the severity and prognosis of these patients.

The proposed model emphasizes the development of prevention and treatment policies for psychiatric/psychological disorders and symptoms in children and adolescents. The data presented here highlight the need for a proper evaluation, followed by a combined treatment that considers both psychotherapy and pharmacotherapy. Placing an excessive emphasis on drug interventions does not appear to yield good results due to the high complexity of the associated problems. Additional investigation is needed to assess the causal relations between the key variables that composed the structural equation model presented in this study, such as trauma, crack use, conduct disorder and violence, and to predict associations longitudinally. Such studies would enable the development of more robust, more effective and better-designed interventions for these populations.

References

1. Raupp L, Adorno Rde C. [Crack usage circuits in the downtown area of the city of Sao Paulo (SP, Brazil)]. *Ciencia & saude coletiva*. 2011;16(5):2613-22. PMID: 21655735. DOI.
2. Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Lipman L, et al. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2013;13:536. PMID: 24373346. DOI: 10.1186/1472-6963-13-536].
3. Bungay V, Johnson JL, Varcoe C, Boyd S. Women's health and use of crack cocaine in context: structural and 'everyday' violence. *The International Journal on Drug Policy*. 2010;21(4):321-9. PMID: 20116989. DOI: 10.1016/j.drugpo.2009.12.008].
4. Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *The American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. 2012;21(4):370-80. PMID: 22691017. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x].
5. Cruz M, Bertoni N, Bastos FI, Burnett C, Gooch J, Fischer B. Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2014;9:2. PMID: 24406052. DOI: 10.1186/1747-597X-9-2].
6. Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczinski F, Silva RA, Pechansky F, et al. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(6):1369-76. PMID: 24933652. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.04.021].
7. Alves H, Kessler F, Ratto LRC. Comorbidade: usos de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo*. 2004.
8. Grant BF, Hasin DS, Dawson DA. The relationship between DSM-IV alcohol use disorders and DSM-IV major depression: examination of the primary-secondary distinction in a general population sample. *Journal of Affective Disorders*. 2004.

9. Zaleski M, et al. Diretrizes da associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006.
10. Jané-Llopis E, Matysina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: are view of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*. 2006.
11. Demetrovics, Z. Co-morbidity of drug addiction: an analysis of epidemiological data and possible etiological models. *Addiction Research and Theory*. 2009.
12. Lai HMX, Huang QR. Comorbidity of mental disorders and alcohol- and drug-use disorders: Analysis of New SouthWales inpatient data. *Drug and Alcohol Review*. 2009.
13. Scheffer M, Pasa GG, de Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010.
14. Strain EC. Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *The Clinical Journal of Pain*. 2002.
15. Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*. 2003.
16. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(4):749-64.
17. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008.
18. Kessler F, Woody G, De Boni R, Von Diemen L, Benzano D, Faller S, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. *Public Health*. 2008;122(12):1349-55. PMID: 19014831. DOI: 10.1016/j.puhe.2008.05.018].
19. Cordeiro DC, Diehl A. Comorbidades psiquiátricas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira RR, Orgs. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas*

- públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
20. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):210-8.
 21. Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *The International Journal on Drug Policy.* 2013;24(5):432-8. PMID: 23632130. DOI: 10.1016/j.drugpo.2013.03.012].
 22. Carvalho HB, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics.* 2009;64(9):857-66. PMID: 19759879. DOI: 10.1590/S1807-59322009000900006].
 23. Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert AS, Howard MO. Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2010;36(4):181-6. PMID: 20560836. DOI: 10.3109/00952990.2010.491877].
 24. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000;22(3):106-115.
 25. Klem L. Structural equation modeling. In: Grimm LG, Yarnold PR, Orgs. *Reading and understanding more multivariate statistics.* Washington: American Psychological Association; 2002. pp. 227-260.
 26. Thompson B. Ten commandments of structural equation modeling. In: Grimm LG, Yarnold PR, Orgs. *Reading and understanding more multivariate statistics.* Washington: American Psychological Association; 2003. pp. 261-283.
 27. Ullman JB. *Structural Equation Modeling.* In: Tabachnick BG, Fidell LS, Orgs. *Using multivariate statistics.* 5th ed. Boston: Pearson Education; 2007.
 28. Bollen KA. *Structural equations with latent variables.* New York: John Wiley and Sons; 1989.
 29. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(1):8-19.

30. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990.
31. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. In: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. pp. 1-472.
32. Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(7):537-46.
33. Zubaran C, Foresti K, Thorell MR, Franceschini P, Homero W. Depressive symptoms in crack and inhalant users in Southern Brazil. *J Ethn Subst Abuse*. 2010;9(3):221-36. DOI: 10.1080/15332640.2010.501626.
34. Roy A. Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behaviour. *Arch Suicide Res*. 2005;9:147-51.
35. Cuomo C, Sarchiapone M, Giannantonio MD, Mancini M, Roy A. Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(3):339-45. DOI: 10.1080/00952990802010884.
36. Wojnar M, Ilgen MA, Jakubczyk A, Wnorowska A, Klimkiewicz A, Brower KJ. Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients. *Drug Alcohol Depend*. 2008;97(3):268-75. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.04.006. Epub 2008 Jun 16.
37. Hess ARB, de Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal. 2012;17(1):171-178. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100021&lng=en&nrm=iso>. Accessed on 08 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100021>
38. Jentsch JD, Taylor JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli.

- Psychopharmacology (Berl). 1999;146:373-390.
39. Najavits LM, Harned MS, Gallop RJ, Butler SF, Barber JP, Thase ME, et al. Six-month treatment outcomes of cocaine-dependent patients with and without PTSD in a multisite national trial. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(3):353-61.
 40. Salgado DM, Quinlan KJ, Zlotnick C. The relationship of lifetime polysubstance dependence to trauma exposure, symptomatology, and psychosocial functioning in incarcerated women with comorbid PTSD and substance use disorder. *J Trauma Dissociation*. 2007;8(2):9-26.
 41. Laranjeira, R (Org.) O consumo de álcool no Brasil: Tendências entre 2006 e 2012. II LENAD Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Universidade Federal de São Paulo, 2013.
 42. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioral differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction*. 2006;101:1292-8.
 43. Connor DF, Ford JD, Albert DB, Doerfler LA. Conduct disorder subtype and comorbidity. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Jul-Sep;19(3):161-8.
 44. Kosterman R, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*. 2000 Mar;90(3):360-6.
 45. Chi FW, Weisner C, Grella CE, Hser YI, Moore C, Mertens J. Does age at first treatment episode make a difference in outcomes over 11 years? *J Subst Abuse Treat*. 2014 Apr;46(4):482-90. doi: 10.1016/j.jsat.2013.12.003. Epub 2013 Dec 23.
 46. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry*. 2000 May;157(5):745-50.

Tables

Table 1 Sociodemographic characteristics of in- and outpatient crack users with and without violent behavior* (n=540)

<i>Variable</i>	<i>Overall</i>	<i>With violent behavior</i>		<i>Without violent behavior</i>		
Total	<i>n=540</i>	<i>n=105</i>	<i>(80.5%)</i>	<i>n=435</i>	<i>(19.5%)</i>	<i>P</i>
Gender	539	105	–	434	–	
Male	470	93	(88.6)	377	(86.9)	0.759
Female	69	12	(11.4)	57	(13.1)	
Age (n=431) (years)**	30.4 (8.6)	31.7	(8.4)	29.2	(8.8)	0.918
Marital Status	537	104	–	433	–	
Married	153	22	(21.2)	131	(30.3)	0.084
Not married	384	82	(78.8)	302	(69.7)	
Education level	540	105	–	435	–	
Elementary and middle school	66	21	(20.0)	45	(10.3)	0.012
High school	421	78	(74.3)	343	(78.9)	
College degree or more	53	06	(5.7)	47	(10.8)	
Ethnicity	543	105	–	429	–	
White	219 (41,0)	49	(46.7)	170	(39.6)	0.229
Non-white	315 (59,0)	56	(53.3)	259	(60.4)	

*The presence of violence was considered to be positive if the patient answered positively to any of the following questions: "In the past 6 months have you robbed anyone?" and "In the past 6 months have you threatened anyone with a weapon?"

**Mean (SD)

Table 2 Comparison of the prevalence of psychiatric disorders among in- and outpatient crack users with and without violent behavior* (n=540)

<i>Current Psychiatric Disorders</i>	<i>Overall</i>	<i>With violent behavior</i>	<i>Without violent behavior</i>	<i>P</i>
Total	<i>n=540 (100%)</i>	<i>n=105 (80.5%)</i>	<i>n=435 (19.5%)</i>	
Major Depressive Disorder	262 (49.0)	53 (51.0)	209 (48.5)	0.732
Suicide Risk	320 (59.8)	57 (54.8)	263 (61.0)	0.294
Hypomania	95 (17.7)	22 (21.4)	73 (16.9)	0.352
Mania	203 (37.6)	49 (46.7)	154 (35.4)	0.043
Panic Disorder	34 (6.4)	09 (8.7)	25 (5.8)	0.397
Social Anxiety	95 (17.6)	17 (16.2)	78 (18.0)	0.774
Obsessive Compulsive Disorder	54 (10.0)	12 (11.5)	42 (9.7)	0.694
Posttraumatic Stress Disorder	85 (15.7)	17 (16.2)	68 (15.6)	1.000
Alcohol Dependence	242 (44.8)	56 (53.3)	186 (42.8)	0.065
Alcohol Abuse	40 (8.4)	13 (14.3)	27 (7.0)	0.042
Lifetime Psychotic Symptoms	155 (28.9)	31 (29.5)	124 (28.7)	0.963
Generalized Anxiety Disorder	63 (26.6)	15 (28.8)	48 (25.9)	0.810
Antisocial Personality Disorder	188 (34.8)	62 (59.0)	126 (29.0)	<0.001
Conduct Disorder	271 (50.2)	71 (67.6)	200 (46.0)	<0.001

*The presence of violence was considered to be positive if the patient answered positively to any of the following questions: "In the past 6 months have you robbed anyone?" and "In the past 6 months have you threatened anyone with a weapon?"

Table 3 Comparison of the median age of first use of substances, years of crack use, age of first treatment and severity of crack use among in- and outpatient crack users with and without violent behavior* (n=540)

<i>Substance / Variable</i>	<i>Overall</i>		<i>With violent behavior</i>		<i>Without violent behavior</i>		<i>P</i>
	<i>Median</i>	<i>(IR)**</i>	<i>Median</i>	<i>(IR)**</i>	<i>Median</i>	<i>(IR)**</i>	
Alcohol	14	(12 – 16)	14	(12 – 15)	15	(13 – 16)	0.021
Marijuana	14	(13 – 16)	14	(12 – 15)	15	(14 – 18)	<0.001
Sedatives	22	(18 – 30)	19	(15 – 25)	24	(20 – 30)	0.004
Cocaine	17	(15 – 20)	16	(14 – 18)	18	(16 – 20)	0.003
Crack	22	(17 – 29)	20	(16 – 27)	24	(18 – 32)	0.013
Inhalants	15	(13 – 18)	15	(13 – 17)	17	(14 – 19)	0.289
Stimulants	18	(16 – 23)	18	(14 – 22)	18	(16 – 23)	0.595
Nicotine	14	(12 – 16)	13	(11 – 14)	15	(12 – 16)	<0.001
Age of first treatment	24	(19 – 31)	22	(17 – 28)	26	(20 – 34)	<0.001
Years of crack use	6	(3 – 9)	6	(3 – 10)	5	(3 – 8)	0.480
Severity of crack use – score	6	(3 – 9)	21	(15 – 24)	18	(10 – 23)	<0.001

*The presence of violence was considered to be positive if the patient answered positively to any of the following questions: "In the past 6 months have you robbed anyone?" and "In the past 6 months have you threatened anyone with a weapon?"

**Interquartile Range

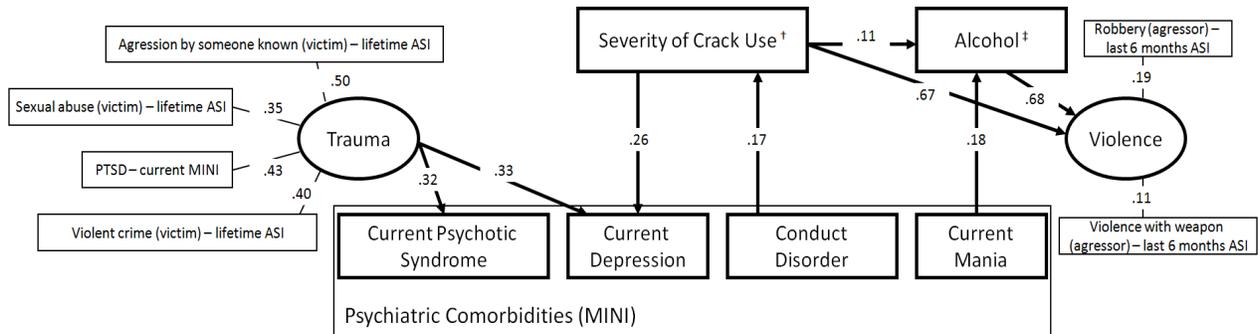
Table 4 Comparison of the prevalence of traumatic situations among in- and outpatient crack users with and without violent behavior* (n=540)

<i>Variables</i>	<i>Overall</i>	<i>With violent behavior</i>		<i>Without violent behavior</i>		<i>P</i>
Total	<i>n=540 (100%)</i>	<i>n=105</i>	<i>(80.5%)</i>	<i>n=435</i>	<i>(19.5%)</i>	
Have you ever been physically assaulted by someone you knew?	273 (50.6)	62	(59.0)	211	(48.5)	0.067
Have you ever been sexually assaulted/abused by someone you knew?	65 (12.0)	21	(20.0)	44	(10.1)	0.009
Have you ever been the victim of a violent crime - like being mugged, assaulted?	238 (44.1)	62	(59.0)	176	(40.5)	<0.001

*The presence of violence was considered to be positive if the patient answered positively to any of the following questions: "In the past 6 months have you robbed anyone?" and "In the past 6 months have you threatened anyone with a weapon?"

Figures and Legends

Figure 1 Structural equation model showing the relations between the severity of crack use, trauma, violence, conduct disorder and other psychiatric disorders



* All relations are statistically significant ($p < 0.005$)

† Agree or disagree to the affirmatives about current crack use –Crack Dependence Severity Scale

‡ Current alcohol abuse –MINI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese apresentou dados de dois estudos pioneiros no país em relação à avaliação de usuários de SPAs em tratamento, e a associação entre marcadores de gravidade em usuários de crack. O fato de esses estudos terem considerado amostras multicêntricas de pacientes em diferentes regimes de tratamento no sistema público favorece que os achados tenham conclusões mais abrangentes, ampliando o entendimento sobre a população estudada e conseqüentemente sua validade externa.

Em relação ao primeiro artigo apresentado, os achados evidenciam a complexidade presente no tratamento dos indivíduos com problemas relacionados ao uso nocivo de substâncias, mostrando variáveis que influenciam na gestão dos pacientes e no planejamento de intervenções. A complexidade desse cenário inclui tanto fatores individuais - como comorbidades e gravidade do uso de drogas, quanto variáveis ambientais, como características dos serviços oferecidos pelo SUS e apoio social. Além disso, os pacientes entrevistados nos quatro estados brasileiros participantes apresentaram características similares, sugerindo haver representatividade da população de pacientes usuários de SPAs no Brasil. Os achados sugerem que as pequenas diferenças observadas entre os centros são resultado de fatores demográficos e culturais, inerentes a países com vasta extensão territorial. Corroborando achados prévios da literatura, o crack foi a segunda droga que mais motivou pacientes a buscarem tratamento, tornando-se um dos fatores que motivaram o desenvolvimento do estudo específico sobre crack e a análise desses casos (3, 16, 55, 83, 84).

O segundo artigo verificou que a diminuição da qualidade de vida em pacientes alcoolistas não estava diretamente vinculada à gravidade do uso de álcool, mas sim a problemas comuns encontrados em amostras equivalentes, como questões médicas (85, 86). A baixa qualidade de vida em todos os domínios esteve associada com comprometimento físico, percepção aumentada sobre a dor, envolvimento com os tratamentos e preocupação sobre a própria saúde. Os escores de gravidade das subescalas do ASI6 mensuram problemas característicos do uso nocivo do álcool, tornando-se preditores de qualidade de vida, enfatizando a necessidade de uma avaliação aprofundada que englobe diferentes esferas do problema.

O terceiro artigo, por sua vez, desenvolveu um modelo de equações estruturais com o objetivo de explicar parte das associações entre trauma, gravidade do uso de crack, transtorno de conduta, outras comorbidades psiquiátricas, uso de álcool e violência, variável esta posta como desfecho. As análises revelaram caminhos específicos do trauma à violência para compreender a complexa relação entre transtorno de conduta e outras comorbidades psiquiátricas e gravidade do consumo entre usuários de crack. A questão que mais pesou na variável trauma foi ter sofrido agressão cometida por alguém conhecido. A associação direta entre a gravidade do uso de crack e comportamento violento foi menor do que entre a gravidade do uso de álcool e comportamento violento. Portanto, conforme o modelo proposto, o abuso de álcool entre usuários de crack torna mais grave a violência contra os outros. Por sua vez, sintomas atuais de mania, mediados pelo uso de álcool, também influenciam o comportamento violento. Em contraste, não foi observada associação direta entre transtorno de conduta com outras comorbidades e trauma, no entanto, transtorno de

conduta afetou a gravidade do uso de crack, variável esta que impacta na violência mediada pelo álcool. SEM é um tipo de análise confirmatória que verificou associações entre a gravidade do uso de crack, uso nocivo de álcool, transtorno de conduta e outras psicopatologias, sugerindo que estes fatores possam mediar o envolvimento com a violência e, talvez, impactar no prognóstico desses pacientes.

Entre as possíveis limitações dos estudos apresentados está, principalmente, a possibilidade de ocorrência de vieses de recordação, uma vez que os pacientes necessitaram responder a questões referentes aos seus últimos seis meses de vida e a sua vida toda; a generalização dos resultados possivelmente limitada, pois as informações são referentes a usuários de drogas em tratamento dificultando a extrapolação dos resultados para indivíduos que não estão sendo acompanhados em instituições de saúde; e a impossibilidade de se estabelecer relações causais entre as variáveis estudadas devido ao delineamento dos estudos aqui analisados. É importante salientar que algumas regiões do Brasil não foram abrangidas, como Centro-Oeste e Norte, portanto os achados não são representativos do país.

Uma considerável parcela dos tratamentos oferecidos para SPAs tem como enfoque a redução do uso de drogas e a abstinência, deixando de lado os problemas psicossociais subjacentes à decisão do paciente de procurar assistência, como vivência de situações traumáticas e violentas, relações interpessoais, problemas ocupacionais e comorbidades psiquiátricas. Desconsiderar o indivíduo como ser complexo portador de necessidades subjetivas que vão além de suas dificuldades com as drogas, priorizando a relação com as substâncias em detrimento de outros problemas – médicos e psicossociais – igualmente importantes, impactam na qualidade de vida e propiciam a

não adesão às intervenções propostas. Os resultados aqui expostos contribuem para um melhor entendimento do paciente em tratamento para uso de SPAs, suas características, motivações para tratamento, como questões relacionadas ao uso de drogas podem influenciar na qualidade de vida e de que forma problemas prevalentes entre esses usuários afetam seu comportamento e a expressão da violência. A importância de se realizar uma avaliação mais abrangente que inclua outros aspectos da vida do paciente, além do uso de substâncias, foi enfatizada. Espera-se que esses estudos contribuam para um planejamento de intervenções terapêuticas mais adequadas e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e políticas públicas que protejam esse indivíduo, contemplando os vários aspectos de sua vida.

PERSPECTIVAS

Nesta seção estão contidas duas propostas de futuras análises que deverão ser realizadas por meio das bases de dados dos dois estudos aqui apresentados, e o resumo de um projeto de pesquisa a ser realizado com usuários de crack na internação da Unidade Álvaro Alvim (UAA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A qualidade do tratamento e a necessidade de apoio da rede de serviços são temas recorrentes e necessários na área, visando aprimorar os recursos oferecidos. É sabido, contudo, que o usuário de crack possui baixa adesão às intervenções propostas, o que dificulta sua recuperação, sendo que o conhecimento a respeito das variáveis preditoras de desfechos negativos no tratamento desses indivíduos ainda é insuficiente. Considerando as variáveis apresentadas no modelo de equações estruturais exposto no Artigo 3, propõe-se verificar, através de análises de regressão, a associação entre desfechos negativos no tratamento, como morte, desaparecimento, recaídas e estar em situação de rua, e variáveis como trauma, violência, uso de outras drogas e gravidade de dependência do crack. A amostra será de adultos usuários de crack, proveniente do Estudo 2 (Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência), com coleta de dados já realizada. A adesão será analisada através da frequência ao CAPSad e exames de urina. Os pacientes foram seguidos por 30 e 90 dias.

Outro ponto interessante a ser estudado é o impacto das mudanças políticas que permearam nosso país nos últimos tempos, afetando diretamente o usuário de substâncias que busca tratamento na rede pública para problemas relacionados ao uso

de drogas. Frente a isso, a segunda proposta seria verificar se essas mudanças influenciaram no tipo de paciente que procura tratamento para problemas relacionados ao uso de crack, uma vez que existe um intervalo histórico entre a coleta das duas amostras, referente aos anos de 2007 a 2013. Para isso será feita uma comparação entre usuários de crack de ambulatórios e internações provenientes do Estudo 1 (Validação do ASI6) e do Estudo 2 (Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência) em relação aos escores das áreas do ASI, com foco em comportamentos violentos, uso de outras drogas e variáveis sociodemográficas (idade, gênero e escolaridade). Somente serão comparados os pacientes dos mesmos locais de tratamento.

Por fim, proponho uma linha de pesquisa para o estudo da adesão ao tratamento em usuários de drogas, que prevê um projeto para identificar preditores de não adesão de pacientes ao tratamento hospitalar para transtornos relacionados ao uso de crack. Os objetivos estariam vinculados a verificar como a violência praticada nos últimos seis meses e a gravidade do uso de crack estão relacionados à adesão. Para que isso seja possível será delineada uma coorte prospectiva, onde serão recrutados todos os indivíduos que estiverem iniciando em, no máximo, uma semana, tratamento hospitalar na UAA do HCPA para transtornos relacionados ao uso do crack, motivados principalmente para tratar o uso dessa substância. No momento da entrada dos participantes no estudo, serão aplicados, via tablet, os instrumentos ASI-6 e a Escala da Gravidade de Dependência do Crack. Em paralelo, o abandono de tratamento, se ocorrer, também será registrado. Será realizada uma análise de Regressão de Poisson, através da qual um Risco Relativo (RR) e um Intervalo de Confiança (IC) de 95% serão

estimados, considerando adesão ao tratamento como variável dependente e gravidade do uso de crack, violência e transtorno de conduta, como variáveis independentes.

Espera-se que os resultados auxiliem na escolha da intervenção correta para indivíduos mais refratários, possibilitando um tratamento mais efetivo e focado nas necessidades do paciente, aumentando as taxas de adesão e norteando a alocação de recursos públicos, uma vez que os investimentos se tornarão mais precisos se os pacientes forem enviados para os tratamentos dos quais possam se beneficiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niel M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: Artmed, editor. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. R. Laranjeira; 2011.
2. Pratta E, Santos M. Uso de substâncias psicoativas: prática milenar, problemas recentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2006;2(2).
3. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008;30(2):96-8.
4. Inciardi JA. The crack-violence connection within a population of hard-core adolescent offenders. *NIDA Res Monogr*. 1990;103:92-111.
5. Inciardi JA. Crack-cocaine in Miami. *NIDA Res Monogr*. 1991;110:263-74.
6. Inciardi JA. Editor's introduction. The crack epidemic revisited. *J Psychoactive Drugs*. 1992;24(4):305-6.
7. Inciardi JA. Crack, crack house sex, and HIV risk. *Arch Sex Behav*. 1995;24(3):249-69.
8. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res*. 2004;37(4):523-31.
9. Galduróz JC, Sanchez Z, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PL, et al. Factors associated with heavy alcohol use among students in Brazilian capitals. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):267-73.
10. Carlini E. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2002.
11. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2007.
12. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):231-41.
13. Laranjeira R, Madruga C, Pinsky I, Caetano R, Ribeiro M, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013.
14. Cruz M, Bertoni N, Bastos FI, Burnett C, Gooch J, Fischer B. Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014;9:2.
15. Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Lipman L, et al. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:536.
16. Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst Abuse*. 2008;29(3):71-9.
17. Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2004;99(9):1133-5.
18. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):196-202.
19. Bastos F, Cunha C, Bertoni N. [Use of psychoactive substances and contraceptive methods by the Brazilian urban population, 2005]. *Rev Saude Publica*. 2008;42 Suppl 1:118-26.
20. Bastos FI. Crack in Brazil: a public health emergency. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1016-7.

21. Bortoluzzi M. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):79-85.
22. Carvalho M. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2010;6(2):337-49.
23. Monteiro C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):90-5.
24. SA. N, JC. G, AR. N. Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente? : *Rev ABP-APAL*; 1994. p. 75-83.
25. Nappo S, Sanchez Z, Oliveira L, Santos S, Coradete Jr J, Pacca J, et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS. 2004.
26. Sanchez Z, Nappo S. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):20-30.
27. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine--profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Subst Use Misuse*. 1999;34(11):1527-48.
28. Ferri CP, Dunn J, Gossop M, Laranjeira R. Factors associated with adverse reactions to cocaine among a sample of long-term, high-dose users in São Paulo, Brazil. *Addict Behav*. 2004;29(2):365-74.
29. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. [Crack cocaine users who attend outpatient services]. *Cad Saude Publica*. 2011;27(11):2263-70.
30. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health*. 2006;6:10.
31. Formiga L. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Rev HCPA, Porto Alegre*. 2009;29(2):120-6.
32. Ferreira Filho O, Turchi M, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6).
33. Fochi E, Moraes M, Chiaravalloti Neto F, Ferreira E. Caracterização de 46 usuários de crack abordados pelo Programa de Redução de Danos "Tá Limpo". *HB Cient*. 2000;7(2):85-91.
34. Lopez A, Becoña E, Vieitez I, Cancelo J, Sobradelo J, Garcia JM, et al. [What happens in a cocaine-dependent sample after 24 months of treatment?]. *Adicciones*. 2008;20(4):347-55.
35. Garcia-Rodriguez O, Secades-Villa R, Higgins ST, Fernandez-Hermida JR, Carballo JL, Errasti Perez JM, et al. Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2009;17(3):131-8.
36. Borges CF, Baptista TW. [The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004]. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):456-68.
37. Moraes M. [Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners]. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):121-33.
38. Saúde. Md. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. In: Série E LdSaeod, editor. Brasília: Governo Federal.; 2003.
39. Bittencourt S, Camacho L, Leal MC. [Hospital Information Systems and their application in public health]. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):19-30.
40. Saúde Md. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores. Brasília (DF): Governo Federal.; 2004.
41. Saúde. Md. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. In: Portaria GM336 ddfd, editor. Brasília (DF): Governo Federal.; 2005.
42. Saúde Md. Manual do CAPS. Disponível em <http://www.saude.gov.br> ed. Brasília (DF): Governo Federal.; 2005.

43. Mossiman A. O tratamento do uso indevido de drogas. In: CEAD/Unb, editor. *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília, DF: SENAD; 2000. p. 42-8.
44. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, editor. *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-66.
45. Costa-Rosa A, Luzio C, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, editor. *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 13-44.
46. What quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Organization Quality of Life Assessment*. *World Health Forum*. 1996;17(4):354-6.
47. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 2011;20(7):1123-9.
48. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
49. Organization WH. *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*. Geneva: World Health Organization; 2009.
50. Martins M. Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. 2006. *Rev Psiq Clín*. 2012;39(1):5-11.
51. Valentim O. Qualidade de vida e percepção da doença em pessoas dependentes do álcool. *Psicologia, saúde & doenças*. 2014;15(1).
52. Moreira T. Qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas, familiares e não usuários por meio do WHOQOL-BREF. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(7):1953-62.
53. da Silva Lima A, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res*. 2005;14(2):473-8.
54. Strain EC. Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Clin J Pain*. 2002;18(4 Suppl):S14-27.
55. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(4):749-64.
56. Alves H, Kessler F, Ratto LR. [Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26 Suppl 1:S51-3.
57. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques AC, Ratto L, Romano M, Alves HN, et al. [Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs (ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol and other drugs dependence]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):142-8.
58. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807-16.
59. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):948-58.
60. Jané-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):515-36.
61. Demetrovics Z, Farkas J, Csorba J, Németh A, Mervó B, Szemelyácz J, et al. Early experience with Suboxone maintenance therapy in Hungary. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2009;11(4):249-57.

62. Lai HM, Huang QR. Comorbidity of mental disorders and alcohol- and drug-use disorders: analysis of New South Wales inpatient data. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(3):235-42.
63. Cordeiro D, Diehl A. Comorbidades psiquiátricas. In: Artmed, editor. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: A. Diehl, DC. Cordeiro, RR. Laranjeira; 2011. p. 106-18.
64. Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczinski F, Silva RA, Pechansky F, et al. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Compr Psychiatry.* 2014;55(6):1369-76.
65. Moura M. Comorbidade entre dependência de pasta-base e indicadores de transtorno depressivo de humor com o emprego do Self Rating Questionnaire (SRQ-20). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
66. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 12:10-5.
67. Freeman RC, Collier K, Parillo KM. Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2002;28(1):109-31.
68. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freemon M. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2004;30(4):799-821.
69. Dunlap E, Golub A, Johnson BD, Benoit E. Normalization of violence: experiences of childhood abuse by inner-city crack users. *J Ethn Subst Abuse.* 2009;8(1):15-34.
70. Wasserman DA, Havassy BE, Boles SM. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in cocaine users entering private treatment. *Drug Alcohol Depend.* 1997;46(1-2):1-8.
71. Khantzian EJ. The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders. Focus on Heroin and Cocaine Dependence. 1985.
72. Khantzian EJ. Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction.* 2013;108(4):668-9.
73. Toledo F. Verificação do uso de cocaína por indivíduos vítimas de morte violenta na região Bragantina-SP. São Paulo: Universidade de São Paulo.; 2004.
74. Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict.* 2012;21(4):370-80.
75. Carvalho HB, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64(9):857-66.
76. Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert AS, Howard MO. Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010;36(4):181-6.
77. KESSLER FHP. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2007. p. 335-6.
78. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000. p. 106-15.
79. McLellan A, Luborsky L, Woody G, O'Brien C. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 1980;168(1):26-33.
80. Thomas McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict.* 15(2):113-24.
81. Sordi AO, Pechansky F, Kessler FH, Kapczinski F, Pfaffenseller B, Gubert C, et al. Oxidative stress and BDNF as possible markers for the severity of crack cocaine use in early withdrawal. *Psychopharmacology (Berl).* 2014;231(20):4031-9.

82. von Diemen L, Kapczinski F, Sordi AO, de Magalhães Narvaez JC, Guimarães LS, Kessler FH, et al. Increase in brain-derived neurotrophic factor expression in early crack cocaine withdrawal. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014;17(1):33-40.
83. Dunn J, Laranjeira RR, Da Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse.* 1996;31(4):519-27.
84. Marlowe D, Kirby K, Festinger D, Merikle E, Tran G, Platt J. Day treatment for cocaine dependence: incremental utility over outpatient counseling and voucher incentives. *Addict Behav.* 2003;28(2):387-98.
85. Foster J, Powell J, Marshall E, Peters T. Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review. *Qual Life Res.* 1999;8(3):255-61.
86. Foster J, Peters T, Marshall E. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol.* 2000;22(1):45-52.

ANEXOS

Instrumentos utilizados nos artigos

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index
(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 - 1 - 2 - 3 - 4	M24	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Álcool	D22	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Drogas	D47	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D48	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Legal	L25	0 - 1 - 2 - 3 - 4	---	-----
Lazer	F22	-----	---	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Família/Soc.	F14	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F15	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Trauma	F38	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F39	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Filhos	F48	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F49	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Psiquiátrica	P20	0 - 1 - 2 - 3 - 4	P21	0 - 1 - 2 - 3 - 4

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

ASI6

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? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início:

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento: / /
(Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

___ 1. Negra/Preta ___ 5. Indígena

___ 2. Branca ___ 6. Outros

___ 3. Amarela/Oriental ___ 7. Não respondeu

___ 4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)? anos meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

7 – Sistema penal ou pelo juiz

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

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → 118

Dessas noites, quantas foram em:

A. B.

H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?

H3. Hospital geral?

H4. Hospital psiquiátrico?

H5. Delegacia ou prisão?

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → NOTA

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

___ 1. Sozinho ___ 5. Outros parentes adultos

___ 2. Cônjuge/Parceiro ___ 6. Outros adultos não-parentes

___ 3. Filho(s) < 18anos ___ 7. Não respondeu

___ 4. País ___ 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? 1 – Sim, 0 – Não

ASI6

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

[NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
– incluir problemas dentários

Dias

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos?

Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?

0 – Nada	3 – Consideravelmente	<input type="text"/>
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?

0 – Nada	3 – Consideravelmente	<input type="text"/>
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?

0 – Nada	3 – Consideravelmente	<input type="text"/>
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?
– não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
000 → M27	

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?
– não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

A.	B.
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
000 → M28	

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?
ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.
– não inclua tratamento para álcool/drogas ou psíquico.

A.	B.
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
000 → E/S	

Comentários:

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?

1 – Ensino Fundamental	4 – Bacharelado	<input type="text"/>
2 – Ensino Médio	5 – Mestrado ou mais	
3 – Ensino Superior (Faculdade)	6 – Nenhum	

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal? 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?

01 = Não alfabetizado	16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade	<input type="text"/> <input type="text"/>
02 = 1ª à 4ª série	17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade	
12 = 5ª à 8ª série	18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)	
13 = 1º e/ou 2º ano do E.M.	19 = Doutorado completo ou não	
14 = 3º ano Ensino Médio	20 = Pós-doutorado completo ou não	
15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade		

E4. Você prestou serviço militar? 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego? 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]

1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
4. Fora do mercado de trabalho
– não trabalha e não procura ativamente por trabalho
5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Dona-de-casa/do lar | <input type="checkbox"/> 5. Não procura por trabalho |
| <input type="checkbox"/> 2. Estudante | <input type="checkbox"/> 6. Procura por trabalho |
| <input type="checkbox"/> 3. Incapaz | <input type="checkbox"/> 7. Institucionalizado |
| <input type="checkbox"/> 4. Aposentado | <input type="checkbox"/> 8. Outro |

Comentários:

ASI6

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?
1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho
de turno integral mais longo?
Meses
– com um empregador ou como autônomo
000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual
(TI) é o mais longo]
Meses
000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
Especifique: _____
[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____),
quantas semanas você teve um trabalho pago?
– inclua licenças, férias,
dias como autônomo, trabalho informal e bicos.
Semanas,
Max = 26
00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro
você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
– inclua licenças, férias, dias como autônomo,
trabalho informal e bicos.
Dias
00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou
(renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema
relacionado com o trabalho?
ex. baixa produtividade, discussões,
ser chamado atenção, atrasos, etc.
Dias

E22. Você procurou algum emprego?
ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego,
falou com um possível empregador
1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante
é para você receber qualquer tipo de orientação
(como aconselhamento, treinamento ou educação)
para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar
um emprego, ou lidar com problemas profissionais?
– assistência atual ou adicional
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

ASI6

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b....últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- ___ 1. Emprego
 ___ 2. Aposentadoria
 – ex. pensão, seguro social (INSS)
 ___ 3. Invalidez / Incapacidade
 – ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
 ___ 4. Seguro desemprego
 ___ 5. Assistência pública ou governamental
 – ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
 ___ 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
 ___ 7. Família, amigos ou sócios
 ___ 8. Dinheiro ilegal
 ___ 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
 – ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
 ___ 10. Outras, ex. economias, etc:
 Especifique: _____
 ___ 11. Bicos
 ___ 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? – exclua dinheiro de atividades ilegais 1 – Sim, 0 – Não

Comentários: _____

ASI6

Drogas / 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.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?
– inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?
– desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?
A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?
ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Camprat), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.
– exclua medicações para dependência de nicotina. 000 → D6
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
– exclua períodos sem álcool. 00 → D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

D14. Quando você bebeu pela última vez?
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?

D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do ÁlcoolNos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não

D19. 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

D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não

D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

Comentários:

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

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D27. Cocaína inalada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Crack/Merla/Oxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D29. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D30. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários adicionais: _____

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Álcool
 02 – Maconha
 03 – Sedativos
 04 – Cocaína / Crack
 05 – Estimulantes
 06 – Alucinógenos

07 – Heroína
 08 – Metadona
 09 – Outros Opióides
 10 – Inalantes
 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
 12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
 e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

ASI6

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 – portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc. [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30c. Carregar uma arma sem licença.....
- L30d. Prostituição / cafetinagem.....
- L30e. Jogo ilegal.....
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem? – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos. [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
- B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes. ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
- C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

- | (1 – Sim, 0 – Não) | A. Parceiro(s) | B. Pais e Outros Adultos | C. Amigos Íntimos |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| F3. <u>passou tempo</u> (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. teve qualquer <u>contato</u> , como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: – se F3+F4 = 0, Pule para F9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. teve problema de relacionamento <i>cf.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. teve qualquer <u>discussão</u> com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas?..... – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1 – Sim, 0 – Não | <input type="checkbox"/> | | |

Comentários:

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1 – Sim, 0 – Não
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1 – Sim, 0 – Não ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
- F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)? 1 – Sim, 0 – Não
- F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas? 1 – Sim, 0 – Não
- F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? 1 – Sim, 0 – Não – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
- F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 – Sim, 0 – Não
- F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 – Sim, 0 – Não
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? 1 – Sim, 0 – Não – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? _____
- F25. Quando isso aconteceu pela última vez? _____ – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás

ASI6

- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29
- F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28. Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? 0 → F32
– exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas
– exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra
- F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31. Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? 0 → F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra
– exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
- F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34. Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? 0 → NOTA
– exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
– inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

- F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45
- F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- | | | | |
|---------|---|----------|---|
| Filho 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Filho 6 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Filho 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Filho 7 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Filho 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Filho 8 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Filho 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Filho 9 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Filho 5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Filho 10 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- [NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]
- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não
- [NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]
- F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças
0 → F48
- F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
– aconselhamento atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não
- F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não
[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]
- F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 – Sim, 0 – Não
- F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não
- F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

M.I.N.I.**Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine

Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i>	_____	<i>Número do protocolo:</i>	_____
<i>Data de nascimento:</i>	_____	<i>Hora de início da entrevista:</i>	_____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i>	_____	<i>Hora do fim da entrevista:</i>	_____
<i>Data da entrevista:</i>	_____	<i>Duração total da entrevista:</i>	_____

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

Apresentação:

O MINI está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

No final de cada módulo, um ou vários quadros diagnósticos permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (▲) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

Instruções de citação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja "SIM" ou "NÃO". O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "e / ou").

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM?	➔ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	3
b	Tiveram problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado (a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado (a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Tiveram dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto (a) ou pensar em fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO SIM *

EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR ATUAL

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

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	➔ NÃO	SIM	10
-----	---	----------	-----	----

- b Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse? NÃO SIM 11

A5b É COTADA SIM?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	➔ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais?	NÃO	➔ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido (a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a autoconfiança?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	➔ NÃO	SIM	

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?

→
NÃO SIM 28

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

*TRANSTORNO DISTÍMICO
ATUAL*

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	4
----	--------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS
SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR
O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM: Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
b				
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM:			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a <u>OU</u> D2a SÃO COTADAS "SIM"?	➔ NÃO	SIM	

D3 SE D1b ou D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE D1b E D2b = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico (a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? | NÃO | SIM | 5 |
| b | Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado (a) com apenas poucas horas de sono)? | NÃO | SIM | 6 |
| c | Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo (a)? | NÃO | SIM | 7 |

- d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los? NÃO SIM 8
- e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando? NÃO SIM 9
- f Estava tão ativo (a) e agitado (a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa? NÃO SIM 10
- g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)? NÃO SIM 11
- HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 →
- OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)? NÃO SIM
- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E
 lhe
 Causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais NÃO 12
 OU você foi hospitalizado (a) por causa desses problemas? SIM
 COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO.

D4 É COTADA "NÃO"?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E P ASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

E1	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso (a), muito desconfortável ou assustado (a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim?	➔ NÃO	SIM	1
	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	➔ NÃO	SIM	2
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo?	➔ NÃO	SIM	3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado (a) com as suas possíveis conseqüências?	NÃO	SIM	4
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior:			
a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	NÃO	SIM	5
b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas?	NÃO	SIM	6
c	Teve tremores ou contrações musculares?	NÃO	SIM	7
d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado (a)?	NÃO	SIM	8
e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	NÃO	SIM	9
f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito?	NÃO	SIM	10
g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	NÃO	SIM	11
h	Sentiu-se tonto (a), com vertigens ou a ponto de desmaiar?	NÃO	SIM	12
i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo?	NÃO	SIM	13
j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	NÃO	SIM	14
k	Teve medo de morrer?	NÃO	SIM	15
l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16
m	Teve ondas de frio ou de calor?	NÃO	SIM	17
E5	E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4?	NÃO SIM Transtorno de pânico vida inteira		
E6	SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4? SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	NÃO SIM Ataques pobres em sintomas vida		
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio?	NÃO SIM Transtorno de Pânico atual		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso (a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	---	-----	-----	----

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado (a) ao ter que enfrentá-las?	NÃO	SIM	20
<i>Agorafobia Atual</i>				

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM"?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM"?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO"?

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
----	---	----------	-----	---

G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado?	→ NÃO	SIM	2
----	--	----------	-----	---

G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta?	→ NÃO	SIM	3
----	---	----------	-----	---

G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

G4 É COTADA "SIM"?

NÃO	SIM
<i>FOBIA SOCIAL</i>	
<i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i>	
<i>ATUAL</i>	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO	SIM	
		➔ Passar a H4		1
	Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas REAIS da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.			
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas?	NÃO	SIM	
		➔ Passar a H4		2
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	NÃO	SIM	3
		obsessões		
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
		compulsões		
	H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS "SIM"?	➔	NÃO	SIM
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos (as) ou exagerados (as) ?	➔	NÃO	SIM 5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	NÃO	SIM	6

H6 É COTADA "SIM"?

NÃO

SIM

*TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL*

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado (a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			9
a	Teve dificuldade de dormir?	NÃO SIM	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO SIM	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar?	NÃO SIM	SIM	11
d	Estava nervoso (a), constantemente alerta?	NÃO SIM	SIM	12
e	Ficava sobressaltado (a) por quase nada?	NÃO SIM	SIM	13

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4?

→
NÃO SIM

- I5 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

NÃO SIM
SIM 14

I5 É COTADA SIM?

NÃO SIM

*TRANSTORNO DE ESTRESSE
PÓS-TRAUMÁTICO
ATUAL*

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas?	➔ NÃO	SIM	1				
J2	Nos últimos 12 meses:							
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2				
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	3				
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4				
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5				
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6				
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida?	NÃO	SIM	7				
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8				
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</i>								
J3	Durante os últimos 12 meses:							
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9				
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10				

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| c | Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO SIM

*ABUSO DE ÁLCOOL
ATUAL*

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?	➔ NÃO SIM
----	--	-----------------

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGENOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER (EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE -----

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA -----

SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) -----

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

Substância 1:

a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito?

NÃO SIM 1

b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?	NÃO	SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7
Substância 2:				
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?	NÃO	SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7
Substância 3:				
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	1

- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO. NÃO SIM 2
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	→	SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>		

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado (a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc... | NÃO | SIM | 9 |
| c | Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARR	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o (a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?	NÃO	SIM	0	1
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s)?	NÃO	SIM	→L6a	3
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o (a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído (a)?	NÃO	SIM	→L6a	5
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	→L6a	7
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achava estranho ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você?	NÃO	SIM	→L6a	9
COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4					

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA
 UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM)
 OU
 UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?

→
 NÃO SIM

SE L13a É COTADA "SIM":

- b Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável.
 Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?

→
 NÃO SIM 18

- c SE L13a É COTADA "SIM":
 ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR <i>com características psicóticas</i> ATUAL	

- d L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR <i>com características psicóticas</i> VIDA INTEIRA	

M. ANOREXIA NERVOSA

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	➔ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	➔ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	➔ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	➔ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	➔ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO
(SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso

cm 145 147 150 152 155 158 160 163 165 168 170 173 175 178

kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
<hr/>															
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58		
	59	61													

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO

SIM

ANOREXIA NERVOSA
*tipo Compulsão Periódica /
Purgativa*
ATUAL

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	→ NÃO	SIM	3

O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
----	--	---	----------	-----	---

DE O3 A O3f COTAR "NÃO" SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE

O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA ATUAL

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P1	Antes dos 15 anos:			
a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
		➔		
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	NÃO	SIM	
	Não cotar "SIM" Nas QUESTÕES abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.			
P2	Depois dos 15 anos:			
a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	alguma vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Escala da Gravidade da Dependência de Crack

Atenção: as frases abaixo se relacionam ao consumo de <i>crack</i> . Responda considerando o seu comportamento nos últimos 30 dias, na maioria dos dias . Marque um X em apenas uma das alternativas possíveis: <i>concordo muito, concordo, discordo, discordo muito</i> .		Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
01	Não resisto ao <i>crack</i> quando tenho oportunidade de usá-lo.				
02	Tento deixar o <i>crack</i> , mas acabo recaíndo.				
03	Chego a usar <i>crack</i> por mais de dois dias sem parar.				
04	Fico atordoado até conseguir satisfazer a minha vontade (fissura) de usar <i>crack</i> .				
05	Só de falar ou pensar em <i>crack</i> eu sinto uma vontade (fissura) irresistível de usá-lo.				
06	Penso em usar <i>crack</i> quase todos os dias.				
07	Preciso do <i>crack</i> para enfrentar as dificuldades da vida.				
08	A quantidade de <i>crack</i> que eu uso nunca é suficiente, pois sempre preciso mais.				
09	Não sinto culpa, tristeza ou vergonha por fumar <i>crack</i> .				
10	Fico a maior parte do tempo com pessoas que usam <i>crack</i> ou em locais em que posso fumá-lo.				
11	Não consigo controlar meu consumo de <i>crack</i> .				
12	Fiquei agressivo por causa do uso de <i>crack</i> .				
13	Me envolvo em situações perigosas, que colocam minha vida em risco, por causa do <i>crack</i> .				
14	Deixo de lado minhas responsabilidades por causa do <i>crack</i> .				
15	Não valorizo mais as coisas que eram importantes para mim antes do <i>crack</i> .				
16	Todas as vezes que uso <i>crack</i> , uso maior quantidade do que eu havia planejado.				
17	Não consigo mais esconder dos outros (amigos, família) meu envolvimento com o <i>crack</i> .				
18	Emagreci mais de 3 kg, sem desejar, por causa do <i>crack</i> .				
19	Mesmo tendo problemas de saúde por causa do <i>crack</i> , continuo usando a pedra.				
20	Minto ou engano as pessoas por causa do <i>crack</i> .				

21	Percebo os graves problemas que o <i>crack</i> já me causou.				
22	Meu trabalho e/ou rendimento na escola estão prejudicados por causa do uso de <i>crack</i> .				
23	Tenho problemas familiares e/ou com parceiro(a) por causa do uso de <i>crack</i> .				
24	Tenho problemas financeiros por causa do meu consumo de <i>crack</i> .				
25	Me afastei de meus amigos e/ou familiares por causa do uso de <i>crack</i> .				
26	Minha vida sexual está prejudicada por causa do uso de <i>crack</i> .				
27	Tenho problemas com justiça e/ou com a polícia por causa do uso de <i>crack</i> .				
28	Estive hospitalizado por causa do uso de <i>crack</i> .				
29	Perdi o prazer pelas coisas do dia-a-dia por causa do consumo de <i>crack</i> .				

Cartas de aceite dos periódicos

Artigo 1

Trends Psychiatry Psychother - Edited version for review (TRENDS-2014-0040) Entrada x



Denise Arend - Trends Psychiatry Psychother <rends.denise@gmail.com>
para mim ▾

18/11/14 ☆ ↶ ▾

inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para: inglês x

Dear Author,

We are currently preparing your manuscript # **TRENDS-2014-0040** for publication in Trends in Psychiatry and Psychotherapy.

Attached please find a formatted/edited version of your text. Please revise the file, make any necessary corrections using the Track changes tool (already enabled for your convenience), then return the file to this email **as soon as possible, but no later than November 20th, 2014 (Thursday)**.

If we do not hear from the authors by the deadline above, the manuscript will be typeset (in PDF) according to the file attached. Please note that no major changes will be allowed in the proof review stage.

Please confirm receipt of this message.

Regards,

Denise Arend
Managing editor
Trends in Psychiatry and Psychotherapy
(Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul)
[+55 \(51\) 9829.1725](tel:+555198291725)



Artigo 2

From: OMICS Publishing Group-ACR Group <em@editorialmanager.com>
Date: 2015-06-16 2:58 GMT-03:00
Subject: Your Submission
To: Sibebe Faller <ljsiavd@gmail.com>

16 de jun ☆ ↶ ▾

Ref.: Ms. No. ACRGROUP-15-445R1
Factors associated with Quality of Life decrease in alcoholic patients who sought treatment
Journal of Addiction Research & Therapy

Dear Dr. Faller,

I am pleased to tell you that your work has now been accepted for publication in Journal of Addiction Research & Therapy.

It was accepted on Jun 16, 2015

Comments from the Editor and Reviewers can be found below.

Thank you for submitting your work

With kind regards
Managing Editor
Journal of Addiction Research & Therapy