

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MANUELA KALED

GRAVIDADE DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A  
SUBSTÂNCIAS NAS PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CURITIBA

2019

MANUELA KALED

GRAVIDADE DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A  
SUBSTÂNCIAS NAS PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2019

Kaled, Manuela

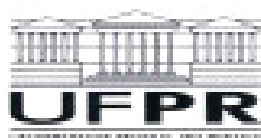
Gravidade dos transtornos relacionados a substâncias nas pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas [recurso eletrônico] / Manuela Kaled – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Saúde mental. 3. Índice de gravidade de doença. 4. Serviços de saúde mental. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.89



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM  
- 40001016043P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de MANUELA KALED, intitulada: GRAVIDADE DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NAS PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, sob orientação da Profa. Dra. MARILUCI ALVES MAFTUM, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 11 de Dezembro de 2019.

MARILUCI ALVES MAFTUM  
Presidente da Banca Examinadora

ROSSETH DEL CARMEM MUNOZ PALM  
Assessor Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI  
Assessor Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

*A Deus, primeiramente, e aos meus avós Geni Alves de Oliveira (in memoriam) e Manoel Alves de Oliveira, por serem a raiz da minha existência.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por permitir sonhar e realizar caminhos de crescimento que, a meus olhos, eram impossíveis.

À Dr<sup>a</sup> Mariluci Alves Maftum, minha orientadora, sou eternamente grata por incentivar a trilhar o caminho da pesquisa, sua trajetória profissional é um exemplo de esforço e superação, uma inspiração e motivação nos momentos de dificuldade. Minha gratidão pelos ensinamentos para vida profissional e pessoal. Seus ensinamentos através de metáforas estarão sempre em meu coração e em minhas atitudes.

À minha família, especialmente minha mãe Marlene Kaled, pelo seu amor incondicional e por ser meu exemplo de superação. Aos meus irmãos Sergio Luiz Kaled Júnior, Paulo Kaled Neto e, em especial, Mariana Farias, que, a meu lado, compartilhou meus anseios e alegrias. À minha Tia Marilza Alves de Oliveira, pelo apoio durante essa trajetória.

Aos meus líderes espirituais Vanderlei Cachatori e Valdirene Cachatori, nos quais encontro consolo e força nos momentos difíceis.

À Dra. Fernanda Carolina Capistrano e à doutoranda Aline Cristina Zerwes Ferreira, que me acompanharam durante toda a realização deste Mestrado bem como na coorientação da dissertação, com paciência, sempre com olhar acurado para os detalhes. Minha eterna gratidão e admiração!

Ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, aos colegas Camila Bonfim de Alcântara Bonfim, Thalita Lins Soares e Caio César da Fonseca Vale, pelo companheirismo e contribuições. Minha gratidão.

Aos colegas do curso de Mestrado do PPGENF- UFPR, em especial, Naiane Prandini e Victoria Beatriz Trevisan Nóbrega, por compartilharem momentos de alegrias.

Aos meus colegas de trabalho Gabriel Spina e Darlene Spina, Ieda Bernet e Renata Fabri, pelo apoio durante esses anos do Mestrado.

À Secretaria Municipal de Curitiba e à Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS), pela disponibilização dos campos para coleta de dados.

Às professoras Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani, Dr<sup>a</sup>. Rosibeth Del Carmen Muñoz Palm e Dr<sup>a</sup>. Miriam Aparecida Nimitz, por aceitarem compor a banca deste trabalho e por suas contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de aprendizado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo financeiro na forma de bolsa de produtividade à orientadora deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram diretamente ou indiretamente para realização deste estudo.

*“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa  
que a fez tão importante...”*

*Saint-Exupéry*

## RESUMO

Os transtornos relacionados a substâncias são considerados um problema de saúde pública, caracterizados por alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, ocasionando prejuízos em diversas áreas da vida da pessoa. Sua gravidade pode ser avaliada pelas consequências negativas relacionadas às dimensões socioeconômica, familiar, financeira, clínica e legal. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, com o objetivo geral de avaliar a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias nas pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas. A amostra foi por conveniência e composta por pessoas maiores de 18 anos que estavam em tratamento. Os dados foram coletados no período de abril a novembro de 2018, mediante a aplicação do Instrumento *Addiction Severity Index 6* (ASI-6). Os resultados foram apresentados de maneira descritiva e estratificados por sexo. Da amostra constituída de 137 pessoas, 89,1% (122) era do sexo masculino e 10,9% (15) do feminino. A média da idade do total de participantes foi de 41,7 anos ( $\pm 12,5$ ). Em relação à raça e estado conjugal, 46,0% (63) se declararam brancos e 41,6% (57), solteiros. A média de filhos por pessoa foi de 1,48 ( $\pm 1,46$ ). No que se refere a condições de moradias, 28,5% (39) apresentavam histórico de situação de rua. A baixa escolaridade foi caracterizada em 44,5% (61) dos participantes. Quanto à caracterização das condições de saúde física, 21,4% (30) relataram ter Hipertensão Arterial Sistêmica. Com relação a condições de saúde psicológicas/psiquiátricas, 32,1% (44) apresentaram alguma comorbidade mental. No que concerne aos transtornos relacionados a substâncias, exceto o álcool, a principal substância considerada problema foi a cocaína/crack 94,4% (68). O uso do álcool foi considerado a substância de principal problema para 72,2% (65) das pessoas. No que se refere à caracterização familiar, 40,9% (56) das pessoas estavam em um relacionamento amoroso e 59,1% (91) tinham vínculo familiar. Em relação aos aspectos legais, 10,9% (15) das pessoas tinham históricos de prisão antes dos 18 anos. Na avaliação do escore da gravidade dos transtornos relacionados a substâncias em sete áreas afetadas na vida da pessoa, as áreas de maiores escores de gravidade, sucessivamente, foram família/crianças, 57,8 ( $\pm 8,6$ ), Álcool, 52,8 ( $\pm 10,9$ ) e Família/Problemas Sociais, 51,0 ( $\pm 8,9$ ). Considerando as consequências dos Transtornos Relacionados a Substâncias para a pessoa, a família e a sociedade bem como o intenso aumento do uso de substâncias no Brasil e no mundo, conclui-se que os resultados deste estudo podem contribuir com subsídios para o cuidado à pessoa e à família com vistas a minimizar a gravidade deste problema.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde mental. Índice de gravidade de doença. Serviços de Saúde Mental.

## ABSTRACT

Drug-related disorders are considered a public health problem, featuring cognitive, behavioral and physiological disorders, thus hindering several areas of an individual's life. Severity can be assessed by the negative consequences related to socioeconomic, familiar, financial, clinical and legal dimensions. It is a crosscut, quantitative study, aiming to assess the severity of substance-related disorders in people undergoing treatment at Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs. The convenience sampling comprised individuals older than 18 years, undergoing treatment. Data were gathered between April and November, 2018, by applying the Addiction Severity Index 6 (ASI) instrument. Results were presented in a descriptive way and stratified by gender. The sample entailed 137 people, 89.1% (122) were males, and 10.9% (15) were females. Mean age of all participants was 41.7 years ( $\pm 12.5$ ). Regarding race and marital status, 46.0% (63) claimed that they were Caucasian, and 41.6% (57), single. The average number of children per person was 1.48 ( $\pm 1.46$ ). Regarding housing, 28.5% (39) had a history of homelessness, living on the streets. Low schooling featured 44.5% (61) of the participants. As for their profile of physical health status, 21.4% (30) reported Systemic Arterial Hypertension. In relation to their psychological/psychiatric health, 32.1% (44) featured a mental comorbidity. Regarding substance-related disorders, apart from alcohol abuse, the potential problem drug was cocaine/crack for 94.4% (68). Alcohol was considered the potential problem substance for 72.2% (65) of the individuals. As for the family profile, 40.9% (56) of the individuals were engaged in a loving relationship, and 59.1% (91) had family ties. In relation to the legal aspects, 10.9% (15) of the subjects had been arrested before 18 years old. Assessing the scoring of severity of drug-related disorders in 7 affected areas, the areas with the highest evidenced scores of severity were, successively, family/children, 57.8 ( $\pm 8.6$ ), Alcohol, (52.8) ( $\pm 10.9$ ) and Family/Social Problems, 51.0 ( $\pm 8.9$ ). Considering the outcomes from Substance-Related Disorders to individuals, families and society, and the increasing substance abuse in Brazil and in the world, it was concluded that the results in this study may contribute to ground individuals' and families' care, in order to minimize the severity of this problem.

Keywords: Substance-related disorders. Mental health. Disease severity index. Mental Health Services.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	NÚMERO DE PACIENTES CADASTRADOS NOS CAPS AD III DE CURITIBA .....	39
QUADRO 2 –	VARIÁVEIS PARA O ESCORE DAS SUBESCALAS DO ASI-6. ....	44

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	INTENSIDADE DE DESCONFORTO E DOR FÍSICA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	53
GRÁFICO 2 –	PREOCUPAÇÃO OU INCOMODAÇÃO COM SAÚDE E PROBLEMAS CLÍNICOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	53
GRÁFICO 3 –	IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PARA PROBLEMAS FÍSICOS DE ACORDO COM O ASI-6 .....	55
GRÁFICO 4 –	PREOCUPAÇÃO COM PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/ PSQUIÁTRICOS NOS 30 DIAS ANTERIORES À AVALIAÇÃO, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	57
GRÁFICO 5 –	IMPORTÂNCIA DE TRATAMENTO PARA PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/ PSQUIÁTRICOS NOS 30 DIAS ANTERIORES À AVALIAÇÃO, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	58
GRÁFICO 6 –	PREOCUPAÇÃO COM SENTIMENTOS, PENSAMENTOS OU OUTRAS REAÇÕES A EVENTOS TRAUMÁTICOS, NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	60
GRÁFICO 7 –	IMPORTÂNCIA DE RECEBER AUXÍLIO, ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA SENTIMENTOS, PENSAMENTOS OU OUTRAS REAÇÕES A EVENTOS TRAUMÁTICOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	60
GRÁFICO 8 –	PREOCUPAÇÃO OU INCOMODAÇÃO ASSOCIADA A PROBLEMAS COM O ÁLCOOL, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	65
GRÁFICO 9 –	IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PARA O USO DE ÁLCOOL, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	65
GRÁFICO 10 –	IMPORTÂNCIA DE ALCANÇAR OU MANTER ABSTINÊNCIA TOTAL DO ÁLCOOL, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	66
GRÁFICO 11 –	SATISFAÇÃO DO APROVEITAMENTO DO TEMPO LIVRE AVALIADO PELO ASI-6 .....	68
GRÁFICO 12 –	SATISFAÇÃO NOS RELACIONAMENTOS COM OUTROS ADULTOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	69
GRÁFICO 13 –	PREOCUPAÇÃO COM PROBLEMAS NO RELACIONAMENTO COM OUTROS ADULTOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	69

GRÁFICO 14 –	IMPORTÂNCIA DE RECEBER AUXÍLIO, ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO COM OUTROS ADULTOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	70
GRÁFICO 15 –	PROBLEMAS NA CONVIVÊNCIA COM MENORES DE 18 ANOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	70
GRÁFICO 16 –	IMPORTÂNCIA DE ACONSELHAMENTO PARA AJUDAR A CONVIVÊNCIA COM MENORES DE 18 ANOS, DE ACORDO COM O ASI-6 .....	71

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS. CURITIBA, 2018 .....	49
TABELA 2 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO DADOS SOCIOECONÔMICOS. CURITIBA, 2018 .....	50
TABELA 3 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO AGRAVOS FÍSICOS DE SAÚDE. CURITIBA, 2018 .....	52
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO DADOS DE CARACTERIZAÇÃO FÍSICA. CURITIBA, 2018 .....	54
TABELA 5 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS. CURITIBA, 2018 .....	56
TABELA 6 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO TRATAMENTO PARA AS CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS. CURITIBA, 2018 .....	58
TABELA 7 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO HISTÓRICO DE ABUSO OU TRAUMA. CURITIBA, 2018 .....	59
TABELA 8 –	CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018 .....	62
TABELA 9 –	CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS POR SEXO, SEGUNDO A IDADE DE PRIMEIRO USO E TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS. CURITIBA, 2018 .....	63
TABELA 10 –	CARACTERIZAÇÃO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018 .....	64
TABELA 11 –	CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL POR SEXO, SEGUNDO IDADE DE PRIMEIRO USO E TEMPO DE USO. CURITIBA, 2018 .....	64
TABELA 12 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL. CURITIBA, 2018 .....	68
TABELA 13 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO À CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS. CURITIBA, 2018.	72

TABELA 14 – PONTUAÇÕES NA ADDICTION SEVERITY INDEX, 6A, VERSÃO (ASI-6), MODERADO POR SEXO E TOTAIS. CURITIBA, 2018 ..... 73

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ASI	- <i>Addiction Severity Index</i>
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CAPS AD III	- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III
CAPSi	- Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FEAS	- Fundação Estatal de Atenção à Saúde
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
IST	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
LENAD	- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
REDCap	- <i>Research Electronic Data Capture</i>
SNC	- Sistema Nervoso Central
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPA	- Substâncias Psicoativas
SS-R	- Escores Sumários de Funcionamento Recente
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNODC	- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	37
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	37
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>38</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	38
3.2	LOCAL DE ESTUDO .....	38
3.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA .....	40
3.4	CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES .....	40
3.5	TESTE PILOTO .....	41
3.6	RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES .....	41
3.7	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	42
3.8	COLETA DE DADOS .....	44
3.9	VARIÁVEIS .....	45
3.10	ANÁLISE DOS DADOS .....	46
3.11	ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA .....	48
4.2.1	Caracterização das condições de saúde física .....	51
4.2.2	Caracterização das condições psicológicas/psiquiátricas .....	55
4.2.3	Caracterização dos transtornos relacionados a substâncias .....	61
4.3	CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL .....	66
4.4	CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS .....	71
4.5	SCORE FINAL DAS ÁREAS DO ASI 6 .....	73
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE 1 – QUADROS DE VARIÁVEIS</b> .....	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>106</b>
	<b>ANEXO 1 – INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6</b> .....	<b>108</b>
	<b>ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6</b> .....	<b>122</b>
	<b>ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ</b> .....	<b>123</b>

<b>ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA .....</b>	<b>126</b>
--	------------

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) é um problema grave de saúde pública, visto que afeta a pessoa, o meio em que está inserida e a sociedade. Os danos ocasionados pelo elevado número de pessoas que consomem SPA no mundo remetem a consequências ao contexto social, político e econômico. (HALPERN et al., 2017; UNODC, 2018; WHO, 2018).

Relatos do consumo de substâncias e suas consequências estão presentes em todos os períodos da história. Os primeiros registros datam de, aproximadamente, oito mil anos, com o uso do cânhamo, uma das variedades da *Cannabis sativa*, na China e na Índia, sendo descrito que seu uso em excesso provocava alterações sensoriais e do estado de consciência. (MEDEIROS, 2005; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Do mesmo modo, em registros bíblicos são encontradas várias menções ao uso de SPA e suas consequências. No que se refere ao álcool, seu consumo é advertido como uma influência negativa e descrito como um comportamento de pessoas sem sabedoria (PROVÉRBIOS, 20,1; OSÉIAS, 4,11), e que seu consumo em grandes quantidades provocava conflitos familiares (GÊNESIS, 9,23), prejuízos físicos, morais e espirituais. (GÊNESIS, 9,23; CORÍNTIOS, 6,10; PROVÉRBIOS, 20,1; PROVÉRBIOS, 23,29).

A água de fel, outra substância igualmente exposta em passagens bíblicas, conhecida popularmente como dormideira, é derivada da papoula, e sua ingestão é advertida por causar comportamentos inadequados. A conotação do uso da água de fel é apresentada em registros bíblicos como forma de castigo divino para o povo de Israel. (AMÓS, 6,12; JEREMIAS, 8,14; JEREMIAS, 23,15; SALMOS, 69,21; MATEUS, 27,34).

Seguindo o curso histórico do uso, na Idade Média, por volta do século X, a Igreja Católica, na época, símbolo de autoridade máxima, intensificou ainda mais a rejeição ao consumo de substâncias psicoativas (SPA) e passou considerá-lo heresia, e aqueles que ousavam desrespeitar suas normas eram expostos a diversos métodos de tortura. (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018).

Com o passar do tempo, as consequências do consumo de substâncias psicoativas foram se agravando, principalmente com o advento da Revolução Industrial, séculos XVIII e XIX, isso porque o uso de SPA começou a se intensificar,

pois houve favorecimento da sua fabricação em grandes quantidades, e seu preço, por vez, foi reduzido, facilitando o acesso das pessoas. (MELO; MACIEL, 2016). Destaca-se nesse período o surgimento de medicações extraídas de plantas, cuja ação no Sistema Nervoso Central (SNC) produzia alterações de percepção e de comportamento, promovendo um ciclo repetitivo de uso e um aumento dos casos de dependência. (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018).

Apesar desse aumento significativo, somente em meados do século XIX e XX, o uso de SPA assumiu dimensões alarmantes, pois a população passou a habitar grandes centros urbanos, intensificando as desigualdades sociais, modificando as características das relações sociais e, principalmente, a frequência e a intensidade do consumo das substâncias, tornando-se um grave problema de saúde pública. (SANTOS; OLIVEIRA, 2013; MELO; MACIEL, 2016).

Considerando o tipo de substância e as especificidades sociais e econômicas, estima-se que 35 milhões de pessoas no mundo são consideradas consumidoras problemáticas de substâncias, as quais apresentam consequências nocivas decorrentes desse comportamento. (UNODC, 2019).

A *Cannabis* é a substância de maior uso no mundo, com 192 milhões de usuários, na sequência, vêm os opioides, com 34 milhões, o *ecstasy*, com 21 milhões, e os derivados da cocaína, com 18 milhões de usuários. O uso não medicinal dos opioides é mais evidenciado em países da América do Norte, África e Ásia, sendo os danos irreversíveis para a saúde, contabilizando 76% dos óbitos mundialmente relacionados a esse transtorno mental. (UNODC, 2018).

Especificamente no Brasil, o último Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) mostra que sete milhões, o equivalente a 6,8% da população, utilizaram a *Cannabis* alguma vez na vida, cinco milhões (3,8%) consumiram derivados de cocaína, três milhões (2,7%), outros estimulantes, e dois milhões (2,2%) consumiram solventes. (UNIFESP, 2014).

Atualmente, sabe-se que 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres têm transtornos relacionados ao álcool, deste total, 11,5% pertencem ao continente americano. (WHO, 2018). Dados do Relatório Mundial do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) apontam que 271 milhões de pessoas, número que corresponde a 5,5% da população mundial, utilizaram substâncias (exceto álcool e tabaco) alguma vez em 2016, tendo 0,06% desta população

apresentado critérios diagnósticos para transtornos relacionados a substâncias, necessitando de tratamento. (UNODC, 2019).

Considerando esse quantitativo expressivo de consumo, é imprescindível ressaltar que nem todo uso de SPA necessita de tratamento, pois há diferentes tipos de padrão de uso resultante da interação da pessoa com a substância. Além disso, o padrão de uso não se limita ao uso propriamente dito, pois envolve a intensidade e as consequências trazidas para o usuário. (MAERCKE et al., 2013).

Nesses casos, quando o indivíduo deixa de utilizar a substância de modo recreativo e começa a apresentar comportamentos patológicos em virtude de um padrão mal adaptativo de consumo, compreende-se que há o desenvolvimento de um transtorno mental relacionado à substância. Esses transtornos correspondem a um conjunto de sinais e sintomas fisiológicos e de cognição, que se refletem no comportamento pelo uso consecutivo de uma ou mais substâncias, independentemente das consequências relacionadas ao uso. (APA, 2014).

Para estabelecer diagnósticos de transtornos relacionados a substâncias, no Brasil, utiliza-se como padrão a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), mas, de modo geral, é mais utilizado na Europa e Estados Unidos o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). (APA, 2014; OMS, 2018).

No que se refere à CID-11, os critérios diagnósticos são classificados em "uso nocivo" e "dependência". O uso nocivo, também conhecido como uso abusivo, é definido pela autoadministração de qualquer substância, que, em geral, causa danos à saúde física e mental. Enquanto a dependência é o uso repetido de uma substância, levando a alterações comportamentais, cognitivas e fisiológicas, sendo a utilização persistente, mesmo apresentando consequências negativas, caracterizada pelo aumento da tolerância e da síndrome de abstinência. (OMS, 2018).

Os termos uso nocivo e dependência constantes na CID-11 correspondem a Transtornos Relacionados a Substâncias no DSM-5 e abrangem dez classes: álcool, cafeína, *cannabis*, alucinógenos, inalantes, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco e outras substâncias. (APA, 2014). Sendo as principais vias de administração das substâncias ingestão, inalação, aspiração e endovenosa e, por atuarem diretamente no Sistema Nervoso Central, ocasionam alterações cognitivas, emocionais e de comportamento. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Para determinar o diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias de acordo com o DSM-5, são utilizados 11 critérios avaliados dentro de um período de um ano, quais sejam: 1) o uso da substância em quantidades maiores ou por um tempo maior que o planejado; 2) desejo persistente ou incapacidade de controle; 3) maior tempo dedicado para obtenção da substância; 4) fissura; 5) deixar de realizar funções sociais, ocupacionais e familiares; 6) continuação do uso mesmo apresentando problemas sociais e interpessoais; 7) afastamento de atividades familiares em função do uso; 8) manutenção do uso, apesar dos prejuízos físicos; 9) uso em situações de risco; 10) tolerância; e 11) abstinência. (APA, 2014).

Considerando questões concernentes à gravidade do uso, o DSM-5 classifica os transtornos relacionados a substâncias como leves, moderados e graves, utilizando os critérios diagnósticos descritos anteriormente. Quando dentro do período de um ano a pessoa apresenta de dois a três critérios diagnósticos, o transtorno é leve, de quatro a cinco critérios, é moderado, sendo grave com mais de seis critérios. (APA, 2014).

Além da investigação diagnóstica, é necessário compreender as especificidades do consumo quanto ao tipo de substância, modo de administração, anos de consumo, frequência e quantidade, bem como aos efeitos nocivos que ocasiona em diversas áreas do indivíduo. (KESSLER et al., 2010). A literatura tem por base que a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias pode ser mensurada de acordo com as consequências do consumo nos aspectos sociais, familiares, na saúde física e mental da pessoa.

Especificamente no que se refere aos aspectos sociais, é importante ressaltar que o uso de SPA afeta significativamente essa dimensão, causando impacto destrutivo importante na vida da pessoa, que, comumente, apresenta dificuldades neste âmbito. (FELIX et al., 2016).

Santos (2017) elucida que problemas financeiros são comumente relacionados ao uso de SPA. Em sua pesquisa, das 160 pessoas que estavam em tratamento pelo uso de cocaína, 75% (120) apresentavam renda mensal menor que um salário mínimo e 20,5% (33) recebiam benefícios e/ou aposentadoria. Sabe-se que esses danos diminuem o papel econômico da pessoa na sociedade, onerando os gastos públicos.

Segundo dados da Junta Médica do município de Goiânia (GO), entre a totalidade dos servidores públicos (28.230), 13.408 apresentaram absenteísmo no

trabalho no ano de 2013, desses, 26,5% (7.474) estavam associados a transtornos mentais e comportamentais, sendo que 1,4% (389) deste número correspondia a transtornos relacionados a substâncias. (LEÃO et al., 2015).

Além disso, as consequências negativas do consumo de substâncias podem gerar diminuição da produtividade, dificuldade de relacionamento interpessoal e absenteísmo. (FELIX et al., 2016). Tais consequências são descritas em um estudo com 20 pessoas em tratamento em uma unidade de reabilitação, o qual elucida que problemas de produtividade, falta de motivação laboral, mudanças constantes de função e demissões são frequentes em pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Esses aspectos facilitam a exclusão da pessoa do meio social, principalmente do mercado de trabalho, com consequentes perdas financeiras. (NIMTZ et al., 2016).

Um dos fatores determinantes para essa situação social prejudicada pode ser a baixa escolaridade que, por sua vez, também está associada às consequências do uso de substâncias, pois, além de causar alterações na atenção e na memória, direciona a motivação à aquisição e consumo da substância, perdendo o interesse por atividades acadêmicas, fato que se agrava com o início de uso cada vez mais precoce. (HALPERN et al., 2017).

Nesse sentido, Halpern et al. (2017) ressaltam que o uso de substâncias na infância e adolescência pode ocasionar baixo aproveitamento escolar e evasão, gerando graves consequências na formação profissional. Tal associação pode ser evidenciada em um estudo sobre a gravidade do uso de cocaína em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), com 160 pessoas, em que 60,6% (97) apresentavam baixa escolaridade e 73,1% (117) tinham baixa certificação profissional. (SANTOS, 2017).

Apesar desses dados alarmantes do uso de SPA na infância e adolescência, Conceição et al. (2018) destacam que os problemas relacionados ao uso excessivo nesta faixa etária podem ser subnotificados, haja vista limitações na identificação precoce do diagnóstico.

Há outras implicações negativas na vida adulta intimamente relacionadas a esta situação, como o tipo de substância e o padrão de uso, que, por sua vez, resultam em uma vasta gama de consequências ante seu uso prolongado e excessivo, ocasionando aumento na gravidade dos transtornos relacionados a substâncias.

Em geral, quanto maior o tempo de consumo, maiores são os problemas que o indivíduo apresenta. Em um estudo com 52 pessoas em tratamento em um CAPS localizado em um município do Meio-Oeste Catarinense, 59,1% utilizaram substâncias por mais de uma década (ANDOLFATTO et al., 2016), confirmando os dados de uma pesquisa feita com 160 pessoas em tratamento por uso de cocaína em um CAPS AD, em que a média de tempo de consumo foi de 11 anos para o álcool, dez anos para a maconha e de sete anos para a cocaína. (SANTOS, 2017).

O tempo de consumo elevado muitas vezes é determinante para o desenvolvimento de diversos prejuízos no ambiente intrafamiliar. Sabe-se que, com o aumento da gravidade do uso de SPA, o vínculo afetivo formado durante a vida pode ser afetado e ocasionar o rompimento de relacionamentos familiares e sociais, isso acontecendo em decorrência de comportamentos destrutivos que surgem durante o efeito da substância, como alterações psicomotoras e cognitivas, como também durante a síndrome de abstinência. (ALMEIDA et al., 2018).

Estudo desenvolvido com mães de pessoas com transtornos relacionados a substâncias evidenciou que o consumo compulsivo de substâncias favorece discussões familiares, diminuição de diálogos e prejuízos nas relações, resultando até mesmo em agressões físicas intrafamiliares. (GARCIA, 2018).

Tais comportamentos geram, no meio familiar, sentimentos de frustração, medo e vergonha. De acordo com Horta et al. (2016), a desesperança dos familiares de pessoas com transtornos relacionados a substâncias pode gerar sentimentos de desespero, em que a morte do familiar pode ser vista como única solução para o alívio do sofrimento.

Por sua vez, quando os pais são envolvidos com o uso de substâncias, também é identificado prejuízo nas relações entre seus filhos desde o nascimento. Esse fato é encontrado em um estudo realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil com 18 puérperas, as quais relataram que, em razão dos transtornos relacionados a substâncias, muitos filhos são retirados do lar por instituições de proteção. (XAVIER et al., 2018).

O ambiente familiar é visualizado pelos seus membros, desde a infância, como um núcleo de proteção e socialização, preservando os direitos da criança e do adolescente. Entretanto, quando há um indivíduo que faz uso abusivo de substâncias, esse núcleo acaba se constituindo em um risco para seus membros, ocasionando mudança de rotina e desorganização da dinâmica familiar. (COSTA et

al., 2017). Principalmente pela exposição direta a fatores prejudiciais como a influência negativa pelo uso, a violência, a ausência de afeto e de vínculo entre pais e filhos. (JIMENEZ; TUCCI, 2017).

A vulnerabilidade do ambiente para violências e para os traumas durante a infância e demais fases da vida é uma preocupação de órgãos de proteção à Criança e Adolescente (BRASIL, 1994; PAGLIACE, 2019), que tem como objetivos a vigilância e a proteção e, dependendo da gravidade da exposição do menor, a retirada e o encaminhamento para instituições de proteção.

Experiências traumáticas na infância podem se constituir em um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos relacionados a substâncias na vida adulta. Rossi et al. (2016), em seu estudo com 388 pessoas que utilizavam crack, evidenciaram que 5,3% (16) sofreram abuso sexual na infância e têm como comorbidade o Transtorno de Pânico.

O rompimento de relacionamentos ou problemas conjugais são descritos em estudos como uma das principais consequências dos transtornos relacionados a substâncias. Capistrano et al. (2018) descrevem em estudo com 192 pessoas em tratamento em um CAPS AD que 70% (105) apresentaram problemas com o cônjuge, destacando-se discussões excessivas, agressões e brigas. (CAPISTRANO et al., 2018).

Considerando as consequências no contexto sociofamiliar, é importante ressaltar que, além das relações interpessoais, as atividades de lazer e práticas religiosas também são prejudicadas. (ALMEIDA et al., 2018). Com o uso de substâncias, muitas pessoas deixam de realizar atividades que agregavam ao seu cotidiano, como atividades lúdicas e de lazer e a busca por apoio espiritual.

Esse fato foi encontrado em estudo realizado com 39 pessoas que participam de um programa de proteção social para usuários de substâncias, cujo objetivo era apresentar a percepção de usuários de crack sobre o impacto do uso de substâncias na vida social. Os participantes relataram que o uso de SPA afastava a pessoa de atividades de lazer, como trabalhos voluntários, passeios e de instituições espirituais. (ALMEIDA et al., 2018).

Considerando as diferentes substâncias, o consumo excessivo de álcool se constitui em uma área com alto impacto na saúde da pessoa, pois é responsável por causar alterações nos sistemas neuroquímicos, ocasionando sintomas relacionados

à alteração de humor, como ansiedade e depressão, tolerância e síndrome de abstinência. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

No que concerne à *Cannabis*, sabe-se que quanto maiores o tempo e a quantidade de uso, também maiores serão as consequências, que podem ser agudas ou crônicas. Nessa substância, as alterações agudas podem gerar despersonalização, sendo que entre oito e doze horas são percebidos prejuízos nas habilidades motoras, enquanto os problemas crônicos dizem respeito à apresentação de comorbidades mentais e físicas. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Não obstante, em período progressivo, derivados de cocaína, principalmente aspirada e fumada, são absorvidos pelo sistema respiratório, e sua ação no SNC é veloz, como também seu efeito, que resulta em uma maior tolerância à substância e consequências na saúde física e mental em um intervalo de tempo menor. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A tolerância e a síndrome de abstinência são consideradas critérios de avaliação da gravidade dos transtornos relacionados a substâncias. Na condição de conceito, define-se a tolerância como a diminuição da resposta fisiológica e do comportamento em relação à substância de uso intenso, trata-se de um sintoma em que o organismo tem necessidade de doses maiores, pois as doses habituais não ocasionam o mesmo efeito. Esse sintoma está associado à frequência de uso e à absorção da substância no organismo, quando a metabolização é acelerada. (APA, 2014).

Enquanto a síndrome de abstinência desenvolve alterações físicas e cognitivas após a interrupção ou diminuição do uso intenso, ela ocorre com a diminuição da substância no sangue ou tecidos em uma pessoa que estava em uso constante. Os sintomas de abstinência podem ser diferentes com relação ao tipo de substância usada, provocando prejuízos sociais, profissionais e clínicos. (APA, 2014).

Sabe-se que o uso de qualquer substância gera consequências muitas vezes irreversíveis, isso porque não há uma quantidade segura que possa ser atribuída a nenhuma substância. No entanto, facilmente são encontradas pessoas que utilizam mais de uma substância, concomitantemente ou não. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A utilização de mais de uma SPA associada eleva a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, pois cada substância tem suas particularidades e especificidades, sendo que, quando associadas, potencializam as consequências, fato que dificulta o tratamento, prejudica a manutenção da abstinência e favorece a recaída. (FERREIRA et al., 2016).

As recaídas se caracterizam pela necessidade do consumo de substâncias no período de reabilitação, que resulta no retorno à mesma proporção de consumo de SPA. Essas recaídas são frequentes em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, tendo causas multifatoriais, tanto objetivas quanto subjetivas. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Em conformidade, Jacinto (2014) elucida esse fato em pesquisa feita com 180 pessoas em tratamento em clínicas de reabilitação, em que 52,2% dos participantes já tiveram episódios de recaída, sendo as principais substâncias utilizadas na última recaída o álcool, com 87,2%, e o crack, com 77,6%.

Uma das consequências da recaída é a dificuldade de sequenciar o tratamento, sendo que a instabilidade na participação de atividades terapêuticas pode agravar as consequências na vida da pessoa. (UNODC, 2018). Um estudo mostrou que o tempo de maior permanência em tratamento em um CAPS AD foi de três meses em 38,7% (52) da amostra. (ANDOLFATTO et al., 2016). Confirmando esse dado, outro estudo feito com mulheres em tratamento em CAPS AD III (365) evidenciou que a média de permanência no tratamento foi de seis meses. Assim, ressalta-se que a descontinuidade do tratamento potencializa os danos decorrentes do uso da substância. (AZEVEDO et al., 2017).

Apesar da multicausalidade, um aspecto comumente associado que antecede a recaída é a fissura, definida pelo desejo intenso do uso. Esse desejo afeta o humor, a cognição e o comportamento da pessoa, favorecendo o retorno ao uso e, conseqüentemente, ocasionando problemas sociais e de saúde. (SILVEIRA; OLIVEIRA; ALVES, 2017).

Quanto a problemas de saúde, no que se refere a problemas físicos ou clínicos que o indivíduo pode desenvolver pelo uso contínuo de substâncias, sabe-se que ocorrem com maior prevalência em indivíduos com transtornos relacionados a substâncias. (HALPERN et al., 2017).

Entre o ano de 2000 e 2015, a gravidade de uso de substâncias resultou num aumento de 60% de óbitos globais. No ano de 2000, o número de mortes pelo uso

de substâncias em pessoas com idade maior ou igual a 50 anos representava 27%, sendo que em 2015 esse percentual subiu para 39%, mostrando aumento importante de óbitos nesta faixa etária. (UNODC, 2018).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o uso do álcool ocasiona, aproximadamente, três milhões de mortes por ano no mundo, desencadeadas por problemas clínicos, sendo 21,3% relacionadas a alterações do sistema digestório; 19%, ao sistema cardiovascular; 12,9%, a doenças infecciosas; e 12,6% relacionadas a neoplasias. (WHO, 2018).

Estimativas nacionais apontam que as principais consequências físicas entre brasileiros que consomem substâncias são problemas cardiovasculares em 27% (36 milhões), seguidos por 21,6% (28 milhões) de problemas neurológicos e 20,5% (27 milhões) imunológicos. (UNIFESP, 2014).

Em consonância, pesquisa feita em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba, com 192 pessoas em tratamento, evidenciou que 66% (99) apresentaram comorbidades clínicas, sendo a maior prevalência de eventos cardiovasculares em 27,4% (51), na sequência, alterações neurológicas em 24,7% (46) e gastrintestinais em 16,7% (31). (CAPISTRANO et al., 2018).

Confirmando esse aspecto, estudo feito com 564 pessoas em tratamento pelo uso do crack apontou que 9,3% (52) da amostra apresentou problemas hepáticos, 4,3% (24), imunológicos, e 5,3% (30), respiratórios. Esses dados estão frequentemente associados ao nível de gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, haja vista que o comportamento de risco, a situação de moradia e a tolerância são características frequentes nessa população, que influenciam diretamente no desenvolvimento de comorbidades clínicas. (HALPERN et al., 2017).

Alterações no SNC também são frequentes nessa população, ocasionando convulsões e alterações neurológicas substanciais, como isquemias e hemorragias. Especificamente a cocaína é responsável por inibir a recaptação da dopamina no processo de sinapse que resulta em sensação de prazer não natural, favorecendo o desenvolvimento de ansiedade e problemas cognitivos. (FERREIRA et al., 2017).

Já substâncias como o álcool, metabolizado, principalmente, no fígado, pode potencializar doenças hepáticas, além de afetar o sistema digestório como um todo, assim como atua como depressor do SNC, favorecendo a sedação e até mesmo o coma em razão de sua ação sedativa e hipnótica. (SOUZA et al., 2015).

Não obstante, das condições clínicas físicas, as mentais são comuns nessa população, uma vez que evidências científicas apontam tal associação influenciando diretamente no tratamento frente à intensificação de sinais e sintomas e à exposição a fatores de risco. Segundo dados internacionais, entre nove pessoas que usam substâncias, uma desenvolve algum transtorno mental, sendo que 30,5 milhões de pessoas no mundo necessitam de tratamento. (UNODC, 2018).

Estudo realizado em um CAPS AD na Região Metropolitana de Curitiba, com 163 pacientes, apontou que 58,7% (88) deles apresentaram alguma comorbidade mental, entre elas transtornos psicóticos em 56,5% (35) e transtornos de humor em 37,1% (23). (CAPISTRANO et al., 2018).

As comorbidades mentais e/ou os problemas psicológicos que o indivíduo pode apresentar concomitantemente aos transtornos relacionados às SPA foram identificados em pesquisa realizada em um CAPS AD III de Minas Gerais, pela consulta a 144 prontuários, que mostrou que 60% (86) das pessoas com transtornos relacionados a substâncias apresentavam também diagnóstico de esquizofrenia. (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Os sentimentos negativos sobre si, a redução de satisfação nas atividades diárias e o humor deprimido estão associados ao uso repetido de substâncias, pois muitas delas agem como depressoras do humor. Assim sendo, a falta das SPA pode influenciar no surgimento de episódios de tristeza profunda, evoluindo para depressão. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A intensificação desses sentimentos soma-se ao risco de ideações suicidas, como mostra um estudo com 564 usuários de crack, em que 43,1% (242) apresentaram ideação suicida, 13,3% (75) sob efeito de substâncias. Desse número, 24,7% (139) apresentaram histórico de tentativas de suicídio, 8,7% (49) sob efeito de drogas ou de abstinência. (HALPERN et al., 2017).

Além dos sentimentos deprimidos, a ansiedade se destaca como prejuízo do uso de substâncias. As substâncias influenciam nos receptores do SNC e alteram as funções neurológicas, gerando alterações do humor, uma delas causada por substâncias estimulantes que aceleram as atividades neurológicas, alterando as atividades psicomotoras e os quadros de ansiedade. Em um estudo com pessoas em uso de cocaína, 68,7% (110) apresentaram sintomas de ansiedade e nervosismo. (SANTOS, 2017). Confirmando esses dados, Lucchese et al. (2017)

apontam que 69,2% das pessoas em uso abusivo de SPA apresentam nervosismo e preocupação.

Assim, nos últimos anos, o aumento do uso de SPA tem impactado consideravelmente a sociedade como um problema de saúde grave com múltiplas consequências nocivas. Assim, esforços nacionais estão sendo despendidos com respaldo em políticas públicas para minimizar as consequências relacionadas às condições clínicas, sociais, econômicas e legais. (BRASIL, 2015a).

No que se concerne às consequências legais, sabe-se que comumente os usuários se envolvem em atividades ilegais para obtenção das substâncias para consumo. Nesse sentido, a dificuldade em manter o padrão de uso pode favorecer o envolvimento criminal e legal, pois o uso e a falta de condições para mantê-lo fazem com que a pessoa desenvolva comportamentos de furtos e até mesmo intensifique atos de violência frente ao aumento da fissura ou da síndrome de abstinência. (UNODC, 2018).

O uso intensivo de substâncias favorece o aumento das possibilidades para atividades ilegais, como tráfico de drogas, que é visto pela pessoa com transtorno como uma forma de obter recurso financeiro para o consumo. (NIMTZ et al., 2016). Entretanto esse comportamento propicia prisões frequentes, gerando exclusão do meio social, diminuindo as chances de reabilitação e reinserção social. (RODRIGUES et al., 2017).

Segundo estudo desenvolvido com 20 pessoas com transtornos relacionados a substâncias em uma unidade de reabilitação do Paraná, estas pessoas, frequentemente, apresentam comportamentos criminais, tais como furtos de objetos do convívio familiar e de terceiros para obtenção de substâncias, bem como alteração do comportamento e dificuldade de seguir regras e valores da sociedade. (NIMTZ et al., 2016).

As consequências na vida de pessoas em tratamento por transtornos relacionados ao uso de cocaína são apresentadas em um estudo (160), em que 13,7% (22) das pessoas com idade acima de 18 anos tinham histórico de prisão, 16,8% (27) relacionados à prática de roubo. Ademais, entre as pessoas (27) que tinham histórico de delitos, as usuárias de crack apresentaram maior frequência, 74,1% (20), e de cocaína, 25,9%. (SANTOS, 2017).

Em outro estudo que avaliou a gravidade dos transtornos relacionados ao uso de estimulantes em cinco capitais do Brasil, 64,2% (364) das pessoas haviam sido

presas em algum momento de suas vidas: 24,6% (137) por porte de drogas, 23,2% (129) por furto e 7,9% (44) por crimes violentos. Essa situação decorre da necessidade de sustentar o uso, principalmente em relação à falta de condições econômicas, o que facilita a prática de roubos e de atividades ilícitas. (HALPERN et al., 2017).

No Brasil, no ano de 2013, 78% dos motoristas envolvidos em acidentes de trânsito com vítimas fatais tiveram teste positivo para álcool (WHO, 2018). Os significativos impactos ocasionados pelo uso dessa substância na vida de seus consumidores e na sociedade podem ser fatais, como, por exemplo, nos países europeus, essa substância corresponde a 10,1% das mortes e na América, a 5,5%. Das lesões causadas em acidentes de trânsito no mundo, 187 mil foram atribuídas ao uso de álcool.

Episódios de agressões físicas e comportamentos violentos também estão relacionados aos aspectos legais e frequentemente associados ao elevado consumo de SPA com também à diminuição da ação da substância no organismo, que, comumente, gera alterações comportamentais e sentimentos de raiva, que podem estar associados a atos agressivos. Por outro lado, compreende-se que a substância por si só não determina um comportamento violento, uma vez que a exposição a situações de violência também é fator de risco para um comportamento inadequado. (KESSLER et al., 2012; MADALENA, SARTES, 2018).

No Brasil, há estratégias intersetoriais na saúde pública para promoção, proteção e recuperação dos indivíduos com transtornos mentais, podendo ser citadas a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, e a Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, com a implementação e a reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se destina ao tratamento e à reabilitação de usuários de crack, álcool e outras drogas e de indivíduos com sofrimento ou transtornos mentais. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A RAPS é constituída por diferentes pontos de atenção em saúde voltados à atenção integral na área de saúde mental, contemplando o Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital-Dia, Hospitais Psiquiátricos, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório e os Centros de Atenção Psicossocial, classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS AD IV e CAPSi. (BRASIL, 2017).

As políticas públicas voltadas à saúde mental no Brasil direcionam a assistência à pessoa com necessidade de tratamento dos transtornos relacionados a substâncias, com vistas à integralidade do cuidado, atuando na prevenção, na reabilitação e na reinserção social do indivíduo. (BRASIL, 2015).

Considera-se o Plano Terapêutico Singular (PTS) como o eixo central nas políticas de saúde mental, o qual inclui a participação do usuário na construção de um projeto de cuidado, articulando os profissionais de diversas áreas de forma integrada nessa construção. As ações desenvolvidas são de reparação, potenciação e emancipação. (BRASIL, 2015).

Assim, considerando o intenso aumento do uso de substâncias pela comunidade mundial e os impactos negativos que tal situação acarreta à vida da pessoa, da sua família e da sociedade, haja vista que esses impactos raramente se manifestam em um episódio individual, portanto, suas ações afetam seu entorno e se estendem para além das suas fronteiras relacionais, entende-se como importante o desenvolvimento de um estudo que identifique essas consequências a fim de contribuir com subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas que possibilitam minimizar a gravidade da situação.

Além disso, desenvolver estudo que aborde a gravidade dos transtornos relacionados ao uso de substâncias contribuirá com dados científicos que poderão subsidiar os profissionais que atuam na área da saúde mental no planejamento e na prática do cuidado, conhecendo a dimensão das gravidades do uso nos aspectos biopsicossocial da pessoa. Sendo assim, surge a questão norteadora do presente estudo: Qual a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias nas pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas III?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias nas pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil sociodemográfico e econômico das pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD.
2. Identificar o perfil clínico quanto a condições físicas, psicológicas e de transtornos relacionados a substâncias das pessoas em tratamento nos CAPS AD.
3. Caracterizar condições familiares e sociais das pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD.
4. Caracterizar os aspectos legais nas pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD.
5. Caracterizar o nível de gravidade dos transtornos relacionados a substâncias nas pessoas em tratamento nos CAPS AD pela aplicação do *Addiction Severity Index 6 (ASI-6)*.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal.

A pesquisa científica tem como objetivos a descoberta e a interpretação de um fato. Entre suas etapas, o método de pesquisa é uma das técnicas utilizadas para a estruturação do estudo e da análise da questão de pesquisa. (POLIT; BECK, 2011).

O presente estudo é de abordagem quantitativa, um modelo positivista que possibilita a análise matemática de dados para descrever a relação do objeto e suas variáveis. Estudos quantitativos são compreendidos como por meio de uma realidade objetiva, sendo um processo sistemático e controlado. (POLIT; BECK, 2011).

O estudo observacional na pesquisa quantitativa compreende a avaliação de uma determinada população em relação ao estado de saúde, sendo o papel do entrevistador passivo, não havendo intervenção do pesquisador na realidade investigada. (HULLEY et al., 2015).

Estudos transversais permitem determinar a prevalência de uma doença ou uma condição relacionada à saúde de uma população específica, medida uma única vez. (HULLEY et al., 2015).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido nos três CAPS AD III do município de Curitiba (PR). Entre os 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes em Curitiba, no momento da coleta de dados, dois eram CAPS AD e três CAPS AD III, destes, 11 CAPS eram dirigidos pela Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba (FEAS) e um pela Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo dados fornecidos pelas coordenações dos locais de estudo, 1.013 pessoas estavam cadastradas nos CAPS AD III de Curitiba no período da coleta de dados (QUADRO 1). Até outubro de 2018, os CAPS AD III estavam inseridos nas Regionais do Bairro Novo, do Cajuru e do Portão.

QUADRO 1- NÚMERO DE PACIENTES CADASTRADOS NOS CAPS AD III DE CURITIBA, PARANÁ.

<b>CAPS AD III</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES CADASTRADOS</b>
<b>CAPS AD III (A)</b>	229
<b>CAPS AD III (B)</b>	371
<b>CAPS AD III (C)</b>	413
<b>Total</b>	1013

FONTE: Dados fornecidos pela coordenação de cada CAPS AD III de Curitiba. (2018)

Os CAPS AD são dispositivos voltados ao tratamento extra-hospitalar, que atendem adultos, crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras substâncias. Trata-se de um serviço de saúde mental aberto, indicado para regiões com população acima de 70 mil habitantes, com funcionamento de segunda a sexta-feira. Para uma população acima de 200 mil habitantes, são previstos os CAPS AD III, com funcionamento todos os dias da semana, por 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, com 12 leitos para observação e monitoramento. (BRASIL, 2017).

A Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para fortalecer a RAPS, como também a Portaria 3.588/2017, que altera as portarias nº 3 e 6 e a RAPS, trazendo a implantação do CAPS AD IV, destinado a uma população superior a 500 mil habitantes, com quadros graves e intenso sofrimento recorrente do uso de crack, álcool e outras substâncias. Seu funcionamento é de 24 horas, com equipes multiprofissionais, sendo destinados, principalmente, a regiões conhecidas com uso de crack. Trata-se de uma estratégia para o cuidado contínuo a pessoas em uso de álcool, crack e outras substâncias. (BRASIL, 2017).

As finalidades do CAPS AD são a reabilitação, a reinserção da pessoa com transtornos relacionados a substâncias na sociedade, a redução de danos e o atendimento a pessoas em crise. Para organização do trabalho, PTS possibilita o planejamento de ações da equipe interdisciplinar com o objetivo de articular a participação efetiva da pessoa e da sua família para favorecer a autonomia e a construção de saberes. Na elaboração do PTS, é necessário considerar as especificidades do indivíduo e a gravidade dos transtornos a fim de minimizar os fatores de riscos para o uso e a redução de danos consequentes do transtorno. (BRASIL, 2015b).

### 3.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população de estudo é constituída de pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos três CAPS AD III. A amostragem estabelecida foi não probabilística, sendo constituída por uma técnica que não utiliza seleção aleatória, ou seja, não são feitos cálculos do universo e de erro amostral. De acordo com Hulley et al. (2015), essa amostra é caracterizada pela temporalidade, sendo neste estudo determinado o período de dois meses em cada CAPS.

A escolha pela amostra por conveniência nesta pesquisa se justifica principalmente pelo modo como é determinado o PTS para cada paciente, haja vista que não é necessário que o indivíduo compareça todos os dias no serviço. Além disso, esse tipo de amostragem foi ancorado nas características dos transtornos relacionados a substâncias, pois a recaída é evento comum e esperado, o que contribui com elevadas taxas de não comparecimentos nos dias estabelecidos e com o abandono do tratamento.

Como critério de inclusão, este trabalho foi desenvolvido com pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento, com idade igual ou superior a 18 anos. Os pacientes que apresentavam comprometimento cognitivo, identificados pela equipe de saúde ou registrados em prontuário, foram excluídos, bem como aqueles que se encontravam em estado de intoxicação por substâncias no período da coleta de dados, sem condições de responder as perguntas.

### 3.4 CAPACITAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Considerando que a coleta de dados para esta dissertação ocorreu conjuntamente a de todos os trabalhos que se inserem no Macro Projeto, houve a necessidade de organização de material e capacitação para uma equipe de entrevistadores. A equipe de coleta de dados foi composta por duas doutorandas, uma mestranda, dois enfermeiros e duas acadêmicas do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A capacitação foi feita em janeiro de 2018, com duração de 25 horas, pelas doutorandas, e teve a finalidade de abordar os principais aspectos relacionados à coleta de dados, como a aplicação do instrumento com auxílio de um manual de aplicação disponível pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas. (KESSLER;

PECHANSKY, 2006). Foram também contempladas a postura dos entrevistadores e a abordagem à pessoa com transtornos relacionados a substâncias. Na sequência, foram feitas simulações das entrevistas entre a equipe.

### 3.5 TESTE PILOTO

O teste piloto oportuniza ao pesquisador compreender como será a coleta de dados e reorganizar o processo da coleta, pois possibilita uma vivência da entrevista, contribuindo para identificação das possíveis fragilidades durante a coleta. (HULLEY et al., 2015).

Assim, em janeiro e fevereiro de 2018, foi feito um teste piloto com 15 pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba.

Respaldado neste teste, foi possível identificar algumas fragilidades, como a longa duração de cada entrevista, aproximadamente 1h30, o que permitiu a realização de somente uma entrevista por período, a necessidade de modificações de terminologias a serem empregadas durante a abordagem às pessoas, bem como a importância da impressão das escalas de *likert* em letras maiores para auxiliar, visualmente, o participante no momento da resposta.

### 3.6 RECRUTAMENTOS DOS PARTICIPANTES

Antes de iniciar a coleta de dados para a viabilidade da pesquisa, foi feito contato prévio com a coordenação de saúde mental e com os coordenadores de cada CAPS AD III para negociação dos locais de coleta de dados.

Após o consentimento formal das coordenações, a equipe de coleta de dados foi apresentada à equipe multiprofissional e, posteriormente, aos pacientes em assembleias, espaços de convivência e discussão sobre questões relacionadas ao serviço. Naquele momento, os pacientes foram esclarecidos sobre os principais aspectos da pesquisa, como o tema, o objetivo, o tempo de duração, os benefícios esperados com a pesquisa e os critérios éticos e, principalmente, o sigilo e o anonimato.

No período da coleta de dados, diariamente, os pacientes que se encontravam na ambiência foram convidados a participar da pesquisa. Salieta-se

que a ambiência representa o local físico de interação entre os pacientes e os profissionais de saúde, compreendido como um ambiente terapêutico. (BRASIL, 2010). Nos casos de recusa inicial do paciente à participação na pesquisa, foram feitos, posteriormente, mais dois convites, em dias distintos.

### 3.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela aplicação do *Addiction Severity Index* (ASI-6) (ANEXO 1), cujo instrumento permite que seja feita uma entrevista semiestruturada com 252 questões e visa à avaliação da pessoa e da gravidade dos problemas decorrentes dos transtornos relacionados a substâncias. (KESSLER et al., 2012).

Este instrumento foi criado na cidade de Philadelphia, Estado da Pensilvânia, EUA, em 1979, por McLellan et al. (1985), sendo destinado a pessoas com transtornos relacionados a substâncias, com o objetivo de auxiliar no planejamento terapêutico e na avaliação das consequências nas áreas afetadas.

O ASI passou por diversas atualizações com ampla divulgação e utilização a partir da terceira versão - ASI 3. (MCLELLAN et al., 2006). Atualmente, esse instrumento está na sexta versão e foi validado em vários países da Europa e da Ásia, sendo sua utilização amplamente difundida entre pesquisadores de transtornos relacionados a substâncias. (KESSLER et al., 2012).

No Brasil, o ASI foi validado por Kessler et al. (2012) no Estado do Rio Grande do Sul em estudo desenvolvido com 740 indivíduos, que obteve alfa de *Cronbach* entre 0,64 e 0,93, tendo os autores autorizado seu uso para o desenvolvimento deste estudo (ANEXO 2).

Este instrumento possibilita uma entrevista semiestruturada com duração entre 45 e 90 minutos e tem a finalidade de avaliar o paciente de modo multidimensional para identificar a gravidade dos problemas ocasionados pelo uso abusivo de SPA na área clínica/médica; ocupacional, aspectos legais, sociofamiliar; uso de álcool; uso de outras drogas; e psiquiátrica. (KESSLER et al., 2012).

As áreas citadas anteriormente no instrumento são organizadas em nove subescalas: informações gerais, moradia, médico, emprego/sustento, álcool e outras drogas, legal, família/social e psiquiátricas. Cada subescala está estruturada com questões que verificam o tipo, a duração e a frequência dos problemas e apresenta também duas questões por escala de *Likert* de cinco pontos, que avalia o incômodo

do problema e a importância do tratamento para a pessoa em cada uma das subescalas. (CACCIOLA et al., 2011).

A primeira subescala corresponde a informações gerais como identificação da pessoa, data de internação, estado civil e como foi encaminhada para tratamento. A segunda, **moradia**, aborda questões sobre local de moradia, locais restritos ou supervisionados, como hospital, unidades de internação psiquiátrica, unidades de tratamento para transtornos relacionados a substâncias, prisão ou albergues, nos últimos seis meses e trinta dias. A terceira, **clínica/médica**, compreende a situação do participante nos últimos 30 dias em relação à saúde física e a comorbidades, bem como avalia a preocupação da pessoa com estado de saúde e a importância do tratamento. Na quarta, **emprego** e **sustento**, são abordados o nível de escolaridade, atual situação empregatícia e o nível de gravidade nesta subescala. A quinta e a sexta subescala correspondem ao uso de **álcool** e de **outras drogas**, com questões correspondentes ao início de uso, a frequência de uso, o incômodo dos problemas relacionados ao consumo e a preocupação com o tratamento. A sétima, **legal**, contempla questões relacionadas a problemas com a justiça, a prisões, a infrações com menos de 18 anos e a atividades ilegais nos últimos seis meses. A oitava, **família/social**, contempla questões sobre a família e a área social, perguntas voltadas aos vínculos familiares e sociais, a satisfação com relacionamentos e os problemas nessa área decorrentes do consumo. Por fim, **saúde mental/psiquiátrica**, engloba questões voltadas a sintomas e tratamentos, bem como à preocupação com esses problemas e à importância do tratamento. (KESSLER et al., 2012).

Ao aplicar o ASI-6, o papel do entrevistador não se limita à coleta de informações, mas a assegurar que a pessoa compreenda o verdadeiro sentido das questões existentes no instrumento, evitando possíveis erros durante a entrevista. A aplicação do instrumento pode ser feita por pessoas que tenham compreensão para entender as questões do instrumento e que consigam coletar as informações de forma confiável, desde que recebam capacitação para tal aplicação do instrumento. (KESSLER et al., 2012).

Tendo como referência a aplicação das subescalas, é gerado um escore de gravidade para cada um dos seguintes domínios: médico, emprego/sustento, álcool, drogas, legal, família/social e psiquiátrica. Ressalta-se que o domínio família/social

apresenta três escores distintos: suporte familiar e social, problemas familiares e sociais e problemas relacionados aos filhos. (KESSLER et al., 2012).

As variáveis, após digitação no banco de dados, são codificadas para questões não respondidas ou deixadas em branco, e a codificação numérica é utilizada, como, por exemplo, “999” ou “888”. Após exportação para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), é feito o cálculo do escore de cada área.

As variáveis para o escore, QUADRO 2, são organizadas em nove subescalas do ASI: Drogas T\_S1; Família/Criança T\_S2; Álcool T\_S3; Psiquiátrica T\_S4; Médica T\_S5, Legal T\_S6; Emprego/Sustento T\_S7; Família/Apoio Social T\_S8; e Família/Problemas Sociais T\_S9. (KESSLER, F.; PECHANSKY, 2006).

QUADRO 2 - VARIÁVEIS PARA O ESCORE DAS SUBESCALAS DO ASI-6.

SUBESCALA*	VARIÁVEIS DO INSTRUMENTO
Drogas T_S1	D25 a D33, D39, D40 a D48
Família/Criança T_S2	F46 a F50
Álcool T_S3	D13, D14n, D15 a D23
Psiquiátrica T_S4	H4B, F38, F39, P8B, P9B, P10B, P11B, P12B, P13B, P14B, P15B, P16B, P16D, P18, P19, P20 e P21
Médica T_S5	H3B, M19 a M24
Legal T_S6	E29, L26B, L27, L29B, L28B, L30B e L31
Emprego/Sustento T_S7	E10, E 19 a E21
Família/Apoio Social T_S8	F3, F4, F5 e F9
Família/Problemas Sociais T_S9	F6, F7, F11, F14 e F15

FONTE: Dados do Manual de aplicação do ASI-6 (KESSLER, F.; PECHANSKY, 2006).\* Codificação das variáveis para o cálculo do escore.

Para gerar os escores, são utilizados os Escores Sumários de Funcionamento Recente do ASI-6 (SS-R), que os padroniza segundo o *T-score*, que estabelece uma média de 50 e desvio padrão de 10, com variação do escore entre 0 e 100, sendo que maiores pontuações indicam maior gravidade. (KESSLER et al., 2012).

### 3.8 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre abril e novembro de 2018 por meio de entrevistas semiestruturadas com duração de 45 a 90 minutos. Para cada CAPS AD III, foram disponibilizados dois meses para coleta de dados, de acordo com a

viabilidade da coordenadoria de saúde mental – com início no CAPS (A) e término no CAPS (C) (QUADRO 1).

As entrevistas foram feitas pela equipe de coleta de dados de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 12h00 e das 13h00 às 17h00, de modo que todos os períodos contemplavam um entrevistador. Em razão do restrito espaço físico nos locais de coleta, foi possível manter somente um entrevistador por período. As entrevistas ocorreram de modo individual e em local reservado cedido pela equipe multiprofissional dos serviços.

Do total de 1013 pessoas atendidas nos serviços CAPS AD III de Curitiba no período da coleta, foram feitas 137 entrevistas: 43 entrevistas no CAPS (A), 47 no CAPS (B) e 47 no CAPS (C).

No CAPS (A), entre os 229 pacientes cadastrados, foram feitas 43 entrevistas: seis pacientes se recusaram a participar e quatro foram excluídos por não apresentarem condições cognitivas de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. No CAPS (B), foram feitas 47 entrevistas entre 371 pacientes cadastrados, 15 se recusaram a participar, cinco foram excluídos por *déficit* cognitivo e dois porque as entrevistas ficaram incompletas, visto que, após iniciar a entrevista, a pessoa desistiu de continuar. No CAPS (C), entre 413 cadastrados, foram feitas 47 entrevistas: três pacientes se recusaram, um foi excluído em razão de suas condições cognitivas e um por ser a entrevista incompleta.

### 3.9 VARIÁVEIS

As variáveis são características de mensuração de interesse de um elemento da amostra. Elas podem ser numéricas ou não numéricas, quantitativas ou qualitativas. As quantitativas correspondem àqueles elementos que podem ser mensurados em uma escala quantitativa, utilizando valores numéricos. (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

Variáveis quantitativas podem ser contínuas ou discretas. Variáveis discretas são valores finitos e infinitos, utilizando a contagem. Variáveis contínuas são valores fracionais em uma escala contínua como peso e altura. (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

Variáveis qualitativas são classificadas em ordinais e nominais, não são valores quantificados. Variáveis ordinais são a ordenação de uma categoria, como,

por exemplo, meses do ano, níveis de escolaridade. Diferentemente das ordinais, as nominais não têm um critério de ordenação, como sexo, raça e outros elementos que não têm uma ordem. (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

As variáveis utilizadas neste estudo correspondem a um total de 110: 16 relacionadas a aspectos sociodemográficos e econômicos, 68 referentes a clínicos e psiquiátricos, 20 referentes a aspectos familiares e sociais e seis referentes a aspectos legais (APÊNDICE 1).

### 3.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do ASI 6 foram inseridos na base de dados *online Research Electronic Data Capture* (REDCap). O REDCap é um *software* desenvolvido para criar e gerenciar banco de dados. Está disponível para pesquisadores de vários locais e instituições, possibilitando procedimentos de exportação para *softwares* estatísticos, estando disponível em vários idiomas. (REDCAP, 2018). Para análise dos dados provenientes da aplicação do instrumento ASI – 6, foi utilizado o SPSS.

Na análise descritiva, as variáveis contínuas estão descritas em médias e desvio padrão e as variáveis categóricas, descritas através de frequências absolutas e relativas.

Quanto à análise do ASI versão 6 em suas dimensões (drogas, família/crianças, álcool, psiquiátrica, médica, legal, emprego/sustento, família/apoio social, família/problemas sociais), foram analisados para cada variável a média, mediana, o desvio padrão e valores máximo e mínimo.

### 3.11 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo integra um Macro Projeto de pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por bolsa produtividade. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob a inscrição CAAE 66929617.0.0000.0102 e o parecer nº 2.033.006 (ANEXO 3). Recebeu parecer favorável a sua realização pelo comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob a inscrição CAAE 66929617.0.3001.0101 e o parecer nº 2.071.351 (ANEXO 4).

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e os direitos dos participantes com transtornos mentais, de acordo com a Lei nº10. 216, de 6 de abril de 2001. Os participantes após receberem todas as informações relativas à sua participação na pesquisa bem como a garantia do sigilo e anonimato assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). (BRASIL, 2001, BRASIL, 2012).

## 4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de maneira descritiva, estratificados por sexo em cinco itens: 1) Caracterização sociodemográfica e econômica e 2) Caracterização clínica que, por sua vez, está organizado em quatro subitens: a) Caracterização das condições físicas; b) Caracterização psicológicas/psiquiátricas; c) Caracterização dos transtornos relacionados a substâncias; d) Caracterização dos transtornos relacionados ao álcool; 3) Caracterização Familiar e Social; 4) Caracterização dos Aspectos legais; e 5) Escores do ASI-6.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

A TABELA 1 apresenta a amostra constituída por 137 pessoas: 89,1% (122) do sexo masculino e 10,9% (15) do feminino, com média de idade de 41,7 anos ( $\pm$  12,5). Declararam ser da raça branca 46,0% (63) e solteiros 41,6% (57). A média de filhos por pessoa foi de 1,48 ( $\pm$  1,46) e daqueles que tinham filhos menores de 18 anos, 75,0% (42) não residiam no mesmo local. No que se refere a condições de moradias, 28,5% (39) tinham histórico de situação de rua e 44,5% (61) apresentaram baixa escolaridade.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS. CURITIBA, 2018

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Sexo</b>	122	(89,1)	15	(10,9)	137	(100,0)
<b>Idade</b>	41,7 ± 12,3		41,1 ± 14,1		41,7 ± 12,5	
≤ 29 anos	24	(17,5)	4	(2,9)	28	(20,4)
30 – 49 anos	62	(45,3)	6	(4,4)	68	(49,7)
≥ 50 anos	36	(26,3)	5	(3,6)	41	(29,9)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Raça</b>						
Negra	12	(8,8)	1	(0,7)	13	(9,5)
Branca	52	(38,0)	11	(8,0)	63	(46,0)
Amarela/oriental	6	(4,4)	1	(0,7)	7	(5,1)
Parda	50	(36,5)	2	(1,5)	52	(38,0)
Indígena	2	(1,4)	-	-	2	(1,4)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Estado Conjugal</b>						
Solteiro	50	(36,5)	7	(5,1)	57	(41,6)
Casado	12	(8,8)	1	(0,7)	13	(9,5)
Vivendo como casado	8	(5,8)	3	(2,2)	11	(8,0)
Viúvo	3	(2,1)	2	(1,4)	5	(3,5)
Divorciado	16	(11,8)	-	-	16	(11,8)
Separado	33	(24,1)	2	(1,5)	35	(25,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Filhos</b>						
Sim	78	(56,9)	14	(10,2)	92	(67,2)
Não	44	(32,2)	1	(0,7)	45	(32,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Quantidade de filhos</b>	1,46 ± 1,48		1,67 ± 1,23		1,48 ± 1,46	
<b>Reside com filhos &lt; 18 anos</b>						
Sim	11	(19,6)	3	(5,4)	14	(25,0)
Não	42	(75,0)	-	-	42	(75,0)
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>(94,6)</b>	<b>3</b>	<b>(5,4)</b>	<b>56</b>	<b>(100)</b>
<b>Situação de rua</b>						
Sim	37	(27,0)	2	(1,5)	39	(28,5)
Não	85	(62,1)	13	(9,4)	98	(71,5)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Escolaridade</b>						
Ensino fundamental	55	(40,1)	6	(4,4)	61	(44,5)
Ensino médio	39	(28,5)	8	(5,8)	47	(34,3)
Ensino superior	5	(3,6)	-	-	5	(3,6)
Nenhum	23	(16,9)	1	(0,7)	24	(17,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

Quanto às questões socioeconômicas, a TABELA 2 mostra que 50,4% (68) dos entrevistados não tinham nenhuma certificação profissional. Sobre o vínculo empregatício: 38,0% (52) relataram estar desempregados e procurando emprego; 40,1% (55) estavam fora do mercado de trabalho e não tinham intenção de trabalhar no momento; e 10,2% (14) trabalhavam informalmente.

A renda mensal, no último mês, de 87,6% (120) destas pessoas, era menor que um salário mínimo: 70,0% (96) delas relataram não ter renda suficiente para o autossustento e 35,0% (48) tinham dependentes financeiros. Da amostra, 27,7% (38) pessoas recebiam assistência financeira pública, 16,1% (22) recebiam benefício financeiro governamental ou aposentadoria e 33,5% (46) dependiam de auxílio financeiro de familiares e amigos.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO DADOS SOCIOECONÔMICOS. CURITIBA, 2018

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N (%)	(%)
<b>Certificação Profissional<sup>a</sup></b>						
Sim	57	(42,2)	10	(7,4)	67	(49,6)
Não	63	(46,7)	5	(3,7)	68	(50,4)
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>(88,9)</b>	<b>15</b>	<b>(11,1)</b>	<b>135</b>	<b>(100)</b>
<b>Situação Empregatícia</b>						
Turno integral	13	(9,5)	-	-	13	(9,5)
Meio turno	3	(2,2)	-	-	3	(2,2)
Desempregado/procurando <sup>b</sup>	46	(33,6)	6	(4,4)	52	(38,0)
Fora do mercado/não procura <sup>c</sup>	48	(35,0)	7	(5,1)	55	(40,1)
Trabalho formal/ trabalho informal	12	(8,8)	2	(1,4)	14	(10,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>89,1</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Renda*</b>						
< Salário Mínimo	106	(77,4)	14	(10,2)	120	(87,6)
> Salário Mínimo	16	(11,7)	1	(0,7)	17	(12,4)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Renda suficiente</b>						
Não	84	(61,3)	12	(8,7)	96	(70,0)
Sim	38	(27,8)	3	(2,2)	41	(30,0)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Tem dependentes financeiros</b>						
Sim	39	(28,5)	9	(6,5)	48	(35,0)
Não	83	(60,6)	6	(4,4)	89	(65,0)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Assistência pública (Bolsa família, bolsa escola ou moradia)</b>						
Sim	36	(26,3)	2	(1,4)	38	(27,7)
Não	86	(62,8)	13	(9,5)	99	(72,3)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Benefício ou Aposentadoria (Previdência ou INSS)</b>						
Sim	18	(13,2)	4	(2,9)	22	(16,1)
Não	104	(75,9)	11	(8,0)	115	(83,9)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Auxílio financeiro de familiares e amigos</b>						
Sim	41	(29,9)	5	(3,6)	46	(33,5)
Não	81	(59,2)	10	(7,3)	91	(66,5)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: <sup>a</sup>n=2 participantes não forneceram resposta, diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal. <sup>b</sup> Desempregado considera dispensa temporária, porém está procurando. <sup>c</sup> Fora do mercado e não procurando emprego por incapacidade física e/ ou mental e aposentadoria.

\*Salário mínimo Decreto 9.661/2019 R\$ 998,00.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

### 4.2.1 Caracterização das condições de saúde física

A TABELA 3 apresenta os resultados das condições físicas dos participantes em frequências absolutas e relativas. Quanto ao Sistema Circulatório, 21,9% (30) relataram ter recebido em algum momento de sua vida diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e 12,4% (17), de alterações neurológicas. Entre as demais doenças crônicas, 8,8% (12) apresentaram hepatite e esse mesmo valor foi encontrado para problemas respiratórios crônicos.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO AGRAVOS FÍSICOS DE SAÚDE. CURITIBA, 2018

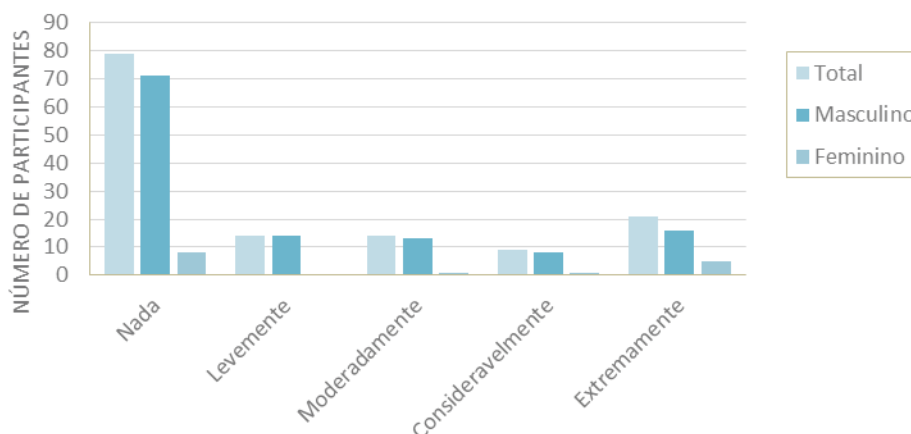
Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Hipertensão arterial</b>						
Sim	26	(19,0)	4	(2,9)	30	(21,9)
Não	96	(70,1)	11	(8,0)	107	(78,1)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Diabetes</b>						
Sim	3	(2,1)	1	(0,7)	4	(2,8)
Não	119	(87,0)	14	(10,2)	133	(97,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Doença cardíaca</b>						
Sim	9	(6,4)	-	-	9	(6,4)
Não	113	(82,7)	15	(10,9)	128	(93,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Acidente vascular cerebral</b>						
Sim	5	(3,5)	-	-	5	(3,5)
Não	117	(85,6)	15	(10,9)	132	(96,5)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Alterações neurológicas</b>						
Sim	16	(11,7)	1	(0,7)	17	(12,4)
Não	106	(77,4)	14	(10,2)	120	(87,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Câncer</b>						
Sim	3	(2,1)	-	-	3	(2,1)
Não	119	(87,0)	15	(10,9)	134	(97,9)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>HIV/AIDS</b>						
Sim	4	(2,8)	-	-	4	(2,8)
Não	118	(86,3)	15	(10,9)	133	(97,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Tuberculose</b>						
Sim	6	(4,2)	-	-	6	(4,2)
Não	116	(84,9)	15	(10,9)	131	(95,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Hepatite</b>						
Sim	11	(8,1)	1	(0,7)	12	(8,8)
Não	111	(81)	14	(10,2)	125	(91,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Cirrose ou outra doença hepática crônica</b>						
Sim	8	(5,9)	1	(0,7)	9	(6,6)
Não	114	(83,2)	14	(10,2)	128	(93,4)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Doença renal crônica</b>						
Sim	6	(4,2)	2	(1,4)	8	(5,8)
Não	116	(84,9)	13	(9,5)	129	(94,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Problema respiratório crônico</b>						
Sim	11	(8,1)	1	(0,7)	12	(8,8)
Não	111	(81)	14	(10,2)	125	(91,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Outra doença crônica*</b>						
Sim	18	(13,1)	3	(2,2)	21	(15,3)
Não	104	(76,0)	12	(8,7)	116	(84,7)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100,0)</b>

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: \*Doenças Osteomusculares (9); Condições clínicas do sistema digestório (5); Outras Condições clínicas respiratórias (1); Glaucoma (1); Hipotireoidismo (3); Psoríase (1); alterações na audição (1).

Sobre a intensidade de desconforto ou dor física nos 30 dias anteriores à avaliação: 57,7% (79) dos participantes referiram ausência de desconforto ou dor; 15,3% (21), desconforto ou dor extrema; 10,2% (14), igualmente leve e moderada; e 6,6% (9), considerável. (GRÁFICO 1).

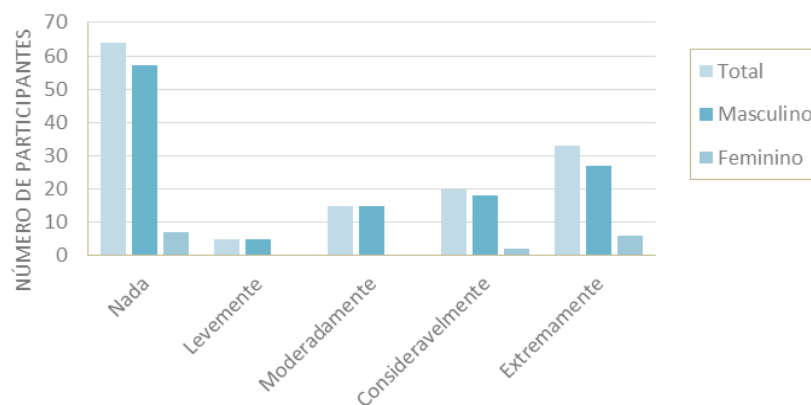
GRÁFICO 1 – INTENSIDADE DE DESCONFORTO E DOR FÍSICA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

A preocupação dos participantes com sua saúde física ou demais problemas clínicos, GRÁFICO 2, mostra que 46,7% (64) não relataram preocupação ou incômodo com problemas físicos, enquanto 24,1% (33) referiram desconforto extremo; 14,6% (20), considerável; 10,9% (15), moderado; e 3,6% (5), leve.

GRÁFICO 2 – PREOCUPAÇÃO OU INCOMODAÇÃO COM SAÚDE E PROBLEMAS CLÍNICOS, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

A TABELA 4 mostra que, em relação à utilização dos serviços de saúde, 93,4% (128) dos entrevistados utilizavam somente o Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de condições físicas. No que concerne às condições de saúde nos últimos 30 dias, 14,7% (20) dos entrevistados consideraram ruim seu estado atual de saúde, 16,8% (23) apresentaram problemas de saúde há mais de sete dias. Nos últimos seis meses, 37,2% (51) fizeram consultas médicas para comorbidades físicas e 15,3% (21), nos últimos 30 dias.

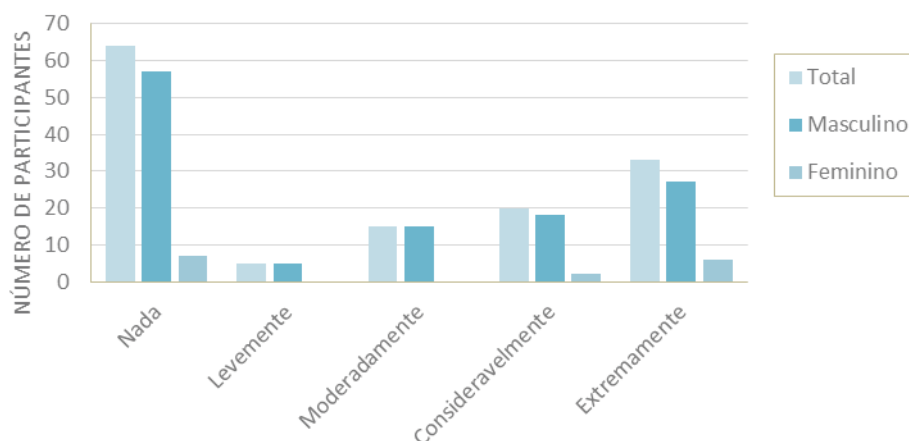
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO DADOS DE CARACTERIZAÇÃO FÍSICA. CURITIBA, 2018

Caracterização física	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Convênio/seguro de saúde</b>						
SUS	113	(82,5)	15	(10,9)	128	(93,4)
Privado	7	(5,1)	-	-	7	(5,1)
Outros	2	(1,5)	-	-	2	(1,5)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Condição de saúde física atual</b>						
Excelente	16	(11,6)	1	(0,7)	17	(12,3)
Muito boa	4	(2,9)	2	(1,5)	6	(4,4)
Boa	42	(30,7)	5	(3,6)	47	(34,3)
Razoável	42	(30,7)	5	(3,6)	47	(34,3)
Ruim	18	(13,2)	2	(1,5)	20	(14,7)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Dias de problemas físicos</b>						
Zero dia	85	(62,0)	8	(5,8)	93	(67,9)
Até sete dias	15	(10,9)	6	(4,4)	21	(15,3)
Acima de sete dias	22	(16,1)	1	(0,7)	23	(16,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,0)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Consulta ambulatorial 6 meses</b>						
Sim	45	(32,8)	6	(4,4)	51	(37,2)
Não	77	(56,3)	9	(6,5)	86	(62,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Consulta ambulatorial 30 dias</b>						
Sim	18	(13,2)	3	(2,1)	21	(15,3)
Não	104	(75,9)	12	(8,8)	116	(84,7)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Incapacidade física</b>						
Sim	10	(7,3)	1	(0,7)	11	(8,0)
Não	112	(81,8)	14	(10,2)	126	(92,0)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

No que se refere à importância do tratamento para problemas físicos: 51,5% (70) dos participantes não consideravam importante; 35,8% (49) julgavam ser de extrema importância; 6,6% (9), de considerável importância; 3,6% (5), de leve importância; e 2,9% (4), de moderada importância. (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3 – IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PARA PROBLEMAS FÍSICOS, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

#### 4.2.2 Caracterização das condições de saúde psicológicas/psiquiátricas

No que concerne aos problemas psicológicos/psiquiátricos, TABELA 5, 32,2% (44) apresentaram comorbidades mentais; 63,5% (87), dificuldade para dormir; 55,5% (76) se sentiram deprimidos; e 61,3% (84) tiveram ansiedade nos últimos 30 dias. Sobre alterações da sensopercepção, 19,7% (27) apresentaram ao menos uma vez nos últimos 30 dias e 9,5% (13) as manifestaram quando estavam sob efeito de SPA. Dificuldade de concentração para realizar atividades esteve presente em 43,8% (60) dos participantes e em relação a alterações de comportamento, 9,5% (13) citaram a agressividade. Quanto à ideação suicida, 18,9% (26) tiveram histórico nos últimos 30 dias e 8,0% (11) haviam tentado suicídio alguma vez.

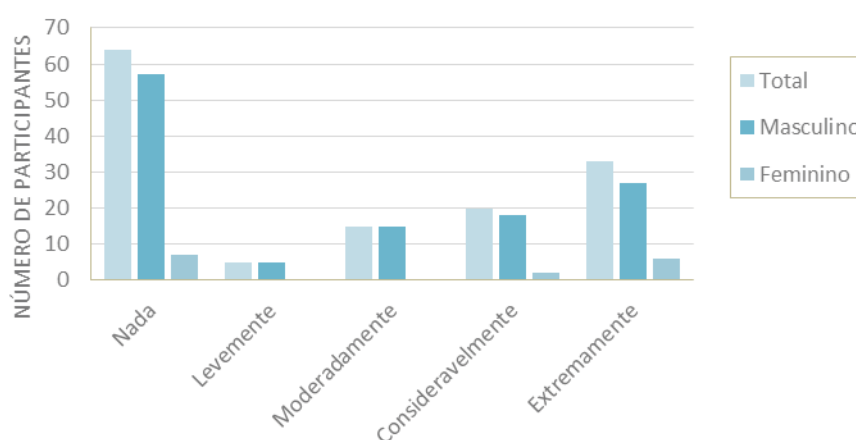
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS. CURITIBA, 2018

Problemas psicológicos	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Comorbidades mentais</b>						
Sim	37	(27,1)	7	(5,1)	44	(32,2)
Não	85	(62,0)	8	(5,8)	93	(67,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Problemas para dormir na vida</b>						
Sim	80	(58,4)	7	(5,1)	87	(63,5)
Não	35	(25,6)	7	(5,1)	42	(30,7)
Sob efeito SPA	7	(5,1)	1	(0,7)	8	(5,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Humor deprimido nos últimos 30 dias</b>						
Sim	66	(48,2)	10	(7,3)	76	(55,5)
Não	20	(14,6)	3	(2,2)	23	(16,8)
Sob efeito SPA	11	(8,0)	1	(0,7)	12	(8,7)
Não se aplica	25	(18,3)	1	(0,7)	26	(19,0)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Ansiedade 30 dias</b>						
Sim	75	(54,9)	9	(6,4)	84	(61,3)
Não	15	(10,9)	2	(1,5)	17	(12,4)
Sob efeito SPA	8	(5,8)	2	(1,5)	10	(7,3)
Não se aplica	24	(17,5)	2	(1,5)	26	(19,0)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Alucinações 30 dias</b>						
Sim	26	(19,0)	1	(0,7)	27	(19,7)
Não	46	(33,6)	5	(3,6)	51	(37,2)
Sob efeito SPA	11	(8,0)	2	(1,5)	13	(9,5)
Não se aplica	39	(28,5)	7	(5,1)	46	(33,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Dificuldade de concentração 30 dias</b>						
Sim	53	(38,7)	7	(5,1)	60	(43,8)
Não	16	(11,7)	-	-	16	(11,7)
Sob efeito SPA	11	(8,0)	1	(0,7)	12	(8,7)
Não se aplica	42	(30,7)	7	(5,1)	49	(35,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Agressividade 30 dias</b>						
Sim	13	(9,5)	-	-	13	(9,5)
Não	53	(38,7)	6	(4,4)	59	(43,1)
Sob efeito SPA	3	(2,2)	-	-	3	(2,2)
Não se aplica	53	(38,7)	9	(6,5)	62	(45,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Ideação suicida 30 dias</b>						
Sim	24	(17,5)	2	(1,4)	26	(18,9)
Não	53	(38,7)	9	(6,6)	62	(45,3)
Sob efeito SPA	3	(2,2)	-	-	3	(2,2)
Não se aplica	42	(30,7)	4	(2,9)	46	(33,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Tentativa de suicídio 30 dias</b>						
Sim	9	(6,5)	2	(1,5)	11	(8,0)
Não	48	(35,0)	8	(5,8)	56	(40,8)
Sob efeito SPA	2	(1,4)	1	(0,7)	3	(2,1)
Não se aplica	63	(46,2)	4	(2,9)	67	(49,1)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

O GRÁFICO 4 mostra a preocupação dos participantes com problemas psicológicos\psiquiátricos nos 30 dias anteriores à avaliação, sendo que 12,4% (17) não responderam a esta pergunta. Do restante da amostra, 40,8% (49) relataram não estar preocupados; 42,5% (51) estavam extremamente preocupados; 10,0% (12), consideravelmente preocupados; 5,0% (6), moderadamente preocupados; e 2,5% (3), levemente preocupados.

GRÁFICO 4 – PREOCUPAÇÃO COM PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS NOS 30 DIAS ANTERIORES À AVALIAÇÃO, DE ACORDO COM O ASI-6



FONTE: O autor (2019).

A TABELA 6 mostra que 35,9% (47) participantes realizaram consultas para condições psicológicas\psiquiátricas e 32,1% (44) relataram uso de medicamentos psicotrópicos. A idade média com a qual os participantes fizeram sua primeira avaliação ou tratamento para quadros psicológicos\psiquiátricos foi de 26,6 (DP±11,0) anos.

Quanto ao histórico de internações, 41,6% (57) dos participantes relataram nunca ter sido internados por questões psicológicas\psiquiátricas; 30,7% (42) tiveram de uma a cinco internações; 19,7% (27) tiveram de seis a dez internações; e 8,0% (11) foram internados mais de dez vezes ao longo da vida.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO, SEGUNDO TRATAMENTO PARA AS CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS. CURITIBA, 2018

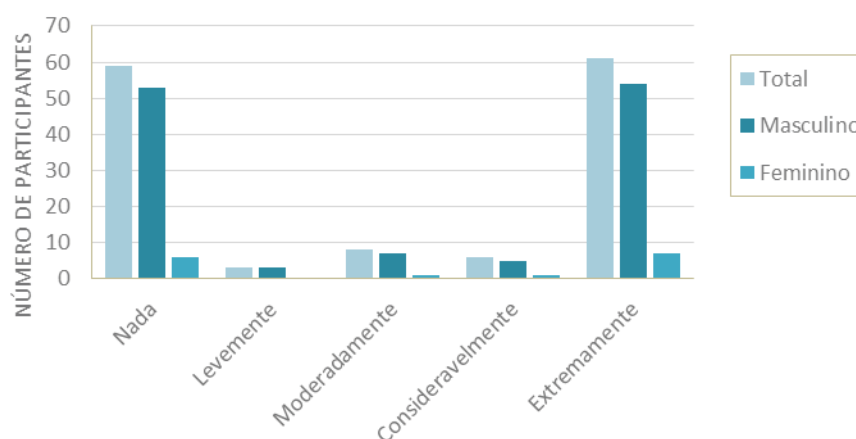
Condições psicológicas/psiquiátricas	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Consultas para tratamento psicológicos<sup>a</sup></b>						
Sim	40	(30,5)	7	(5,4)	47	(35,9)
Não	82	(62,6)	2	(1,5)	84	(64,1)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(93,1)</b>	<b>9</b>	<b>(6,9)</b>	<b>131</b>	<b>(100)</b>
<b>Uso de medicação para problemas psicológicos</b>						
Sim	37	(27,0)	7	(5,1)	44	(32,1)
Não	85	(62,1)	8	(5,8)	93	(67,9)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Número de Internações</b>						
Nenhuma	57	(41,6)	-	-	57	(41,6)
1 até 5 vezes	35	(25,6)	7	(5,1)	42	(30,7)
6-10 vezes	20	(14,6)	7	(5,1)	27	(19,7)
>10 vezes	10	(7,3)	1	(0,7)	11	(8,0)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Idade primeira avaliação/tratamento psiquiátrico</b>						
	27,2 ± 11,6		23,8 ± 7,0		26,6 ± 11,0	

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: <sup>a</sup>n=seis participantes não forneceram resposta.

O GRÁFICO 5 mostra a importância para os participantes do tratamento para problemas psicológicos/psiquiátricos: 43,1% (59) não julgaram importante; 44,5% (61), extremamente importante; 5,8% (8), moderadamente importante; 4,4% (6), consideravelmente importante; e 2,2% (3), levemente importante.

GRÁFICO 5 – IMPORTÂNCIA DE TRATAMENTO PARA PROBLEMAS PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS NOS 30 DIAS ANTERIORES À AVALIAÇÃO DE ACORDO COM O ASI-6



FONTE: O autor (2019).

A TABELA 7 mostra o histórico de traumas e de abusos vivenciados na vida pelos participantes: 64,2% (88) haviam sofrido agressões partindo de pessoas conhecidas; 11,0% (15), abusos sexuais; 37,3% (51) tinham sido vítimas de crimes violentos, como agressões e espancamentos; 55,5% (76) haviam passado por situações de risco de vida; e 62,8% (86) já haviam presenciado agressões graves ou homicídios.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR SEXO SEGUNDO HISTÓRICO DE ABUSO OU TRAUMA. CURITIBA, 2018

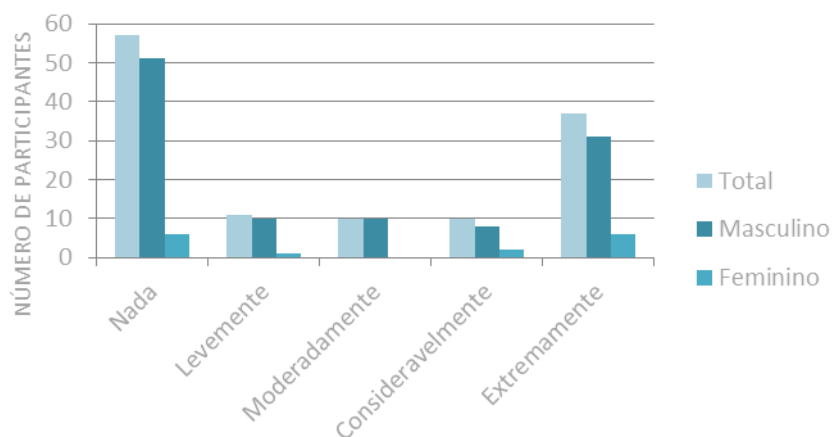
Problemas psicológicos/psiquiátricos	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N (%)	(%)
<b>Agressão/abuso físico de conhecido</b>						
Sim	77	(56,2)	11	(8,0)	88	(64,2)
Não	45	(32,9)	4	(2,9)	49	(35,8)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Sofreu abuso sexual<sup>a</sup></b>						
Sim	10	(7,3)	5	(3,7)	15	(11,0)
Não	111	(81,7)	10	(7,3)	121	(89,0)
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>(89,0)</b>	<b>15</b>	<b>(11,0)</b>	<b>136</b>	<b>(100)</b>
<b>Vítima de crime violento</b>						
Sim	45	(32,9)	6	(4,4)	51	(37,3)
Não	77	(56,2)	9	(6,5)	86	(62,7)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Esteve em risco de vida</b>						
Sim	66	(48,2)	10	(7,3)	76	(55,5)
Não	56	(40,9)	5	(3,6)	61	(44,5)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Presenciou agressão/homicídio</b>						
Sim	78	(57,0)	8	(5,8)	86	(62,8)
Não	44	(32,1)	7	(5,1)	51	(37,2)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: <sup>a</sup> n= 1 não respondeu.

O GRÁFICO 6 mostra a intensidade de preocupação dos participantes com sentimentos, pensamentos ou reações a eventos traumáticos ao longo dos últimos 30 dias, sendo que 8,8% (12) não responderam a esta pergunta e os resultados a seguir se referem às respostas válidas. Observou-se que 45,6% (57) não relataram preocupação e incômodo; 29,6% (37), extrema preocupação e incômodo; 8,8% (11), leve; e 8,0% (10), igualmente moderada e considerável preocupação e incômodo.

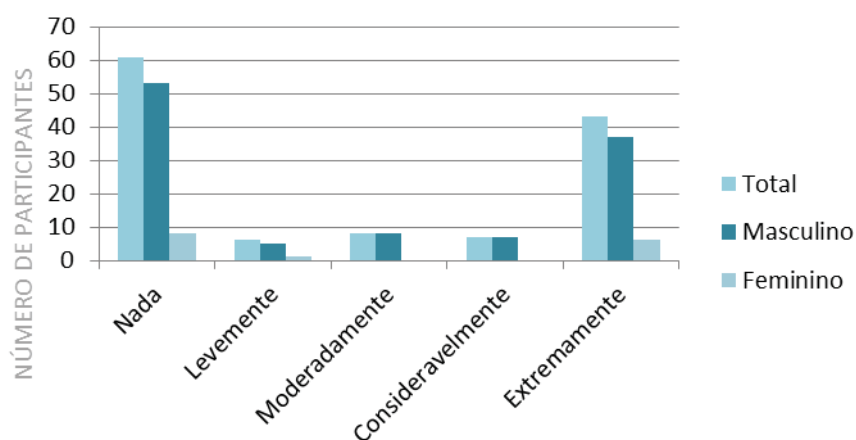
GRÁFICO 6 – PREOCUPAÇÃO COM SENTIMENTOS, PENSAMENTOS OU OUTRAS REAÇÕES A EVENTOS TRAUMÁTICOS, NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: Autor (2019).

O GRÁFICO 7 mostra a importância que os participantes atribuem em receber auxílio para lidar com reações a eventos traumáticos e 8,8% (12) não responderam a este item. Entre os que forneceram respostas: 48,8% (61) não consideraram importante receber auxílio; 34,4% (43) reportaram extrema importância; 6,4% (8), moderada importância; 5,6% (7), considerável importância; e 4,8% (6), leve importância.

GRÁFICO 7 – IMPORTÂNCIA DE RECEBER AUXÍLIO, ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA SENTIMENTOS, PENSAMENTOS OU OUTRAS REAÇÕES A EVENTOS TRAUMÁTICOS, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: Autor (2019).

#### 4.2.3 Caracterização dos transtornos relacionados a substâncias

A principal substância considerada problema foi Cocaína/Crack, 94,4% (68). Quanto ao uso na vida de SPA injetáveis, 15,3% (21) já utilizaram. Em relação aos sintomas apresentados após cessar ou diminuir o uso, 15,3% (21) apresentaram abstinência e 18,2% (25) relataram dificuldade para parar ou diminuir o uso. Ainda, 26,9% (18) dos participantes relataram fissuras (TABELA 8).

A análise destes dados também apontou que 54,6% (53) dos participantes conseguiram permanecer em abstinência por, no mínimo, um ano de suas vidas. As pessoas, em média, estiveram em tratamento para uso de SPA por 6,74 anos ( $\pm 9,63$ ) em ocasiões distintas. O tempo médio de uso de SPA ao longo da vida foi de 11,33 ( $\pm 10,87$ ) anos. Quanto ao contato recente com SPA, pacientes relataram uso por 12,99 ( $\pm 11,63$ ) dias no último mês, e estavam em média há 8,09 ( $\pm 7,12$ ) dias sem usar SPA.

TABELA 8 – CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS POR SEXO, EXCETO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N (%)	(%)
<b>SPA considerada problema primário<sup>a</sup></b>						
Cocaína/Crack	60	(83,3)	8	(11,1)	68	(94,4)
Inalantes	1	(1,4)	-	-	1	(1,4)
Maconha	1	(1,4)	-	-	1	(1,4)
Sedativos	1	(1,4)	-	-	1	(1,4)
Nenhuma	1	(1,4)	-	-	1	(1,4)
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>(88,9)</b>	<b>8</b>	<b>(11,1)</b>	<b>72</b>	<b>(100)</b>
<b>Uso na vida de SPA injetáveis<sup>b</sup></b>						
Sim	19	(19,6)	2	(2,1)	21	(21,7)
Não	68	(70,1)	8	(8,2)	76	(78,3)
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>(89,7)</b>	<b>10</b>	<b>(10,3)</b>	<b>97</b>	<b>(100)</b>
<b>Sintomas de abstinência<sup>c</sup></b>						
Sim	44	(62,9)	6	(8,5)	50	(71,4)
Não	18	(25,7)	2	(2,9)	20	(28,6)
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>(88,6)</b>	<b>8</b>	<b>(11,4)</b>	<b>70</b>	<b>(100)</b>
<b>Dificuldade de diminuir ou parar de usar SPA<sup>c</sup></b>						
Sim	48	(68,6)	6	(8,5)	54	(77,1)
Não	14	(20,0)	2	(2,9)	16	(22,9)
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>(88,6)</b>	<b>8</b>	<b>(11,4)</b>	<b>70</b>	<b>(100)</b>
<b>Fissuras<sup>d</sup></b>						
Sim	53	(54,7)	7	(7,2)	60	(61,9)
Não	34	(35,0)	3	(3,1)	37	(38,1)
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>(89,7)</b>	<b>10</b>	<b>(10,3)</b>	<b>97</b>	<b>(100)</b>
<b>Já esteve abstinente por ≥ 1 ano<sup>d</sup></b>						
Não	45	(46,4)	8	(8,2)	53	(54,6)
Sim	42	(43,3)	2	(2,1)	44	(45,4)
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>(89,7)</b>	<b>10</b>	<b>(10,3)</b>	<b>97</b>	<b>(100)</b>
<b>Número de tratamentos para uso de SPA<sup>e</sup></b>						
	7,17±10,03		3,20±4,06		<b>6,74±9,63</b>	
<b>Anos que usou SPA ≥ 3 dias por semana<sup>f</sup></b>						
	12,23±11,12		4,27±4,70		<b>11,33±10,87</b>	
<b>Dias de uso de SPA nos últimos 30 dias<sup>g</sup></b>						
	12,80±11,88		14,40±9,92		<b>12,99±11,63</b>	
<b>Dias desde último uso de SPA<sup>h</sup></b>						
	8,05±7,16		8,38±7,25		<b>8,09±7,12</b>	

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: <sup>a</sup>n=65 não responderam/não aplicável. <sup>b</sup>n=40 não responderam/não aplicável. <sup>c</sup>n=67 não responderam/não aplicável. <sup>d</sup>n=83 não responderam/não aplicável. <sup>e</sup>n=40 não responderam/não aplicável. <sup>f</sup>n=1 não respondeu/não aplicável. <sup>g</sup>n=5 não responderam/não aplicável. <sup>h</sup>n=51 não responderam/não aplicável. <sup>i</sup>n=67 não responderam/não aplicável.

A TABELA 9 mostra que, em relação à idade de primeiro uso de SPA, exceto álcool, da maconha, foi de 16,89 (±14,29), e a média de tempo de uso, de 8,30 ± 9,73 anos; dos derivados de cocaína, a idade de primeiro uso foi de 21,83 (± 8,09) anos e o tempo de uso, de 11,35 (±8,31) anos; de outras substâncias, a idade de início foi de 20,47 (±7,92) anos e o tempo de uso, de 2,44 (±5,72) anos.

TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS POR SEXO, SEGUNDO A IDADE DE PRIMEIRO USO E TEMPO DE USO DE SUBSTÂNCIAS. CURITIBA, 2018

<b>Maconha</b>			
Idade primeiro uso	16,41 ± 5,30	21,50 ± 11,26	16,89 ± 14,29
Tempo de uso (anos)	8,69 ± 9,77	4,60 ± 8,90	8,30 ± 9,73
<b>Derivados de Cocaína</b>			
Idade primeiro uso	21,15 ± 7,25	28,30 ± 12,48	21,83 ± 8,09
Tempo de uso (anos)	12,09 ± 8,30	4,30 ± 4,22	11,35 ± 8,31
<b>Outras*</b>			
Idade primeiro uso	20,17 ± 7,21	24,63 ± 15,97	20,47 ± 7,92
Tempo de uso (anos)	2,61 ± 5,89	0,13 ± 0,25	2,44 ± 5,72

FONTES: O autor (2019).

LEGENDA: \* Opioides n=5, Heroína n=9, outros estimulantes n=14, Alucinógenos n=31 Sedativos n=31 Inalantes n=41.

O álcool, TABELA 10, foi considerado o principal problema para 72,2% (65) dos participantes, 80,3% (106) sentiram pela primeira vez o efeito do álcool com idade menor que 18 anos; 60,8% (48) apresentaram sintomas de abstinência ao parar ou diminuir o consumo e, relativamente, a esse percentual, houve relato de dificuldade de diminuir ou parar de beber em grande parte do dia; 50,7% (69) apresentaram fissura; 59,5% (47), problemas clínicos, psicológicos ou legais em razão do uso.

TABELA 10 – CARACTERIZAÇÃO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ALCÓOL. CURITIBA, 2018.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Idade em que sentiu pela primeira vez o efeito<sup>a</sup></b>						
>18	96	(72,7)	10	(7,6)	106	(80,3)
19-25	16	(12,1)	1	(0,8)	17	(12,9)
<26	7	(5,3)	2	(1,5)	9	(6,8)
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>(90,1)</b>	<b>13</b>	<b>(9,9)</b>	<b>132</b>	<b>(100)</b>
<b>Sintomas de Abstinência após parar de beber<sup>b</sup></b>						
Sim	43	(54,4)	5	(6,4)	48	(60,8)
Não	29	(36,7)	2	(2,5)	31	(39,2)
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>(91,1)</b>	<b>7</b>	<b>(8,9)</b>	<b>79</b>	<b>(100)</b>
<b>Dificuldade de diminuir ou parar de beber em grande parte do dia<sup>b</sup></b>						
Sim	42	(53,1)	6	(7,6)	48	(60,8)
Não	30	(38,0)	1	(1,3)	31	(39,2)
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>(91,1)</b>	<b>7</b>	<b>(8,9)</b>	<b>79</b>	<b>(100)</b>
<b>Problema clínico, psicológico ou legal pelo uso<sup>b</sup></b>						
Sim	44	(55,7)	3	(3,8)	47	(59,5)
Não	28	(35,4)	4	(5,1)	32	(40,5)
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>(91,1)</b>	<b>7</b>	<b>(8,9)</b>	<b>79</b>	<b>(100)</b>
<b>Fissura<sup>c</sup></b>						
Sim	62	(45,6)	7	(5,1)	69	(50,7)
Não	59	(43,4)	8	(5,9)	67	(49,3)
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>(89,0)</b>	<b>15</b>	<b>(11,0)</b>	<b>136</b>	<b>(100)</b>
<b>Álcool como SPA de maior problema<sup>d</sup></b>						
Problema Primário	59	(65,5)	6	(6,7)	65	(72,2)
Problema Secundário	19	(21,2)	2	(2,2)	21	(23,4)
Problema Terciário	4	(4,4)	-	-	4	(4,4)
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>(91,1)</b>	<b>8</b>	<b>(8,9)</b>	<b>90</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: <sup>a</sup>n=5 não responderam/não aplicável. <sup>b</sup>n=58 não responderam/não aplicável. <sup>c</sup>n=1 não respondeu/não aplicável. <sup>d</sup>n=47 não responderam/não aplicável.

A TABELA 11 mostra a média de idade do primeiro uso de álcool para os participantes, que foi de 16,58 ( $\pm$  7,64) anos, e o tempo médio de uso, de 14,28 ( $\pm$  14,29) anos.

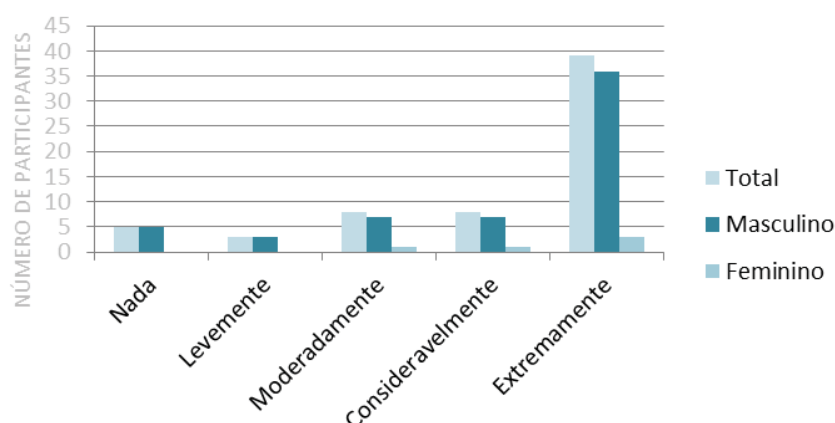
TABELA 11 – CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ALCÓOL POR SEXO, SEGUNDO IDADE DE PRIMEIRO USO E TEMPO DE USO. CURITIBA, 2018

Substância e tempo de uso	Masculino Média $\pm$ DP	Feminino Média $\pm$ DP	Total Média $\pm$ DP
<b>Álcool</b>			
Idade primeiro uso	16,40 $\pm$ 7,23	18,14 $\pm$ 10,76	16,58 $\pm$ 7,64
Tempo de uso (anos)	15,16 $\pm$ 14,51	7,20 $\pm$ 10,19	14,28 $\pm$ 14,29

FONTE: O autor (2019).

O GRÁFICO 8 mostra a intensidade da preocupação dos participantes com relação a problemas associados ao álcool, sendo que 54,0% (74) não responderam a esta pergunta, assim, os resultados apresentados se referem às resposta válidas. Entre os participantes que responderam 61,9% (39) reportaram extrema preocupação; 12,7% (8), preocupação igualmente considerável e moderada; 7,9% (5), nenhuma preocupação; e 4,8% (3), leve preocupação.

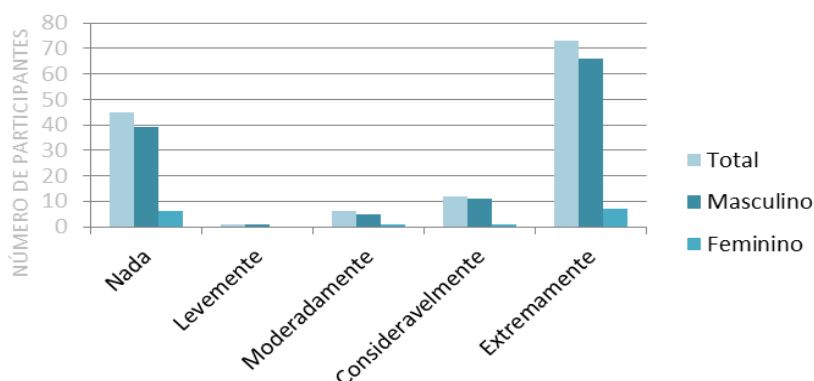
GRÁFICO 8 – PREOCUPAÇÃO OU INCOMODAÇÃO ASSOCIADA A PROBLEMAS COM O ÁLCOOL, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

Quanto à importância do tratamento para o uso de álcool, GRÁFICO 9, 32,8% (45) dos participantes não consideraram importante; 53,3% (73) relataram ser extremamente importante; 8,8% (12), consideravelmente importante; 4,4% (6), moderadamente importante; e 0,7% (1), levemente importante.

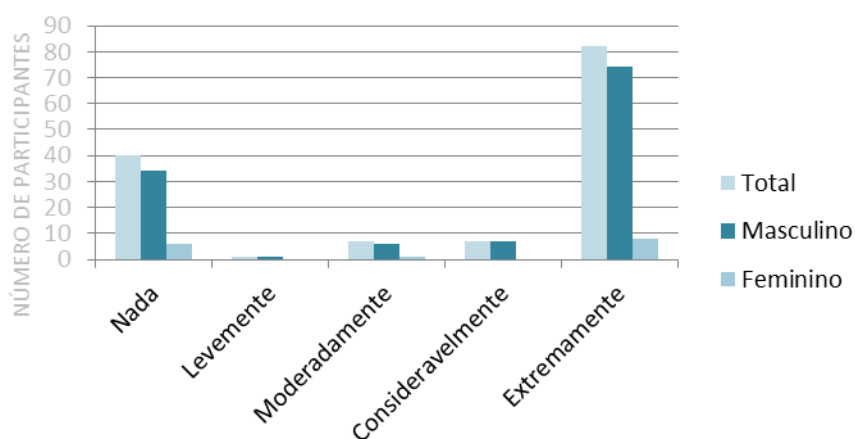
GRÁFICO 9 – IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PARA O USO DE ÁLCOOL, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

Ainda no contexto do uso de álcool, GRÁFICO 10, sobre a importância de os participantes alcançarem ou manterem abstinência total: 29,2% (40) não julgaram importante; 59,9% (82) identificaram a abstinência como sendo de extrema importância; 5,1% (7), de importância igualmente moderada e considerável; e 0,7% (1), de leve importância.

GRÁFICO 10 – IMPORTÂNCIA DE ALCANÇAR OU MANTER ABSTINÊNCIA TOTAL DO ÁLCOOL, DE ACORDO COM O ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL

De acordo com TABELA 12, do total da amostra, 66,5% (91) dos participantes tinham vínculo familiar, 40,9% (56) estavam em um relacionamento amoroso e, em média, 3,23 ( $\pm 7,34$ ) tinham amigos próximos ou íntimos. Em relação às atividades sociais realizadas no último mês, 85,7% (48) dos participantes estiveram com parceiro; 66,4% (91), com familiares; e 75,8% (50), com amigos íntimos. Problemas de relacionamento com parceiros foram reportados por 47,1% (24) dos participantes, enquanto 36,5% (39) tiveram problemas com parentes e 16,1% (9), com amigos.

Sobre problemas com álcool e outras SPA no círculo social: 33,3% (17) reportaram que seus parceiros têm problemas com álcool e outras SPA; 29,0% (31) identificam estes problemas em familiares; e 50,0% (28), em amigos. No âmbito de apoio social, 64,3% (36) dos participantes responderam que podem contar com seus parceiros, enquanto 65,7% (90), com parentes, e 72,7% (48), com amigos.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL. CURITIBA, 2018.

Continua

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Mantém Vínculo familiar</b>						
Sim	81	(59,2)	10	(7,3)	91	(66,5)
Não	41	(29,9)	5	(3,6)	46	(33,5)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Relacionamento amoroso/ parceiro</b>						
Sim	47	(34,3)	9	(6,6)	56	(40,9)
Não	75	(54,8)	6	(4,3)	81	(59,1)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Número de amigos íntimos</b>	<b>3,10±7,25</b>		<b>4,33±8,18</b>		<b>3,23±7,34</b>	
<b>Passou tempo com parceiro nos últimos 30 dias<sup>a</sup></b>						
Sim	40	(71,4)	8	(14,3)	48	(85,7)
Não	7	(12,5)	1	(1,8)	8	(14,3)
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>(83,9)</b>	<b>9</b>	<b>(16,1)</b>	<b>56</b>	<b>(100)</b>
<b>Passou tempo com parentes adultos nos últimos 30 dias</b>						
Sim	81	(59,1)	10	(7,3)	91	(66,4)
Não	41	(30,0)	5	(3,6)	46	(33,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Passou tempo com amigos íntimos nos últimos 30 dias<sup>b</sup></b>						
Sim	45	(68,2)	5	(7,6)	50	(75,8)
Não	15	(22,7)	1	(1,5)	16	(24,2)
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>(90,9)</b>	<b>6</b>	<b>(9,1)</b>	<b>66</b>	<b>(100)</b>
<b>Problemas de relacionamento com parceiros<sup>c</sup></b>						
Sim	18	(35,3)	6	(11,7)	24	(47,0)
Não	24	(47,1)	3	(5,9)	27	(53,0)
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>(82,4)</b>	<b>9</b>	<b>(17,6)</b>	<b>51</b>	<b>(100)</b>
<b>Problemas de relacionamento com parentes<sup>d</sup></b>						
Sim	36	(33,7)	3	(2,8)	39	(36,5)
Não	59	(55,1)	9	(8,4)	68	(63,5)
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>(88,8)</b>	<b>12</b>	<b>(11,2)</b>	<b>107</b>	<b>(100)</b>
<b>Problemas de relacionamento com amigos<sup>a</sup></b>						
Sim	9	(16,1)	-	-	9	(16,1)
Não	41	(73,2)	6	(10,7)	47	(83,9)
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>(89,3)</b>	<b>6</b>	<b>(10,7)</b>	<b>56</b>	<b>(100)</b>
<b>Parceiro tem problema com SPA ou álcool<sup>c</sup></b>						
Sim	11	(21,6)	6	(11,7)	17	(33,3)
Não	31	(60,8)	3	(5,9)	34	(66,7)
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>(82,4)</b>	<b>9</b>	<b>(17,6)</b>	<b>51</b>	<b>(100)</b>

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SOBRE CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL. CURITIBA, 2018. conclusão

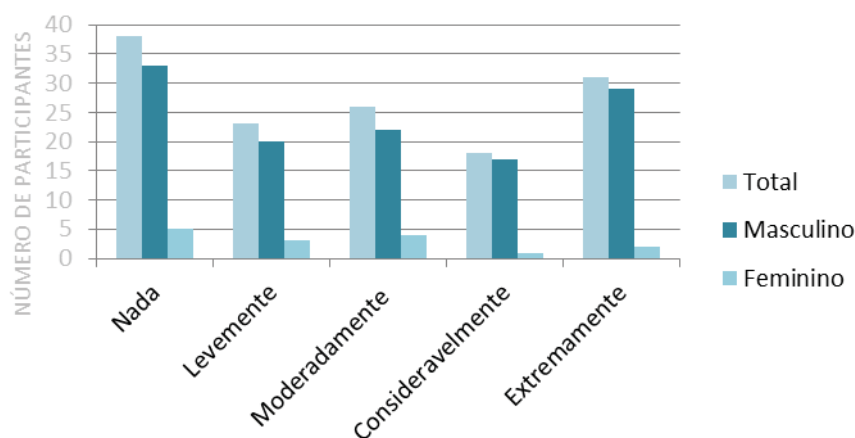
<b>Parentes têm problema com SPA ou álcool<sup>d</sup></b>						
Sim	25	(23,4)	6	(5,6)	31	(29,0)
Não	70	(65,4)	6	(5,6)	76	(71,0)
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>(88,8)</b>	<b>12</b>	<b>(11,2)</b>	<b>107</b>	<b>(100)</b>
<b>Amigos têm problema com SPA ou álcool<sup>a</sup></b>						
Sim	24	(42,9)	4	(7,1)	28	(50,0)
Não	26	(46,4)	2	(3,6)	28	(50,0)
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>(89,3)</b>	<b>6</b>	<b>(10,7)</b>	<b>56</b>	<b>(100)</b>
<b>Pode contar com parceiro<sup>a</sup></b>						
Sim	32	(57,1)	4	(7,2)	36	(64,3)
Não	15	(26,8)	5	(8,9)	20	(35,7)
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>(83,9)</b>	<b>9</b>	<b>(16,1)</b>	<b>56</b>	<b>(100)</b>
<b>Pode contar com parentes</b>						
Sim	82	(59,9)	8	(5,8)	90	(65,7)
Não	40	(29,2)	7	(5,1)	47	(34,3)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Pode contar com amigos<sup>b</sup></b>						
Sim	43	(65,1)	5	(7,6)	48	(72,7)
Não	17	(25,8)	1	(1,5)	18	(27,3)
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>(90,9)</b>	<b>6</b>	<b>(9,1)</b>	<b>66</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: <sup>a</sup>n=81 não responderam/não aplicável. <sup>b</sup>n=71 não responderam/não aplicável. <sup>c</sup>n=86 não responderam/não aplicável. <sup>d</sup>n=30 não responderam/não aplicável

No GRÁFICO 11, dos 136 participantes que responderam à questão, 27,9% (38) não estavam satisfeitos com a forma como aproveitavam seu tempo livre; 16,9% (23) estavam levemente satisfeitos; 19,1% (26), moderadamente satisfeitos; 13,2% (18), consideravelmente satisfeitos; e 22,8% (31), extremamente satisfeitos.

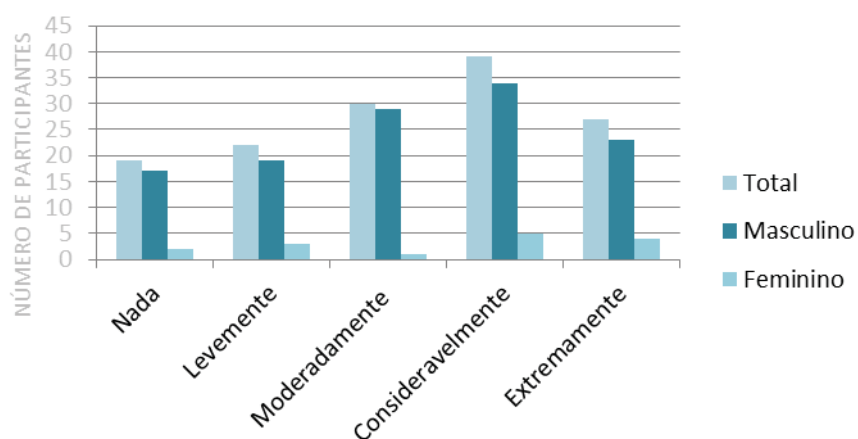
GRÁFICO 11 – SATISFAÇÃO DO APROVEITAMENTO DO TEMPO LIVRE AVALIADO PELO ASI-6.



FONTE: O autor (2019).

O GRÁFICO 12 mostra que 13,9% (19) dos participantes não estavam satisfeitos com seus relacionamentos com adultos; 16,1% (22) estavam levemente satisfeitos; 21,9% (30) moderadamente satisfeitos; 28,5% (39), consideravelmente satisfeitos; e 19,7% (27), extremamente satisfeitos.

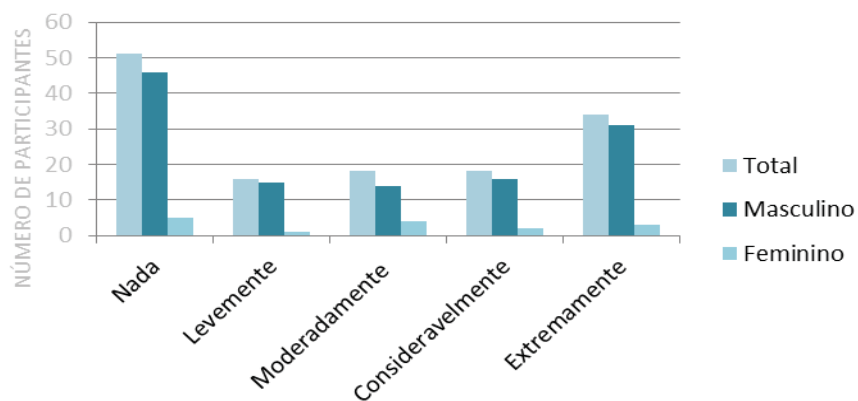
GRÁFICO 12 – SATISFAÇÃO NO RELACIONAMENTO COM OUTROS ADULTOS, DE ACORDO COM O ASI-6



FONTE: O autor (2019).

O GRÁFICO 13 mostra a preocupação dos participantes quanto a problemas de relacionamentos com adultos: 37,2% (51) não se mostraram preocupados; 11,7% (16) relataram preocupação leve; 13,1% (18), igualmente moderada e considerável preocupação; e 24,8% (34), extrema preocupação.

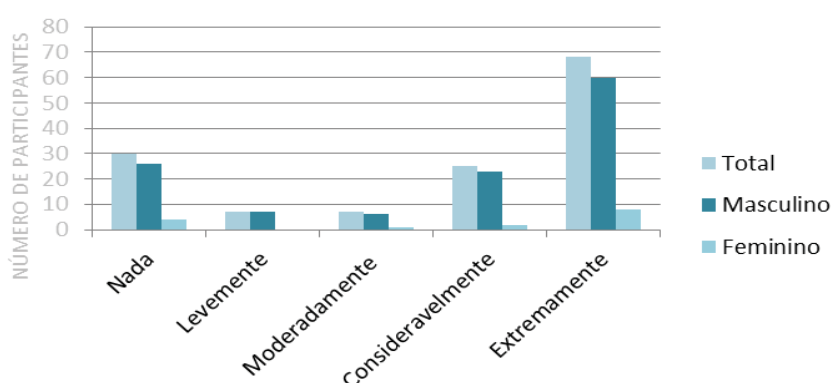
GRÁFICO 13 – PREOCUPAÇÃO COM PROBLEMAS NO RELACIONAMENTO COM OUTROS ADULTOS, DE ACORDO COM O ASI-6



Fonte: O autor (2019).

Ainda no âmbito dos relacionamentos sobre a importância que os participantes atribuem a receber auxílio, aconselhamento ou tratamento para lidar com problemas de relacionamento com outros adultos, o GRÁFICO 14 mostra que 21,9% (30) dos participantes não julgaram importante; 5,1% (7), levemente importante; 5,1% (7), moderadamente importante; 18,2% (25), consideravelmente importante, e 49,6% (68), extremamente importante.

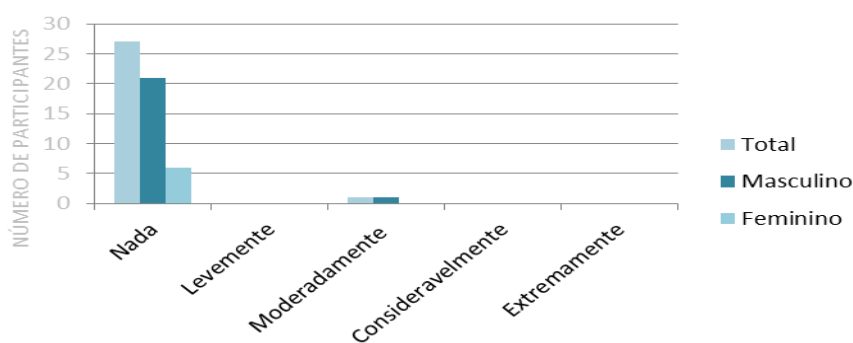
GRÁFICO 14 – IMPORTÂNCIA DE RECEBER AUXÍLIO, ACONSELHAMENTO OU TRATAMENTO PARA PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO COM OUTROS ADULTOS, DE ACORDO COM O ASI-6



Fonte: O autor (2019).

Acerca de problemas de conviver com menores de 18 anos que moraram em sua residência nos últimos 30 dias, no GRÁFICO 15 as respostas válidas se referem a 20,4% (28) dos participantes que responderam. Destes indivíduos, 96,4% (27) julgaram não ter qualquer problema e 3,6% (1), ter problemas moderados.

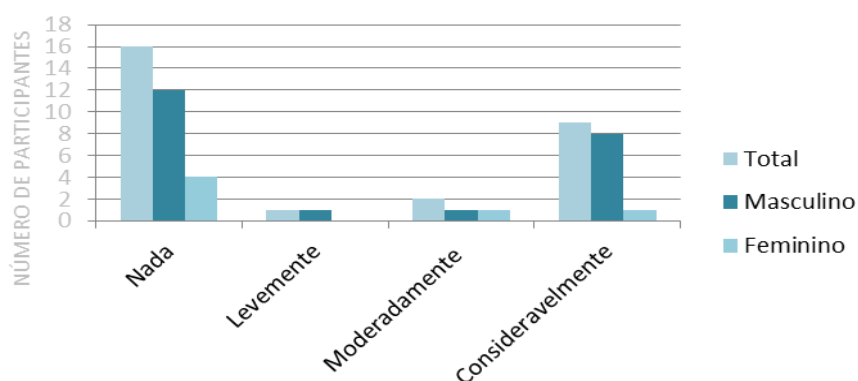
GRÁFICO 15 – PROBLEMAS NA CONVIVÊNCIA COM MENORES DE 18 ANOS, DE ACORDO COM O ASI-6



Fonte: O autor (2019).

Sobre a importância de aconselhamento e demais recursos para auxiliá-los a conviver melhor com menores de 18 anos, GRÁFICO 16, este item foi respondido por 20,4% (28) dos participantes. Destes 28 participantes: 57,1% (16) não julgaram importante o aconselhamento e demais recursos; 31,2% (9), extremamente importante; 7,1% (2) consideravelmente importante; e 3,6% (1), moderadamente importante.

GRÁFICO 16 – IMPORTÂNCIA DE ACONSELHAMENTO PARA AJUDAR NA CONVIVÊNCIA COM MENORES DE 18 ANOS, DE ACORDO COM O ASI-6



Fonte: O autor (2019).

#### 4.4 CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS

A TABELA 13 traz informações dos participantes sobre o envolvimento com problemas legais: 10,9% (15) tinham histórico de prisão antes dos 18 anos; 48,9% (67), depois dos 18 anos; 20,4% (28) haviam cometido furtos; 15,3% (21) haviam agredido alguém; e 4,4% (6) haviam dirigido sob efeito de álcool.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES EM RELAÇÃO À CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS. CURITIBA, 2018.

Problemas Legais	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N (%)	(%)
<b>Preso antes dos 18 anos</b>						
Sim	14	(10,2)	1	(0,7)	15	(10,9)
Não	108	(78,9)	14	(10,2)	122	(89,1)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Preso após os 18 anos</b>						
Sim	63	(46,0)	4	(2,9)	67	(48,9)
Não	59	(43,1)	11	(8,0)	70	(51,1)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Roubou alguém</b>						
Sim	28	(20,4)	-	-	28	(20,4)
Não	94	(68,7)	15	(10,9)	109	(79,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Agrediu alguém</b>						
Sim	20	(14,6)	1	(0,7)	21	(15,3)
Não	102	(74,5)	14	(10,2)	116	(84,7)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Assassinou alguém</b>						
Sim	-	-	-	-	-	-
Não	122	(89,1)	15	(10,9)	137	(100)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>
<b>Dirigiu sob efeito de álcool</b>						
Sim	6	(4,4)	-	-	6	(4,4)
Não	116	(84,7)	15	(10,9)	131	(95,6)
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>(89,1)</b>	<b>15</b>	<b>(10,9)</b>	<b>137</b>	<b>(100)</b>

FONTE: O autor (2019).

#### 4.5 ESCORE FINAL DAS ÁREAS DO ASI 6

Ao serem avaliadas as subescalas das sete áreas do ASI-6, a área de maior gravidade foi Família/crianças, 57,8 ( $\pm$  8,6), a segunda área de maior gravidade foi álcool, 52,8 ( $\pm$ 10,9), e a terceira foi a área família e problemas sociais, 51,0 ( $\pm$ 8,9) (TABELA 14).

TABELA 14 – PONTUAÇÕES NA ADDICTION SEVERITY INDEX, 6A VERSÃO (ASI-6) MODERADO POR SEXO E TOTAIS. CURITIBA, 2018.

Variáveis	Masculino			Feminino			Total		
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana
<b>Drogas</b>	44.6	11.1	46.0	43.2	10.7	46.0	44.4	11.0	46
<b>Família/crianças</b>	58.3	8.6	61.0	56.1	9.1	54.5	57.8	8.6	61
<b>Álcool</b>	53.1	10.7	55.0	50.9	10.8	53.0	52.8	10.9	55
<b>Psiquiátrica</b>	49.7	9.4	51.0	49.2	7.0	48.0	49.7	9.1	51
<b>Médica</b>	45.0	9.8	43.0	47.0	12.5	43.0	45.2	10.1	43
<b>Legal</b>	48.2	5.1	46.0	48.1	6.0	46.0	48.2	5.2	46
<b>Emprego/sustento</b>	38.0	3.8	38.0	38.7	1.9	38.0	38.1	3.6	38
<b>Família/apoio social</b>	37.7	6.3	38.0	37.8	8.8	38.0	37.7	6.6	38
<b>Família/problemas sociais</b>	50.6	8.8	51.0	50.0	10.0	53.0	51.0	8.9	51

FONTE: O autor (2019).

LEGENDA: Os SS-Rs foram calculados com base nas instruções fornecidas por Kessler et al. (2012), e então convertidos para escores T com média = 50 e DP = 10.

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram prevalência de participantes do sexo masculino, estando em concordância com outros estudos conduzidos no Brasil com pessoas em tratamento no CAPS AD, tendo sido identificado predomínio para o mesmo sexo. (CÂMARA; MARTINS, 2017; OLIVEIRA et al., 2017; CAPISTRANO et al., 2018; CONCEIÇÃO et al., 2018; TREVISAN; CASTRO, 2019). Esses dados estão em consonância com o relatório da UNODC (2018), que esclarece que, de cinco pessoas que buscam tratamento, somente uma é mulher.

Entretanto, embora se saiba que os transtornos relacionados a substâncias atinjam proporções semelhantes em homens e mulheres, alguns fatores podem contribuir para o predomínio de busca por tratamento pelo sexo masculino, como questões culturais e barreiras sociais. (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Pode-se perceber esse fato em um estudo conduzido em CAPS AD III em Tocantins, que identificou algumas dificuldades de as mulheres seguirem o tratamento, como, por exemplo, o medo de perder a guarda dos filhos, a dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, entre outras barreiras sociais. Buscar tratamento para esse tipo de transtorno pode estar relacionado a uma conotação negativa de marginalização. Tal estigma pode aumentar os problemas, principalmente os relativos à dificuldade de iniciar o tratamento ou de mantê-lo. (OLIVEIRA et al., 2019).

A média de idade encontrada neste estudo foi de 41,7 anos, com predomínio da faixa etária de 30 a 49 anos, que se aproxima dos valores encontrados em outros estudos nacionais com esta clientela. (CAPISTRANO et al., 2018). Especificamente no que se refere à região sul do País, dois estudos conduzidos em CAPS AD apresentaram os seguintes valores: um encontrou predomínio da faixa etária entre 40 e 49 anos (BORBA et al., 2017) e outro, média de 41 anos. (OLIVEIRA et al., 2017).

Por outro lado, foi encontrada média menor em outros estudos, como um conduzido em outras regiões como Minas Gerais em um CAPS AD, com média de 36,9 anos. (ALMEIDA et al., 2017), e outro multicêntrico em cinco estados do país, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo e Espírito Santo, mais o Distrito Federal, com idade média de 32,5 anos. (HALPERN et al., 2017).

Esses dados levam a refletir que, apesar de o início do uso de SPA geralmente englobar uma faixa etária mais jovem, a procura para tratamento, na maioria das vezes, acontece na fase adulta, a partir dos 30 anos, em razão dos danos causados e das consequências na vida da pessoa, portanto, do desenvolvimento da compreensão do transtorno. (BATISTA; CONSTANTINO, 2012; OLIVEIRA et al., 2017).

No que concerne à raça, os entrevistados se declararam predominantemente brancos. Esse resultado está consonante com os estudos desenvolvidos nos CAPS AD das Regiões Sul e Sudeste do Brasil. (BORBA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017; SILVA et al., 2018). Essa semelhança pode ser relacionada a aspectos regionais, pois, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 76,8% da população do Sul e 52,2% na região Sudeste do Brasil se declara branca. (IBGE, 2016).

A maioria dos participantes deste estudo relatou ser de solteiros, o que está em consonância com estudos desenvolvidos em CAPS AD no Brasil, que ressaltam que o estado conjugal pode ser afetado em relação aos vínculos sociais, que, pelo uso de SPA, são facilmente prejudicados. Neste sentido, principalmente as mulheres, quando parceiras de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, vivenciam constantes discussões, comportamentos agressivos e isolamento social, gerando separações e divórcio. (ALMEIDA et al., 2018; SILVA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019). Tal situação também pode ser responsável pelo reflexo com relação aos filhos, pois daqueles que tinham filhos, a maior parte não vivia no mesmo local de residência.

Esses dados sociodemográficos supracitados chamam a atenção para a instabilidade que o uso de drogas gera no contexto familiar, podendo representar problemas para a constituição de uma família em razão do intenso sofrimento, o que ocasiona quebra de vínculos e, por sua vez, afastamento dos seus componentes. (DANIELLI et al., 2017; SANTOS, 2017; SIQUEIRA et al., 2018).

Outra característica sociodemográfica encontrada no presente estudo foi a dificuldade de manter a moradia, caracterizando uma extrema vulnerabilidade social na vida das pessoas com transtornos relacionados a substâncias, o que contribui para o indivíduo permanecer em situação de rua, facilitando ainda mais o contato com SPA. Estar em situação de rua é considerado consequência importante do aumento da gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, que acontece em

virtude da vulnerabilidade social, familiar e econômica dessas pessoas. (HALPERN et al., 2017).

Sobre a escolaridade dos participantes desta pesquisa, a maioria cursou o Ensino Fundamental, dado que coaduna com a literatura de que os problemas causados pelo uso de SPA no processo de aprendizagem desde a infância podem ser evidenciados na fase adulta, com elevados números de baixa escolaridade nesta população. Por outro lado, o uso de substância na adolescência está relacionado com o baixo desempenho escolar, mau comportamento no ambiente escolar e evasão, assim, o abandono escolar pode potencializar a dificuldade de concluir os estudos. (OLIVEIRA et al., 2017; TAVARES et al., 2017; SILVA et al., 2018).

Por consequência, a baixa escolaridade contribui para dificuldade de certificação profissional e aumento da gravidade nos aspectos econômicos e ocupacionais, como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. (FERNANDES et al., 2018). Isto pode ser visualizado pelos dados do presente estudo em que a maior parte dos entrevistados não tinha nenhuma certificação profissional.

O contingente prevalente dos participantes deste estudo está fora do mercado de trabalho ou desempregado. Sabe-se que a estabilidade profissional pode ser afetada pelo uso de SPA. Estudo conduzido em Teresina pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) com 2.449 trabalhadores do Sistema Único de Benefícios, que recebiam, por exemplo, aposentadoria e auxílio doença, mostrou que, entre os transtornos mentais diagnosticados, os que respondem pelo maior número de afastamento do trabalho são os transtornos de humor, 43,5% (1.065), esquizofrenia, 21,3% (522), e transtornos relacionados a substâncias, 10,2% (251).

Transtornos mentais são considerados um fator de grande impacto na saúde dos trabalhadores, que podem apresentar dificuldade de comprometimento, objeção em cumprir tarefas, o que, por sua vez, ocasiona constantes demissões. Além disso, é importante ressaltar que a faixa etária predominante no presente estudo é considerada uma parcela ativa e produtiva no mercado de trabalho, porém, em razão da mudança de prioridade, característica comum desse agravo, a substância passa a ser o centro da vida da pessoa, contribuindo para o absenteísmo. (FERNANDES et al., 2018).

Sobre o absenteísmo, dados de um estudo conduzido sobre afastamentos por transtornos mentais em 2016, no Ceará, com 119 servidores públicos, mostraram o

número de dias perdidos de trabalho, classificado pelo tipo de transtorno, sendo que o maior foi o afastamento causado por transtornos relacionados a substâncias, com 399 dias, o que resulta em uma média de 79,8 dias somente no ano de 2016. (BASTOS et al., 2018).

Além dos dias prolongados de afastamento, a prevalência do afastamento também é considerada um grave problema, pois, segundo Fernandes et al. (2018), a pessoa pode estar mais propensa a solicitar mais de um afastamento por causa deste transtorno mental, bem como solicitar benefícios governamentais, como auxílios previdenciários e sociais.

Neste sentido, o segundo Levantamento da Previdência Social de 2017 com 614.508 trabalhadores cadastrados no Sistema Único de Benefícios mostrou que 7,47% (45.933) recebiam auxílio-doença por transtornos relacionados ao uso de substâncias no Brasil, dados que mostram o ônus financeiro nos órgãos públicos causado por esse transtorno. (BRASIL, 2017b). Ainda sobre questões econômicas, o recebimento de recursos financeiros como bolsa família é encontrado em outros estudos de pessoas que estão em tratamento em CAPS AD. (ALMEIDA et al., 2014; ALMEIDA et al., 2018).

No entanto, é importante esclarecer que não somente os órgãos públicos são onerados financeiramente pelo uso compulsivo de substâncias psicoativas, mas também a própria família, uma vez que muitas pessoas com transtornos relacionados a substâncias dependem de apoio financeiro da família e de amigos. No que se concerne à renda, a maioria dos participantes deste estudo declarou renda financeira menor que um salário mínimo e que tal renda é insuficiente para viver.

Nesse sentido, ressalta-se que problemas financeiros podem ser consequentes da gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, pois a aquisição da SPA passa a ser prioridade para a pessoa, o que pode ser observado no estudo de Santos (2017), em que a média de dinheiro gasto com o uso de substâncias nos últimos seis meses esteve acima de 250 reais, gasto que pode estar associado à tolerância e à compulsão, que levam à necessidade de consumir cada vez mais a SPA. (FERNANDES et al., 2018; TREVISAN et al., 2019).

O segundo item dos resultados deste estudo se refere à caracterização clínica. Neste sentido, no que concerne aos agravos agudos e crônicos decorrentes do uso de SPA, em 2018, a OMS alerta sobre a associação de comorbidades com o

desenvolvimento de câncer, doenças cardiovasculares e doenças transmissíveis, divulgando como estratégia um alerta à população no intuito de minimizar as mortes e incapacidades geradas pelo álcool. Ainda segundo essa Organização, no período de 2012 a 2016, o número de mortes no mundo foi de três milhões em decorrência desta SPA supracitada. (WHO, 2018).

Nos resultados deste estudo, a principal condição clínica física relatada foi a do Sistema Circulatório, representada pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o que coaduna com um estudo que utilizou o ASI-6, conduzido com 74 pessoas em tratamento devido ao uso de crack, que mostrou que 12,5% delas apresentaram alterações cardiovasculares, como pressão alta. (MADALENA; SARTES, 2018).

Algumas SPA, como os estimulantes, podem gerar essas alterações, sendo um dos fatores a forma de uso, como, por exemplo, a cocaína, que, quando inalada, é absorvida pela corrente sanguínea, em seguida, vai para outras regiões do corpo até alcançar o SNC. Porém quando fumada, caso do crack, esse processo é encurtado, ocasionando uma ação mais rápida e mais potente. A ação dessa substância no organismo pode causar aumento da pressão arterial se tornando uma condição crônica, resultando em inflamações do músculo cardíaco devido ao aumento de catecolaminas, dificultando, assim, a contratilidade do coração. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A segunda condição clínica física encontrada neste estudo foi a neurológica, mostrada na literatura que o uso de SPA, como, por exemplo, da *Cannabis*, também pode gerar problemas crônicos como alterações do Sistema Neurológico, ocasionando Acidentes Vasculares Encefálicos e episódios de convulsão. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Além disso, o uso crônico e compulsivo de SPA pode gerar outros agravos igualmente importantes como alterações renais, endócrinas e hepáticas. De acordo com estudo realizado por Capistrano (2018) em um CAPS AD na Região Sul com 150 pessoas com Transtornos Relacionados a Substâncias, 13,4% (25) da amostra apresentava alteração hepática, como cirroses. Além disso, 4,5% da amostra também desenvolveu alterações do sistema endócrino como o Diabetes *Mellitus*. (CAPISTRANO et al., 2018).

No que se refere à Diabetes *Mellitus*, sabe-se que esse agravo pode estar associado a hábitos diários de alimentação e a outras comorbidades como HAS. Tal

associação pode aumentar as lesões ocasionadas nos vasos sanguíneos, principalmente com uso de SPA estimulantes. (MALACHIAS et al., 2016).

Outra preocupação em relação aos agravos clínicos e físicos são as neoplasias e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2014), há uma associação entre o início das neoplasias e o uso de substâncias, sendo que algumas substâncias depressoras e estimulantes podem causar lesões e infecções nas vias áreas superiores e inferiores, conseqüentemente, problemas crônicos respiratórios e tumores nas regiões orofaríngeas e laringe, como também neoplasias no trato gastrointestinal.

Já em relação às ISTs, sabe-se que as formas de contaminação das infecções transmissíveis são pelo contato sexual, perinatal e contaminação sanguínea. (HALPERN et al., 2017). Contudo, sabe-se que a ação da substância no organismo, associada ao comportamento de risco da pessoa e a problemas econômicos como falta de dinheiro para o uso, pode contribuir para esses prejuízos, principalmente quando associado à vulnerabilidade social. (ZANINI; SOTILI, 2019).

Neste estudo, 21,7% (21) dos participantes utilizaram SPA uma vez na vida de forma injetável e, conforme o último Relatório da UNODC (2019), 11 milhões de pessoas injetaram SPA no ano de 2017 e, conseqüente a esse resultado, 1,4 milhões adquiriram HIV, como também 5,6 milhões, hepatite C.

Os danos causados e as conseqüências à vida da pessoa podem se estender à incapacidade física. Segundo levantamento da previdência social de 2017 no Brasil, os transtornos mentais foram descritos como as principais causas para incapacidades físicas não associadas a acidentes de trabalhos, com um total de 52.974 trabalhadores cadastrados no Sistema Único de Benefícios. Em relação à aposentadoria por invalidez relacionada aos tipos de transtornos mentais (1.374 ocorrências), os transtornos relacionados ao álcool aparecem com maior frequência, 5,8% (80). (BRASIL, 2017b). Estudo de Batista e Constantino (2012) encontrou com essa mesma população pessoas que apresentaram incapacidades físicas, como problemas auditivos, *déficit* visual e alterações na mobilidade. (OLIVEIRA et al., 2017).

Sobre o tratamento para as complicações clínicas, a maioria dos participantes não considerou importante. Esses dados mostram a dificuldade de busca de tratamento ou continuidade relacionada à baixa motivação de vida da pessoa,

afetando a busca pelo tratamento e a eficácia, em razão da sua descontinuidade. (OLIVEIRA et al., 2017).

As condições clínicas já existentes e as mortes precoces também são consequência do aumento dos serviços de saúde e dos custos relacionados. Assim, destaca-se que quase a totalidade dos participantes da amostra utilizava somente o Sistema Único de Saúde. A gravidade dos transtornos relacionados a substâncias e comorbidades tem gerado custos na Saúde Pública do Brasil. No Paraná, em 2018, tratamentos para condições físicas associadas aos transtornos relacionados a SPA geraram um gasto de 52 milhões de reais sem considerar a elevação do número de mortalidade. (BRASIL, 2019; PARANÁ, 2019).

Os últimos dados do Ministério da Saúde, período de 2012 a 2016, registraram 28.608 internações em consequência do uso do Álcool e agravos à saúde e 6.834 óbitos associados ao uso de álcool no Paraná, gerando preocupação, tendo havido, por outro lado, baixo investimento na prevenção do consumo. (BRASIL, 2019; PARANÁ, 2019).

Não diferentemente dos agravos clínicos, destacam-se, no presente estudo, os agravos psicológicos/psiquiátricos. Entre as comorbidades mais prevalentes, estão os transtornos de humor, depressão, transtornos de personalidade, transtornos ansiosos e transtornos psicóticos relacionados ao álcool e demais substâncias ilícitas. (DANIELI et al., 2017; HALPERN et al., 2017; SANTOS, 2017; CAPISTRANO et al., 2019).

Para Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2018), condições mentais associadas à exposição precoce ao uso de substâncias acontecem na infância e adolescência, considerando que o sistema neurológico ainda está em desenvolvimento, podem aparecer sintomas precoces de condições mentais, aumentando a ocorrência de outros transtornos mentais, fator que aumenta a gravidade das condições clínicas. (SILVA et al., 2018).

A presença de outros transtornos mentais pode estar associada ou não ao uso de SPA, porém estudos nacionais mostram a prevalência de comorbidades mentais em pessoas com transtornos relacionados a substâncias. (DANIELI et al., 2017; HALPERN et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017; SANTOS, 2017). Esses dados mostram a dificuldade de estabelecer um diagnóstico inicial dos Transtornos Relacionados a Substâncias pela dificuldade de diferenciar os sinais e sintomas dos demais transtornos mentais, como, por exemplo, alterações de humor, ansiedade e

sintomas psicóticos, principalmente no quadro de abstinência e intoxicação. (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2018; FERNANDES et al., 2018).

Segundo Sadock; Sadock; Ruiz (2017), 50% das pessoas com Transtornos Relacionados a Substâncias apresentam comorbidades mentais, sendo mais prevalentes as associadas aos estimulantes, álcool e opioides. Capistrano et al. (2018) relataram em seu estudo que as principais comorbidades mentais foram os transtornos mentais psicóticos e os de humor, sem psicose. Segundo Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2018), aqueles que já apresentam transtorno grave como a esquizofrenia podem ter esse transtorno agravado ainda mais com o uso de substâncias.

Além dos transtornos mentais, destacam-se, considerando os resultados do presente estudo, a presença de sintomas e de problemas psicológicos, sendo os mais prevalentes a dificuldade para dormir, as alterações de humor, a agressividade e os comportamentos suicidas. No estudo de Santos (2017), pessoas que faziam uso de crack apresentavam problemas de concentração em 68,7% (110) e para dormir em 73,7% (118), principalmente nos períodos de abstinência. Esses problemas foram percebidos principalmente em decorrência do uso de estimulantes, como a cocaína e o crack.

Em relação aos sintomas de humor deprimido, estima-se que de um terço a metade de todas as pessoas que apresentam abuso ou dependência de opioide e que cerca de 40% daquelas com abuso ou dependência de álcool satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior em algum momento da vida. Esses dados são alarmantes, uma vez que pessoas com transtornos relacionados a substâncias têm 20 vezes maior chance de cometer suicídio. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Estudo conduzido em CAPS III em Minas Gerais com 127 prontuários analisados de pessoas com transtornos relacionados a substâncias mostrou que 30,0% delas apresentaram ideação suicida e 32,5%, tentativas de suicídio. (CANTAO; BOTTI, 2016). As tentativas de suicídio por utilização de medicamentos e/ ou SPA podem ocasionar consequências como a intoxicação exógena e demais complicações clínicas.

Entre as alterações de comportamento, destaca-se, entre os participantes do presente estudo, a agressividade. É importante destacar que a alteração de comportamento relacionada ao uso de SPA, como, por exemplo, crack, cocaína e anfetaminas, intensifica a atividade mental, causa alteração comportamental,

períodos de euforia, além de ter efeito de curta duração, causando tolerância maior e fissura. Esses efeitos podem causar comportamentos agressivos, potencializando problemas nos relacionamentos interpessoais. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A respeito de tratamento para as condições clínicas mentais neste estudo, os participantes relataram como opções o internamento, consultas ambulatoriais e tratamento medicamentoso. No que diz respeito a tratamento medicamentoso, Capistrano et al. (2019) descrevem que as comorbidades mentais estão associadas à não adesão à terapêutica medicamentosa para transtornos relacionados a substâncias, fazendo um destaque para a polifarmácia e para a dificuldade de compreender o plano terapêutico, aumentando, assim, a gravidade da condição clínica e as comorbidades.

Em relação às estratégias de tratamento aos Transtornos Relacionados a Substâncias e demais transtornos, elas podem variar de local de tratamento conforme a gravidade da pessoa, principalmente quando há comorbidades mentais. (SADOCK; SADOCK, RUIZ, 2017).

No Brasil, a RAPS tem como objetivo oferecer estratégias de atendimento a pessoas com transtornos mentais em diversas modalidades. Entre as modalidades existentes no país, os CAPS atendem tanto pessoas acometidas por transtornos relacionados a SPA como com os demais transtornos, acolhendo a pessoa em situações de crise ou nos processos de reabilitação. (TREVISAN et al., 2019). Esse atendimento se articula com as demais estratégias da RAPS com o objetivo de promover a saúde mental, a redução de danos, a inclusão social, diminuindo as consequências negativas na vida da pessoa. (BRASIL, 2017).

Com relação a eventos traumáticos, parte dos participantes do presente estudo relatou ter sofrido agressão física e sexual, presenciado crimes violentos e já ter estado em situação de risco de vida. A esse respeito, destaca-se um estudo sobre a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias com 72 pessoas em uma comunidade terapêutica, que mostrou que 55,6% (40) foram vítimas de agressão por pessoas conhecidas; 38,6% (27), vítimas de crime violento; e 10% (sete) sofreram abuso sexual. Esses eventos, em sua maioria, aconteceram durante o uso da SPA na rua, em envolvimento com tráfico de drogas, na prática de roubo ou por estar em ambientes vulneráveis. (MADALENA; SARTES, 2018).

A falta da substância e a necessidade de consegui-la podem gerar comportamentos de risco, principalmente o crack, por apresentar maior exposição

da pessoa a ambientes vulneráveis, podendo propiciar vivência de diversos tipos de violência, gerando consequências como traumas. (HALPERN et al., 2017).

Os participantes, quando questionados sobre o nível de preocupação com a vivência de eventos traumáticos, relataram estar extremamente preocupados. A violência física pode afetar a família como um todo, principalmente na fase de desenvolvimento da criança e adolescência, compreendida como uma fase de amadurecimento físico e psicológico. (PAGLIACE, 2019). Essas consequências podem ser aumentadas, principalmente nos ambientes de vulnerabilidade, com familiares que fazem uso de SPA, podendo, pela ação da substância na pessoa, ocasionar comportamentos agressivos como também alterações da sensopercepção. (PAGLIACE et al., 2019).

Sobre a caracterização dos transtornos relacionados a substâncias, exceto o álcool, neste estudo, os participantes relataram que as SPA de maior problema em suas vidas foram cocaína/crack em 50,0% (68). Estudo desenvolvido em CAPS AD do Sul do Brasil com 163 participantes com transtornos relacionados a substâncias, com exceção do álcool, mostrou que o uso de cocaína foi prevalente. (OLIVEIRA et al., 2017).

No que se refere aos principais sintomas dos transtornos relacionados a substâncias, os participantes do presente estudo relataram sintomas de abstinência, dificuldade para diminuir ou parar de usar SPA e fissuras. Em estudo desenvolvido com 160 pessoas que faziam uso de cocaína e crack, 109 apresentaram sintomas de abstinência nos últimos 30 dias e 77,5% (124), fissura especificamente quanto ao uso de crack, 51,6% (56) referiram sintomas de abstinência e 52,4% (65), fissura. (SANTOS, 2017).

O crack é usado via inalatória e sua ação ocorre diretamente no sistema respiratório, sendo seu efeito menos duradouro que o da cocaína. Portanto, pelo fato de a tolerância ser maior, há aumento da frequência de uso e, assim, intensificação da gravidade do transtorno. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

No que diz respeito a permanecer em abstinência por ao menos um ano, parte dos participantes tiveram essa experiência. De acordo com Santos (2017), a SPA de maior tempo de abstinência foi a cocaína, além disso, seus usuários permaneceram mais tempo em tratamento.

A média de número de tratamentos para os Transtornos Relacionados a Substâncias neste estudo foi de 6,74 vezes. Os problemas que causam a

descontinuidade do tratamento podem ser multifatoriais, estando entre os aspectos questões socioeconômicas, o ambiente de convivência e o conhecimento da pessoa sobre o tratamento. (FERREIRA et al., 2015).

As recaídas durante o tratamento acontecem principalmente nos primeiros 90 dias, e o tipo de SPA e a idade são fatores que contribuem para dificuldade de continuar o tratamento. (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018). Para Monteiro et al. (2011), pessoas menores de 18 anos apresentam maiores taxas de abandono do tratamento.

Quanto à idade de uso das substâncias, a maconha e o álcool foram as SPA de início precoce e a cocaína/crack tiveram início tardio. Sobre a iniciação do uso e do tipo de SPA, estudo conduzido no CAPS AD na Bahia com 457 participantes mostrou que o início precoce, ainda na adolescência, foi com a maconha, com 164 indivíduos, seguido do crack, com 97. Estudo de Madalena e Sartes (2018) encontrou a *Cannabis* como principal substância utilizada por maior período: 13,6 anos entre os homens e 17,1 anos entre as mulheres. (NASCIMENTO, 2014; MADALENA; SARTES, 2018). Segundo Trevisan et al. (2019), o início do uso de álcool geralmente acontece na adolescência e Silva et al (2014) destacam que o início acima de 20 anos é prevalente entre aqueles que utilizam cocaína, sedativos e inalantes.

Segundo dados da OMS (2018), 155 milhões de adolescentes fazem uso de álcool no mundo e esse valor corresponde a um quarto da população mundial desta faixa etária. A adolescência é considerada a fase de desenvolvimento para a adulta, porém, com o início precoce de uso de SPA, essa fase pode ser prejudicada, gerando consequências como transtornos mentais, problemas profissionais e familiares ao longo da vida. (TREVISAN et al., 2019).

Neste estudo, o álcool foi a substância de maior tempo de uso em relação às demais SPA, com média de 14,2 anos. O tempo de uso pode aumentar as consequências na vida da pessoa, os efeitos tardios envolvem problemas financeiros, condições clínicas físicas e mentais como também mortalidade por acidentes. (OMS, 2018).

Neste estudo, ao serem questionados sobre a preocupação com problemas relacionados ao álcool e a necessidade de se manter abstinente, a maioria dos entrevistados relatou ser extremamente importante, mas apresentou sintomas de abstinência após parar de beber e dificuldade de diminuir ou parar de beber no

mesmo dia, com sintomas de fissuras. Condições agudas e crônicas no sistema neuroquímico podem ser ocasionadas pelo uso de álcool que, a longo prazo, com necessidade de aumentar o consumo, pode gerar síndrome da tolerância, assim como sua falta pode gerar crises de abstinência. (SADOCK; SADOCK, RUIZ, 2017).

Outro aspecto que pode aumentar a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias é a associação do álcool a outras SPA. Neste estudo, quase a totalidade dos entrevistados que utilizava álcool fazia uso de outras substâncias concomitantemente.

Leite et al. (2016) mostraram que o álcool foi a substância de preferência para combinações de uso com outras substâncias, principalmente com cocaína e maconha. Segundo Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2018), o consumo de álcool pode ser um preditor para uso de múltiplas SPA, principalmente os estimulantes, aumentando problemas laborais, sociais, familiares e, principalmente, de tratamento.

Outros danos decorrentes do uso de álcool juntamente com outras SPA são as recaídas causadas pelo *craving*, desejo intenso para uso de SPA. A ação da combinação do álcool com outras SPA no organismo pode ocasionar alterações comportamentais e químicas no organismo da pessoa, resultando no aumento do cortisol e consequente aumento de recaídas. (ROCHA et al., 2013).

Estudo conduzido com 535 motoristas no Brasil sobre o uso de múltiplas drogas mostrou que 54,6% (263) deles utilizavam o álcool com outras SPA, sendo esse comportamento descrito como uma forma de intensificar a ação da SPA, podendo agravar alterações psicomotoras e efeitos sedativos. (LEOPOLDO et al., 2015).

No que se refere à caracterização familiar e social, parte dos participantes declarou manter vínculos parentais com parceiros. Ressalta-se que, além da vulnerabilidade do ambiente, outros prejuízos familiares, como o rompimento do vínculo de cônjuge, podem afetar também os outros membros da família, como os filhos. No entanto, sabe-se que a família é o último núcleo a se desfazer.

Esses achados mostram que a gravidade dos transtornos relacionados a SPA nas relações de pais e filhos é identificada pelo rompimento de relacionamentos, podendo esse rompimento acontecer pelo afastamento da família em razão da mudança de prioridade na vida da pessoa, pela mudança comportamental frente ao efeito ou pela abstinência das SPA, como agressividade e impaciência. (GARCIA, 2018).

Um estudo com 100 pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento sobre as consequências familiares evidenciou que 23,3% (14) das pessoas apresentaram problemas com rompimento de vínculo com o pai e a mãe, 21,7% (13) das pessoas, com o cônjuge, assim como com os filhos. (CAPISTRANO et al., 2018). Outro estudo feito com mães de pessoas com transtornos relacionados a substâncias evidenciou que o consumo compulsivo de substâncias favorece discussões familiares, diminuição de diálogos, prejuízos nas relações, resultando até mesmo em agressões físicas. (GARCIA et al., 2018).

Desde a gestação, o uso de substâncias pode causar baixo nível nutricional, incidência de doenças infecciosas, ISTs e alteração na formação intrauterina. Outro fator de gravidade é a dificuldade de acompanhar a gestante no pré-natal e durante o puerpério, pois esses danos causados à criança podem perdurar durante seu desenvolvimento. (RODRIGUES et al., 2018). A explicação no atraso do desenvolvimento da criança compreende a inibição da recepção da norepinefrina e dopamina, gerando alterações neuroquímicas que afetam a criança em seu desenvolvimento, principalmente no âmbito escolar, como a falta de atenção, *déficit* de aprendizado e demais transtornos de desenvolvimento, afetando a vida adulta. (RODRIGUES et al., 2018).

Em relação aos aspectos sociais, neste estudo a maior parte dos participantes apresentava amigos com problemas por uso álcool e outras SPA. Estudo feito com 832 adolescentes mostrou que 46,7% deles costumavam beber com amigos e 33,2% tinham amigos que usavam outras SPA. Principalmente na adolescência, as influências dos amigos podem contribuir para o início do uso de SPA e para recaídas. (ELICKER et al., 2015).

Outro agravante é o isolamento social, considerado consequência deste transtorno, pois a pessoa considera a SPA como prioridade na sua vida e, sendo assim, eventos sociais como trabalho, atividades de lazer, vínculos com amigos e parentes não são priorizados. (FERNANDES et al., 2018).

Os resultados referentes aos aspectos legais mostram que a maioria teve histórico de prisão, sendo principalmente após os 18 anos, além disso, também relataram que estiveram envolvidos em atividades ilegais como furtos, agressão a outrem, direção sob efeito de álcool.

Esses dados são confirmados por outros estudos em que são destacados episódios de agressões físicas e comportamentos violentos, frequentemente

associados a elevado consumo de SPA. Problemas legais como prisões e envolvimento com atividades ilegais, entre elas roubo, tráfico de drogas e agressões foram encontrados em um estudo com 564 pessoas usuárias de crack, tendo 64,2% (361) sido presas ou detidas durante sua vida. (HALPERN et al., 2017).

As consequências legais não se limitam aos problemas judiciais, mas também à gravidade clínica. Segundo o Relatório da UNODC de 2019, no ambiente prisional a prevalência de condições crônicas e de infecções como HIV e hepatite é evidenciada como também a dificuldade de tratamento. (UNODC, 2019).

Esse relatório coloca a dificuldade de manter o tratamento eficaz no ambiente prisional. No entanto, é destacada a importância das políticas públicas em atender a pessoa concomitantemente com o nível de gravidade do transtorno, ressaltando que essa gravidade pode acontecer em várias áreas da vida, sendo mais elevadas em determinados aspectos. (UNODC, 2019).

Considerando a gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, a área de maior gravidade foi família/criança, devendo ser valorizada também a de terceiro escore, que se refere a família/problemas sociais, confirmando que os problemas relacionamentos com a família e sociedade para a pessoa que usa SPA são expressivos.

Em um estudo que avaliou o nível de gravidade utilizando o ASI em seis capitais do Brasil com 740 participantes, a região Sul foi a localização com maior escore na área família/criança, com média de 52,0 ( $\pm 7,7$ ), e família/problemas sociais, com 56,7 ( $\pm 9,5$ ). (FALLER et al., 2014).

Ressalta-se que a criança sofre os efeitos do uso de SPA pelos seus genitores desde o desenvolvimento intrauterino, influenciando seu comportamento e aspectos psicológicos. Os principais problemas identificados são vulnerabilidade da criança em ambientes de violência físicas e sexuais, comorbidades físicas e psiquiátricas e perda de guarda dos pais. Um estudo mostrou que crianças que estavam em orfanatos tinham menos problemas comportamentais do que crianças que viviam com familiares com transtornos relacionados a substâncias. (HJERKINN et al., 2013; CAMPELO et al., 2018).

A segunda área de maior gravidade encontrada neste estudo foi a do álcool, com média de 52,8 ( $\pm 10,9$ ). No estudo citado anteriormente, a área de maior gravidade entre as seis capitais do Brasil foi o álcool, com 55,8 ( $\pm 10,3$ ),

especificamente São Paulo, que apresentou a maior média, 57,3. (FALLER et al., 2014).

Os resultados do escore da área de álcool encontrados neste estudo podem estar relacionados com os aspectos culturais durante a história da sociedade, que o considera uma SPA lícita, e seu uso natural no meio social. O álcool é considerado a causa de mais de 200 doenças e lesões, estando ainda o uso dessas SPA associado a outros transtornos mentais e IST, além dos prejuízos sociais e econômicos. (WHO, 2018)

Ainda existem problemas com comportamentos de risco, e um aspecto relacionado são as alterações da intoxicação aguda do álcool, que altera o comportamento da pessoa, que não consegue discernir riscos iminentes em sua vida. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; ANTUNES; COSTA, 2019).

O álcool é considerado uma SPA lícita, e a sociedade a compreende como permitida em diversos ambientes, e esse fator pode favorecer o início precoce do uso, a dificuldade de manter a abstinência e também a descontinuidade do tratamento, em vista disso, desconsiderando as consequências causadas pelo álcool. (WHO, 2018; ANTUNES; COSTA, 2019).

O álcool é uma substância que atua diretamente no córtex frontal, com diversas consequências neurológicas, como a organização mental dos pensamentos, alteração motora e alterações emocionais. A exposição crônica ao álcool tem gerado consequências na vida das pessoas, como dificuldade de manter um vínculo empregatício, conseqüentemente prejuízos nas relações interpessoais e financeiros. (ANTUNES; COSTA, 2019).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram atingidos ao possibilitar a descrição das áreas de gravidade dos transtornos relacionados a substâncias na vida de pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. Essa gravidade foi observada nos aspectos familiares, sociais, demográficos e econômicos, físicos e psicológicos/psiquiátricos.

As áreas que apresentaram maiores escores de gravidade dos Transtornos Relacionados a Substâncias foram a área Família e Criança, Família e Problemas Sociais e Álcool, reforçando dois importantes aspectos: o primeiro é que as relações familiares e sociais são afetadas pelo uso de SPA e o segundo é o fato de o álcool ser uma droga considerada lícita, de fácil acesso, presente de modo geral na vida das pessoas desde a mais tenra idade, por vezes sendo provado com permissão dos adultos e também por observar seu uso pelas pessoas em seu meio, ele acaba sendo a SPA de maior prevalência entre todas as faixas etárias.

Os resultados deste estudo apresentam algumas limitações em relação à amostra por conveniência em decorrência das características da população de estudo, como recaídas, descontinuidades do tratamento. Outra limitação é o período avaliado, sendo retrospectivo, principalmente no período seis meses e 30 dias, o que limita a avaliação nos demais períodos da vida da pessoa e, por fim, o tipo de coleta, por meio do autorrelato da pessoa, o que pode trazer favorecimento a dados subestimados ou superestimados.

Os resultados geraram produção de conhecimentos científicos que poderão ser utilizados como subsídios pelos profissionais de saúde, em especial, pelo enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidado ao usuário e família com ações de prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial, compreendendo que essa população pode ser influenciada pela vulnerabilidade do ambiente e suas consequências. Esses resultados poderão também instigar a equipe de saúde a desenvolver o interesse de conhecer as necessidades biológicas, sociais e psicológicas das pessoas com transtornos relacionados a substâncias e, assim, oferecer um cuidado de acordo com suas especificidades e necessidades.

Neste sentido, a atuação dos profissionais de saúde não se limita à redução do uso de SPA, mas também às consequências desses transtornos nas áreas

sociodemográficas, econômicas, a problemas de saúde física e mental e a aspectos legais, sociais e familiares.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p22-29>>. Acesso em: 24 nov. 2019.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ALMEIDA, R. A. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 526-538, jul./set. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140049>>. Acesso em: 18 out 2019.

ALMEIDA, C. S. et al. Sociodemographic characteristics and pattern of use of crack and other drugs in a Caps Ad. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1716-1723, mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/-rticle/view/15269/18073>>. Acesso em: 18 out. 2019.

AMÓS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª. ed. São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 6, vers. 12, p. 1225.

ANDOLFATTO, I. et al. Caracterização de usuários de álcool e drogas atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS-i) de um município do meio oeste Catarinense. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./jun. 2016.

ANTUNES, A.; COSTA, E. C. V. Sono, agressividade e comportamentos de risco em indivíduos dependentes de drogas e de álcool. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 37, n. 1, p. 1-14, mar. 2019.

APA. *American Psychiatric Association*. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AZEVEDO, M. D. A. et al. **Atenção psicossocial a mulheres que fazem uso de substâncias**. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Málaga, out. 2017. Disponível em: <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/17/atencao-psicossocial-mulheres.html>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

BASTOS, M. L. A. et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Rev Bras Med Trab**. Ceará, v.16, n.1, p.53-59. 2018.

BRASIL. **Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de julho de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 16/01/ 2020.

BRASIL. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em 20 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília, v. 2, n. 5, p. 32, 2010. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS volume 5**. Saúde mental. 2015b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017.**

BRASIL, Ministério da Fazenda. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. **Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade**, Brasília, v. 1, 2017. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2020.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Informações de Estatísticas vitais – mortalidade e nascidos vivos: banco de dados**.2019. Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BORBA L. O. et al.. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no CAPS. **REME – Rev. Min. Enferm.** Minas Gerais, v. 21, e1010, mai. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1146>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

CACCIOLA J. S. et al.. Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). **Addiction**, Oxford, v.106, n.9, p.1588-602, 2011.

CAMPELO, L. L. C. et al. Efeitos do consumo de drogas parental no desenvolvimento e saúde mental da criança: revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 245-256, dez. 2018.

CANTÃO L.; BOTTI N.C.L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 69, n. 2, p. 389-396, abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672016000200389&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000200389&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CAPISTRANO, F. C. et al. Consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 17-26, jan./abr. 2018.

CAPISTRANO, F. C. et al. Dimensões que interferem na adesão à medicação nos transtornos relacionados às substâncias: Revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, e. 58170, fev. 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58170>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

CONCEIÇÃO, D. S. et al. Attendance of children and adolescents with psychoactive substance use disorders performed by Psychosocial Care Centers in Brazil, 2008-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e.2017206, mai. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02e2017206.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

CORÍNTIOS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 6, vers. 10, p. 1493.

COSTA, B. et al. Sentimentos e comportamentos codependentes em familiares de usuários de drogas ilícitas. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá, v. 39, p. 175-181, 2017.

DANIELI, R. V. et al. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **J. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 139-149. 2017.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FALLER, S. et al. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 193-202, dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892014000400193](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892014000400193)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

FELIX, J. I. J. et al. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estud. Pesqui. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 104-122, jul. 2016.

FERNANDES, M. A, et al. Mental and behavioral disorders in workers: a study on work leave. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 52, e03396, dez. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100473&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100473&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Revista Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 18, mar. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34292/21002>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FERREIRA, B. A. M et al. O uso e abuso da cocaína: efeitos neurofisiológicos. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Alagoas, v. 4, n. 2, p. 359-70, nov. 2017.

GARCIA, I. P. A dependência química no contexto familiar: Uma análise do relato de três mães. **Psicologia.pt**. Portal Psicólogos. 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1198.pdf>. Acesso em: 01 novembro 2018.

GÊNESIS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª ed. São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 9, vers. 23, p. 25.

HALPERN, S. C, et al. Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00037517 jul. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000605002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000605002&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

HJERKINN, B. et al. Behaviour among children of substance-abusing women attending a Special Child Welfare Clinic in Norway, as assessed by Child Behavior Checklist (CBCL). **Scand J Caring Sci**, v.27, p. 285-94. 2013.

HULLEY S. B, et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro. Disponível <<https://www.inca.gov.br/es/node/1702>> Acesso: 20 out.2019.

JACINTO, L. A. T. **Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação**. 2014. 107 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação de Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.

JEREMIAS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª ed. São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 8, vers. 14, p. 1043.

JEREMIAS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª ed. São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 23, vers. 15, p. 1061.

KESSLER, F.; PECHANSKY, P. **Manual de aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência ASI-6**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

KESSLER, F. et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI6) in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 24-33, mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD). **II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)**. Supervisão de: LARANJEIRA, R. et al., São Paulo: UNIFESP, 2014.

LEITE, L. S. et al. Perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas de Porto Alegre: um estudo preliminar. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 121-131, jan./jun. 2016.

LEOPOLDO, K. et al., Uso exclusivo de álcool e em associação a outras drogas entre motoristas de caminhão que trafegam por rodovias do Estado de São Paulo, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p.1916-1928, set, 2015.

LUCHESE, R. et al. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: Estudo transversal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2017.

LEÃO, A. L. M. et al. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, Jan/Mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010020>>. Acesso em: 11 nov.2018.

MAERCKER A.; BREWIN C.R.; BRYANT R.A, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. **World Psychiatry.**, Naples, v. 12, p. 198–206, Jan. 2013.

MADALENA, T. S, SARTES, L. M. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n.1, p. 21-36, nov. 2018.

MATEUS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª. ed. São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 27, vers. 34, p. 1317.

MCLELLAN, A. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. **J Nerv Ment Disease**, Hagerstown, v.168, n.1, p. 26-33. 1985.

MCLELLAN, A.T, et al. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. **Am J Addict.**, San Diego, v.15, n. 2, p. 113-24, 2006.

MEDEIROS, R. C. **Adulto jovem, prazer e drogadicção: nos caminhos de uma paixão, a construção de um olhar**. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 76-87, mar. 2016

NASCIMENTO, I. R. **Identificação Química em nível molecular de amostras de maconha por ESI-FT-ICR MS**. 2014. 147 f. Dissertação (Mestrado em Química) – Programa de Pós-Graduação em Química, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2014.

NIMTZ, M. A, et al. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 68-74, jun. 2016.

OLIVEIRA, V. C, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do Sul do Brasil. **Rev Baiana Enferm**. Salvador, v.31, n.1, p.16350, 2017. Disponível: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16350>. Acesso 10 out. 2019.

OLIVEIRA, M.V.P. et al. **Reinserção profissional da mulher em tratamento no CAPS AD III em Palmas -TO**. Revista Humanidades e Inovação, Tocantins, v.6, n.12, 250-261, 2019.

OSÉIAS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª. ed São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 4, vers. 11, p. 1205.

PAGLIACE, A. G. S et al. Avaliação do cuidado às crianças e aos adolescentes usuários de substâncias psicoativas: potencialidades e fragilidades. **Texto contexto**

- **enferm.**, Florianópolis v. 28, e20180132, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072019000100350&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072019000100350&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jan. 2020.

PARANÁ. Tratamento para dependência começa em postos de saúde. **Agência de Notícias do Paraná**. Curitiba, 2019. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=102510&tit=Tratamento-para-dependencia-quimica-comeca-em-postos-de-saude->>>. Acesso em: 12 out. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PROVÉRBIOS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª. ed São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 20, vers. 1, p. 1205.

PROVÉRBIOS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª. ed São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 23, vers. 29, p. 1205.

ROCHA, S. M. O. et al . Eventos estressores e recaídas de usuários de substâncias psicoativas: revisão sistemática. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 108-117, dez. 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130015>>. Acessos em 01 ago. 2019.

RODRIGUES, A. P, et al. **Como o crack e outras drogas podem influenciar no desenvolvimento de crianças que foram expostas durante o período gestacional**. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del Rei, v. 13, n. 1, p.1-13, jan./abr. 2018.

ROSSI, G. L. S., et al. Associação entre trauma precoce e transtornos de ansiedade em uma amostra de usuários de crack. In: **Trabalho apresentado na 36ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Campus do Vale - UFRGS , Porto Alegre, 2016.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª ed. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida et al. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALMOS. In: **BÍBLIA Sagrada**. 1ª. ed São Paulo: Loyola, 2001. Cap. 69, vers. 21, p. 1205.

SANTOS, J. A. T. **Gravidade da dependência de cocaína (fumada e inalada) em indivíduos em tratamento ambulatorial**. 2017. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

SARMENTO, L. R. et al. Prevalência das causas de DRCT em uma capital brasileira. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 40, n.2, p.130-135, mai. 2018.

SILVA, C. C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 737-745, mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15922013>>.

SILVA, F. C. et al. Comorbidades associadas ao uso de drogas em usuários que se submeteram ao tratamento em comunidade terapêutica de Cacoal-RO. **Revista Biosalus**, Maringá, v. 3, n.1, p 1-13, mar. 2018.

SILVEIRA, K. L.; OLIVEIRA, M. M.; ALVES, P. F. Fatores associados à fissura em usuários de crack: revisão sistemática. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 109-114, abr./jun. 2017.

SOUZA, L. G. S. et al. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1335-1360, dez. 2015.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 450-463, abr. 2019.

UNODC. United Nations Office of Drugs and Crime. **World Drug Report 2018. Vienna**: United Nations publication on Drugs and Crime, 2018. Disponível em: <[http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_2\\_GLOBAL.pdf](http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2018.

UNODC. United Nations Office of Drugs and Crime. **World Drug Report 2019. Vienna**: United Nations Office on Drugs and Crime, 2019. Disponível em: <<https://www.unodc.org/wdr2019/>> Acesso em: 23 nov. 2019.

XAVIER, D. M. et al. Puérperas dependentes de crack: dificuldades y facilidades afrontadas en el cuidado al recién nacido. **Aquichan**, Bogotá, v. 18, n. 1, p. 32-42, feb. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018

ZANINI, R. S.; SOTILI, M. Uso de drogas, repercussões e intervenções neuropsicológicas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.11, n. 28, p. 94-116, abr. 2019

## APÊNDICE 1 – QUADROS DE VARIÁVEIS

<b>VARIÁVEIS DO ASI-6 SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>1. Sexo</b>	O sexo que o participante considera, masculino ou feminino;
<b>2. Idade</b>	Data de nascimento e idade.
<b>3. Escolaridade</b>	Ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e nenhum.
<b>4. Raça</b>	Descrição da cor em que a pessoa se considera: negra/parda, branca, amarela/oriental, pardo-mestiça, indígena e outros;
<b>5. Estado conjugal</b>	Atual situação conjugal da pessoa: casada, vivendo como casada, viúva, divorciada, separada ou nunca se casou.
<b>6. Filhos</b>	Se a pessoa tem filhos: sim ou não.
<b>7. Reside com filhos menores de 18 anos</b>	Filhos menores de 18 anos que moravam com os pais.
<b>8. Situação de rua</b>	Pessoas que alguma vez na vida já estiveram em situação de rua.
<b>VARIÁVEIS DO ASI-6 SOCIOECONÔMICAS</b>	
<b>1. Certificação Profissional</b>	Sim ou não.
<b>2. Situação Empregatícia</b>	Turno de trabalho, desempregado, fora do mercado.
<b>3. Renda</b>	Maior que um salário mínimo e menor que um salário mínimo.
<b>4. Renda suficiente</b>	Situação financeira para o sustento, se o participante considera suficiente sua renda para necessidades de moradia, alimentação, vestuário, entre outros, podendo ser sim ou não.
<b>5. Tem dependentes financeiros</b>	Se o participante tem dependentes financeiros.
<b>6. Assistência pública</b>	Depende de assistência pública, como bolsa família, bolsa escola ou bolsa moradia.
<b>7. Benefício ou Aposentadoria</b>	Tem algum benefício, como pensão, INSS, seguro desemprego.
<b>8. Auxílio financeiro de familiares e amigos</b>	Se o participante dependeu de auxílio financeiro de familiares e amigos nos últimos 30 dias.
<b>VARIÁVEIS DO ASI-6 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA</b>	
<b>1. Hipertensão arterial</b>	Sim ou não.
<b>2. Diabetes</b>	Sim ou não.
<b>3. Doença cardíaca</b>	Sim ou não.
<b>4. Acidente vascular cerebral</b>	Sim ou não.
<b>5. Alterações neurológicas</b>	Sim ou não.
<b>6. Câncer</b>	Sim ou não.
<b>7. HIV/AIDS</b>	Sim ou não.
<b>8. Tuberculose</b>	Sim ou não.
<b>9. Hepatite</b>	Sim ou não.
<b>10. Cirrose ou outra doença hepática crônica</b>	Sim ou não.
<b>11. Problema respiratório crônico</b>	Sim ou não.
<b>12. Outra doença crônica</b>	Sim ou não.

Continua

VARIÁVEIS DO ASI-6 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	
13. Intensidade do desconforto e dor física	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente nos últimos 30 dias.
14. Intensidade da preocupação ou incomodação com saúde e problemas clínicos	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente nos últimos 30 dias.
15. Convênio/seguro de saúde	Sim ou não.
16. Condição de saúde física atual	Boa, ruim.
17. Dias de problemas físicos	Média de dias de problemas.
18. Consulta ambulatorial 6 meses	Sim ou não.
19. Consulta ambulatorial 30 dias	Sim ou não.
20. Incapacidade física	Incapacidade física que o participante possa ter, como visão, audição ou movimentos;
21. Importância do tratamento para problemas físicos	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
22. Comorbidades mentais	Transtornos mentais que o participante refere ter: transtornos depressivos, transtorno afetivo bipolar, transtornos ansiosos, transtorno de personalidade <i>borderline</i> ou outros.
23. Problemas para dormir na vida	Se o participante já teve dificuldades para dormir, podendo ser sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
24. Humor deprimido nos últimos 30 dias	Se o participante já se sentiu nos últimos 30 dias deprimido na maior parte do dia por pelo menos duas semanas seguidas, podendo ser sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência;
25. Ansiedade nos últimos 30 dias	Se o participante já sentiu nos últimos 30 dias sintomas ansiosos na maior parte do dia por pelo menos duas semanas seguidas, podendo ser sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência;
26. Alucinações nos últimos 30 dias	Se o participante teve algum tipo de alucinação, nos últimos 30 dias, podendo ser sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência;
27. Dificuldade de concentração	Na vida e nos últimos 30 dias.
28. Agressividade	Na vida e nos últimos 30 dias.
29. Ideação suicida nos últimos 30 dias	Se o participante já pensou em se suicidar, podendo ser sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
30. Tentativas de suicídio nos últimos 30 dias	Tentativas de suicídios sob efeito ou não de substâncias na vida e nos últimos 30 dias.
31. Uso de medicação para problemas psicológicos	Se o participante recebeu alguma vez na vida prescrição médica de medicamentos ou tratamento de problemas psiquiátricos ou psicológicos, podendo ser sim ou não
32. Consultas para tratamentos psicológicos	Consultas nos últimos 30 dias ou nos últimos seis meses a que o participante se submeteu para o tratamento ou avaliação psiquiátrica/psicológica;
33. Número de Internações	Número de vezes em que o participante foi internado em decorrência dos problemas psiquiátricos ou psicológicos na vida exceto para álcool e outras drogas

Continua

34. Idade da primeira avaliação/tratamento psiquiátrico	Idade da primeira avaliação para comorbidades psicológicas.
35. Preocupação com problemas psicológicos nos 30 dias anteriores	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
36. Agressão/abuso físico de conhecido	Se sofreu agressão ou abuso físico: sim ou não.
37. Sofreu abuso sexual	Se sofreu abuso sexual: sim ou não.
38. Vítima de crime violento	Se foi vítima de crime violento: sim ou não.
39. Esteve em risco de vida	Sim ou não.
40. Presenciou agressão/homicídio	Sim ou não.
41. Intensidade da preocupação com sentimentos, pensamentos ou outras reações a eventos traumáticos	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente nos últimos 30 dias.
42. Importância de receber auxílio, aconselhamento ou tratamento.	Importância de tratamento e auxílio para sentimentos, pensamentos ou outras reações a eventos traumáticos de acordo com o ASI-6, nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
43. SPA considerada problema primário	A SPA considerada de maior preocupação.
44. Uso na vida de SPA injetáveis	Utilização na vida de substâncias injetáveis.
45. Sintomas de abstinência	Sintomas de abstinência nos últimos 30 dias, sim ou não.
46. Dificuldade de diminuir ou parar de usar SPA	Sim ou não.
47. Fissuras	Sim ou não.
48. Já esteve abstinente por $\geq 1$ ano	Esteve abstinente por $\geq 1$ ano: sim ou não.
49. Número de tratamentos para uso de SPA	Número de vezes na vida em que o participante foi internado em decorrência do transtorno relacionado a substâncias;
50. Anos que usou SPA $\geq 3$ dias por semana	Anos que usou SPA $\geq 3$ dias por semana.
51. Dias de uso de SPA nos últimos 30 dias	Média de dias de uso de SPA nos últimos 30 dias
52. Dias desde último uso de SPA	Quantidade de tempo em que o participante consumiu a substância ilícita;
53. Idade do primeiro uso Maconha	Idade em que iniciou o uso de substâncias.
54. Tempo de uso maconha	Tempo de uso para cada substância.
55. Idade de uso cocaína/crack	Idade em que iniciou o uso de substâncias.
56. Tempo de uso cocaína e crack	Tempo de uso para cada substância.
57. Idade de outras SPA	Idade em que iniciou o uso de opioides, heroína, outros estimulantes, alucinógenos, sedativos e inalantes.
58. Tempo de outras	Tempo de uso de opioides, heroína, outros estimulantes,

Continua

<b>SPA</b>	alucinógenos, sedativos e inalantes.
<b>59. Idade em que sentiu pela primeira vez o efeito de álcool</b>	Idade em que sentiu pela primeira vez o efeito do álcool.
<b>60. Sintomas de abstinência após parar de beber</b>	Sentiu sintomas de abstinência após parar de beber, sim ou não.
<b>61. Dificuldade de diminuir ou parar de beber na grande parte do dia</b>	Sentiu dificuldade de diminuir ou parar de beber na grande parte do dia, sim ou não.
<b>62. Problema clínico, psicológico ou legal pelo uso</b>	Apresentou problema clínico, psicológico ou legal pelo uso, sim ou não.
<b>63. Fissura</b>	Sim ou não.
<b>64. Idade do primeiro uso álcool</b>	Idade do primeiro uso de álcool.
<b>65. Tempo de uso do álcool</b>	Média de tempo de uso do álcool.
<b>66. Intensidade da preocupação ou da incomodação, associada a problemas com o álcool</b>	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
<b>67. Importância do tratamento para o uso de álcool</b>	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
<b>68. Importância de alcançar ou manter abstinência total de álcool</b>	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
<b>VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL</b>	
<b>1. Vínculo familiar</b>	Tem algum vínculo familiar: sim ou não.
<b>2. Relacionamento amoroso/ parceiro</b>	Tem algum parceiro: sim ou não.
<b>3. Número de amigos íntimos</b>	Média de quantidade de amigos.
<b>4. Passou tempo com parceiro nos últimos 30 dias<sup>a</sup></b>	Passou tempo com parceiro nos últimos 30 dias.
<b>5. Passou tempo com amigos íntimos nos últimos 30 dias<sup>b</sup></b>	Passou tempo com amigos nos últimos trinta dias: sim ou não.
<b>6. Teve contato com parentes adultos nos últimos 30 dias</b>	Sim ou não.
<b>7. Teve contato com amigos íntimos nos últimos 30 dias<sup>b</sup></b>	Sim ou não.
<b>8. Problemas de relacionamento com parentes</b>	Sim ou não.
<b>9. Problemas de relacionamento com amigos</b>	Sim ou não.
<b>10. Parceiro tem problema com SPA ou álcool</b>	Sim ou não.
<b>11. Parentes têm problema com SPA ou álcool</b>	Sim ou não.
<b>12. Amigos têm</b>	Sim ou não.

Continua

problema com SPA ou álcool	
13. Pode contar com parceiro	Se precisar de ajuda, pode contar com parceiro.
14. Pode contar com parentes	Se precisar de ajuda, pode contar com parentes.
15. Pode contar com amigos	Se precisar de ajuda, pode contar com amigos.
<b>VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL</b>	
16. Nível de satisfação com a forma como aproveita o tempo livre avaliado pelo asi-6	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
17. Nível de satisfação com relacionamentos com outros adultos, de acordo com o asi-6	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
18. Importância de receber auxílio, aconselhamento ou tratamento.	Para problemas de relacionamento com outros adultos de acordo com o ASI-6. Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
19. Intensidade de problemas na convivência com filhos menores de 18 anos, de acordo com o asi-6	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
20. Intensidade de problemas na convivência com filhos menores de 18 anos, de acordo com o asi-6	Nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.

<b>VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS LEGAIS</b>	
1. Preso antes dos 18 anos	Sim ou não.
2. Preso após os 18 anos	Sim ou não.
3. Roubou alguém	Sim ou não.
4. Agrediu alguém	Sim ou não.
5. Assassinou alguém	Sim ou não.
6. Dirigiu sob efeito do álcool	Sim ou não.

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - Estudo Quantitativo

Nós, Mariluci Alves Maftum - pesquisadora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano – alunas de pós-graduação da UFPR, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “Adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

a) Os objetivos desta pesquisa são: Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa; verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas; e associar variáveis do perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico com os desfechos: adesão à terapêutica medicamentosa e o risco de suicídio.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você, o que levará aproximadamente 40 minutos.

c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS AD para o atendimento de saúde conforme já é estabelecido em sua agenda de tratamento.

d) É possível que o experimente algum desconforto, principalmente relacionado a recordar as situações que você viveu;

e) A sua participação na pesquisa implica no risco de lembrar e/ou verbalizar situações vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e melhorar a adesão ao tratamento, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) Os pesquisadores Mariluci Alves Maftum, Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR. Av. Prof. Lothario Meissner, 632. 3º andar. Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756 e (41)99848-0806, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: [maftum@ufpr.br](mailto:maftum@ufpr.br) ou [alinezerwes@gmail.com](mailto:alinezerwes@gmail.com), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 2033006  
na data de 26/04/2017. QAb

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal - \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE - \_\_\_\_\_  
Orientador - \_\_\_\_\_

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

j) O material obtido – questionário e dados do prontuário - será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado – os materiais físicos serão destruídos por máquina de cortar o papel e os arquivos digitais serão excluídos permanentemente dentro de cinco anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Caso você apresente algum risco para suicídio será encaminhado para atendimento com técnico de referência no CAPS AD.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento no CAPS AD. Eu concordo em participar voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR. Parecer CEP/SD-PB.nº <u>2033006</u> na data de <u>26/04/2012</u> <u>QB</u>
---

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

## ANEXO 1 – INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6 (ASI-6)

ASI6

# 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](mailto:kessler.ez@terra.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:  
[fpechans@uol.com.br](mailto: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 → H8

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. Pais

\_\_\_ 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

## AS16

**Médico** – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

- [Marque todos que se aplicam]
- \_\_\_ 1. Nenhum (RUS)  
 \_\_\_ 2. Seguro privado, plano de saúde privado  
 ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde  
 \_\_\_ 3. Convênio público  
 \_\_\_ 4. Convênio militar  
 \_\_\_ 5. Outros (especifique: \_\_\_\_\_)  
 \_\_\_ 6. Não responde

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento?  1 – Sim, 0 – Não  
 2 – Não tem certeza

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

1 – Sim, 0 – Não

M3. Pressão Alta.....

M4. Diabetes .....

M5. Doença Cardíaca .....

M6. derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral)....

M7. Epilepsia ou convulsões.....

M8. Câncer.....

M9. HIV/AIDS.....

M10. Tuberculose.....

M11. Hepatite.....

M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado.....

M13. Doença renal crônica.....

M14. Problema respiratório crônico.....   
 ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite

M15. Outro problema ou doença crônica.....   
 ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipertensão,  
 – se "Sim," especifique: \_\_\_\_\_

M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos?   
 – se "Sim," especifique: \_\_\_\_\_

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições?

- 0 – Não  
 1 – Sim, e ainda está tomando todas as remédios como prescrito.  
 2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não está (ou toma apenas alguns).  
 3 – Sim, mas não discarava (público) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pedido para doença física ou incapacidade?   
 – inclui incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?

- 0 – Excelente 3 – Ruim  
 1 – Muito boa 4 – Muito ruim  
 2 – Boa

(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?   Dias  
 ex. dorça, tosse, dor, dores fortes, incapacidade  
 – incluir problemas dentários

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  
 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  
 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  
 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 inclui hospitalizações para tratamento de álcool/  
 drogas ou psiquiátrico, ou partes não complicadas.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?      
 000 → M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?      
 000 → M28  
 – não inclui remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?      
 000 → E5  
 ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.  
 – não inclui tratamento para álcool/drogas ou psíquico.

**Comentários:**

---



---



---



---



---



---

## ASI6

**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="checkbox"/>
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="checkbox"/>
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]

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| ___ 1. Dona-de-casa/do lar | ___ 5. Não procura por trabalho |
| ___ 2. Estudante           | ___ 6. Procura por trabalho     |
| ___ 3. Incapaz             | ___ 7. Institucionalizado       |
| ___ 4. Aposentado          | ___ 8. Outro                    |

**Comentários:**


---



---



---



---



---

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? Meses   
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] 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? Semanas,   
– inclua licenças, férias, Max = 26  
dias como autônomo, trabalho informal e bicos. 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? Dias   
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, 00 → E22  
trabalho informal e bicos.

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

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

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

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

## 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?  1 – Sim, 0 – Não  
– exclua dinheiro de atividades ilegais

**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     000 → D5  
B. 30 Dias

D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?  
ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), 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) drinques<sup>7</sup> 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

<sup>7</sup> Um drink: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?

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:


---



---



---



---

## 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="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**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><b>Problema Primário</b>            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><b>A. Categoria</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p><b>B. Na vida</b>            [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida    __4. Injetada            __2. Inalada    __5. Outra            __3. Fumada</p>	<p><b>C. Últimos 30 Dias</b>            [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida    __4. Injetada            __2. Inalada    __5. Outra            __3. Fumada    __6. Sem uso</p>
<p><b>Problema Secundário</b>            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><b>A. Categoria</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p><b>B. Na vida</b>            [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida    __4. Injetada            __2. Inalada    __5. Outra            __3. Fumada</p>	<p><b>C. Últimos 30 Dias</b>            [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida    __4. Injetada            __2. Inalada    __5. Outra            __3. Fumada    __6. Sem uso</p>
<p><b>Problema Terciário</b>            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><b>A. Categoria</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p><b>B. Na vida</b>            [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida    __4. Injetada            __2. Inalada    __5. Outra            __3. Fumada</p>	<p><b>C. Últimos 30 Dias</b>            [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

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

- D37.** Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?   – se nunca usou drogas ou medicação → D54
- D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?  
0 – Sem uso (→ D45)                      3 – 3-6 vezes por semana  
1 – 1-3 vezes por mês                      4 – Diariamente
- D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   0 → D45
- D40.** Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   00 – se hoje, 01 – se ontem 02 – se 2 dias antes, etc.
- D41.** Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$     – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)**Nos últimos 30 dias:**

- D42.** Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?  1 – Sim, 0 – Não
- D43.** Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?  1 – Sim, 0 – Não
- D44.** Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?  1 – Sim, 0 – Não
- D45.** Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?  1 – Sim, 0 – Não
- D46.** Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?   00 → D48
- D47.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?  
0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
1 – Levemente                              4 – Extremamente
- D48.** Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?  
0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
1 – Levemente                              4 – Extremamente

- D49.** Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?  
0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
1 – Levemente                              4 – Extremamente
- D50.** Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?  1 – Sim, 0 – Não  
– exclua medicações prescritas e apropriadamente tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas) 0 → D52
- D51.** Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?     Anos Meses  
[Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

- D52.** Alguma vez você se injetou drogas?  [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não 00 → D54
- D53.** Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?     Anos Meses Atrás  
– se nunca, codifique N e N  
– se no último mês, codifique 00 00
- D54.** Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?
- D55.** Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?     Anos Meses Atrás  
– se nunca, codifique N e N  
– se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

- D56.** Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?   N → D59  
ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo  
– se nunca experimentou, codifique N
- D57.** Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?
- D58.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

- D59.** Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?  1 – Sim, 0 – Não
- D60.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

**Comentários:**


---



---



---

ASI6

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

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas?  1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso?  1 – Sim, 0 – Não  
Se L1 e L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez?   >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]  
 \_\_\_ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas  
 ex. roubo, agressão, estupro  
 \_\_\_ 2. Ato ilícito ligado a drogas  
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas  
 \_\_\_ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade  
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio  
 \_\_\_ 4. Infrações praticadas somente por jovens  
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem  
 \_\_\_ 5. Outras infrações (Especifique: \_\_\_\_\_)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos?   Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)?   Meses

**(L7 – L14) Desde os 18 anos:**

- Pré-A. Você já foi preso ou detido por \_\_\_\_\_  
 [NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]
- A.** Quantas vezes no total?  
**B.** Quantas vezes nos últimos 6 meses?
- |   | A. Total                                  | B. 6 Meses                                |
|---|---|---|
| L7. Porte de drogas? .....<br>– ou equipamentos de droga (parafarmácia)   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas? .....<br>– vender inclui traficar/ distribuir  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Roubo? .....<br>– roubo à força, ou sob ameaça de força   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro? .....<br>– fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Crime violento? .....<br>– violência doméstica, estupro, assassinato.  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo? .....<br>– inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado? .....<br>– ou sob efeito de drogas  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal? .....<br>– violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
- L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]   Anos   Meses
- L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade?   Vezes
- L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão?   Anos   Meses

- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça?  1 – Sim, 0 – Não  
 ex. um juiz a requisitou
- Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não
- L19. Investigado em inquérito policial .....
- L20. Suspensão condicional do processo .....
- L21. Aguardando julgamento ou sentença .....
- L22. Sursis ou em Liberdade condicional .....
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica .....
- L24. Outros .....   
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?  
 0 – Nada 3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente 4 – Extremamente

**(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:**

- Pré-A. Você \_\_\_\_\_ ?  
 [NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]
- A.** número de dias, últimos 6 meses  
**B.** número de dias, últimos 30 dias
- |   | A. Últimos 6 Meses   | B. 30 Dias   |
|---|--|--|
| L26. Vendeu ou fabricou drogas? .....<br>– trafico ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira                         | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém? .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo? .....<br>Se L28 = 0 → L29              | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28d. Praticou arrombamento .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28e. Roubou veículo a motor .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28f. Falsificou .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28g. Fraudou .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28h. Cometeu vandalismo .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado) .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28j. Roubou / danificou propriedade .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém? .....<br>– com ou sem uma arma;<br>– inclua violência doméstica, estupro e assassinato Se L29 = 0 → L30<br>– exclua roubo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29c. Ameaçou sem agressão física .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29f. Agrediu sexualmente .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29g. Assassinou alguém .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29h. OUTRO .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

## 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/verdadeiros<sup>8</sup> 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. Parentes 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 c/ .....   | <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? .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias                    |                          |                          |                          |
| 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

**Comentários:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>8</sup> 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 freqüentemente 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?      
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Antes Meses Atrás
- 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?      
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- 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?      
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- 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?      
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Antes Meses Antes
- [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="text"/> | Filho 6  | <input type="text"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> | Filho 7  | <input type="text"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> | Filho 8  | <input type="text"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> | Filho 9  | <input type="text"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> | Filho 10 | <input type="text"/> |

- [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?    
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial Filhos
- 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

ASI6

**Psiquiátrico** – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)   Veze
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?  1 – Sim, 0 – Não   
 0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?   
 A. Últ. 6 meses      
 B. 30 Dias     
 000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos   
 0 – Nenhuma    
 1 – 1-5 sessões    
 2 – 6-25 sessões    
 3 – 26-50 sessões    
 4 – mais de 50 sessões    
 0 → NOTA
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve?   
 A. Últ. 6 meses      
 B. 30 Dias     
 000 → NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?   Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalides psicológica?    
 1 – Sim, 0 – Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 – Não  
 para A/B: 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

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

- (P8 – P17): A. Na sua vida  
 B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias  
 C. Há quantos dias você \_\_\_ pela última vez?

Você (já):

- P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono\*, ou acordar muito cedo?   
 \* dormir por toda a noite   
 A. Na vida    
 B. 30 Dias    
 C. Dias Atrás
- P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?   
 – nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P10

Você (já):

A. Na vida B. 30 Dias C. Qtos dias atrás

- P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P11
- P11. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram   
 0→P12  0→P12
- P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?   
 0→P13  0→P13
- P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?   
 0→P14  0→P14
- P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?   
 0→P15  0→P15
- P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?   
 0→P16  0→P16
- P16. Tentou o suicídio (se matar)?   
 0→P17  0→P17
- P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.
- Especifique: \_\_\_\_\_

[NOTA: Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias:

– exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

- P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?   Dias
- P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?   Dias
- P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?   
 0 – Nada    
 1 – Levemente    
 2 – Moderadamente    
 3 – Consideravelmente    
 4 – Extremamente
- P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?   
 0 – Nada    
 1 – Levemente    
 2 – Moderadamente    
 3 – Consideravelmente    
 4 – Extremamente

G15. Hora de Término:

Comentários:

---



---



---



---



---

**ASI6**

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

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

**1 – Ruim,**

**2 – Satisfatória,**

**3 – Boa**

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

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

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

**ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO  
ADDICTION SEVERITY INDEX 6 (ASI-6)**

A	Re: Autorização para utilização da escala de
D	<a href="mailto:Kessler.ez@terra.com.br">Kessler.ez@terra.com.br</a>
P	<a href="mailto:fernanda_capistrano@yahoo.com.br">fernanda_capistrano@yahoo.com.br</a>
D	Quinta-feira, 18 de Junho de 2015 11:04

Claro, parabéns pela iniciativa, é um projeto muito interessante. Conte com a minha ajuda. A escala já tem domínio público. Favor consultar minha tese de doutorado, que está disponível no Google, e também o nosso site [www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br) em escalas para download. Ok?

Enviada do meu iPhone

## ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Mariluci Alves Maffum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66929617.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.033.006

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; trata-se de pesquisa exploratória e epidemiológica observacional transversal em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que pretende avaliar a adesão ao tratamento relativo ao uso de substâncias utilizando-se de métodos quali e quantitativos.

Pesquisadores: Profa. Dra. Mariluci Alves Maffum; e colaboradores Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar a adesão ao tratamento ao transtorno relacionado ao uso de substâncias, na perspectiva da pessoa com o transtorno, do familiar e da equipe multiprofissional

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos dizem respeito ao participante em relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável e os benefícios relacionam-se a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra-se relevante e com uma metodologia bem delineada. Ressalta-se a preocupação com o conteúdo dos instrumentos e os procedimentos de minimização e atendimento caso seja necessário, principalmente no que diz respeito à ideação suicida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Familiares.docx	10/04/2017 20:57:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Quantitativa.docx	10/04/2017 20:56:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_no_projeto.pdf	10/04/2017 20:55:39	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	10/04/2017 20:54:50	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.033.006

Outros	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	10/04/2017 20:53:34	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico.pdf	10/04/2017 20:52:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_tornar_publico_os_resultados.pdf	10/04/2017 20:51:05	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 20:49:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/04/2017 20:49:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Oficio_do_Pesquisador_encaminhando_projeto CEP.pdf	10/04/2017 20:47:03	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/04/2017 20:33:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 26 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
**Bairro:** Alto da Glória  
**UF:** PR      **Município:** CURITIBA      **CEP:** 80.060-240  
**Telefone:** (41)3360-7259      **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 4 – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Mariluci Alves Maftum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66929617.0.3001.0101

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.071.351

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutoramento. O presente estudo sobre a temática da adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas será desenvolvido por meio da abordagem quantitativa e da abordagem qualitativa com o método exploratório. O desenvolvimento do estudo compreenderá o período de 2017 a 2020, e será realizado nos cinco Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Curitiba, que prestam atendimento a adultos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Serão participantes da pesquisa pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional. A coleta dos dados quantitativos envolverá instrumentos estruturados que serão aplicados a 600 pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - a amostra foi estabelecida por cálculos estatísticos. Os dados das pesquisas qualitativas serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e o número de participantes será estabelecido pela saturação dos dados, porém serão entrevistados no mínimo 20 participantes de cada grupo, totalizando 60 entrevistas minimamente. Os dados relacionados à fase quantitativa serão analisados pelo método descritivo e inferencial. Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas serão analisados a luz da Análise e

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a adesão ao tratamento na perspectiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, do familiar e da equipe multiprofissional.

Apresenta 12 objetivos específicos:

1. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre a sua adesão ao tratamento;
2. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre os fatores que interferem na sua adesão ao tratamento;
3. Conhecer a percepção da família sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
4. Conhecer a percepção da equipe multiprofissional de saúde sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
5. Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
6. Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa;
7. Descrever o nível de informação da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em relação a terapêutica medicamentosa;
8. Avaliar o estágio motivacional para a mudança de comportamento da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
9. Descrever a capacidade cognitiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
10. Verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
11. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico; nível de informação em relação ao tratamento e o estágio motivacional da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: adesão a terapêutica medicamentosa;
12. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico, o estágio motivacional e adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: risco de suicídio.

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa possui risco do participante em lembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável ou sofrida, entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos. Os instrumentos de coleta de dados são muitos e podem ser extremamente cansativos. Benefícios: Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento. Todos serão beneficiados com os resultados alcançados nesta pesquisa, principalmente as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional, conforme já exposto nos antecedentes científicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nas pesquisas quantitativas, expressas pelos objetivos específicos 5 ao 12, as 7 hipóteses a serem testadas são:

- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico e farmacoterapêutico influencia a adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- O baixo nível de informação acerca da terapêutica medicamentosa interfere negativamente na adesão ao tratamento;
- Os estágios motivacionais de pré-contemplação e contemplação dificultam a adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a dificuldade de adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar índices baixos de adesão a terapêutica medicamentosa favorece maior risco de suicídio;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a um maior risco de suicídio;
- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico, terapêutico, farmacoterapêutico e de adesão a terapêutica medicamentosa influencia no risco de suicídio da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esta pesquisa será realizada nas dependências dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) do município de Curitiba: Bairro Novo, Boa Vista, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Cajuru e Portão.

As pesquisas quantitativas são do tipo epidemiológica observacional transversal, com estimativa

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680  
**Bairro:** Cristo Rei **CEP:** 80.050-250  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-4961 **Fax:** (41)3360-4965 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

de 600 participantes, recrutados pela amostragem sistemática em 5 CAPs AD em Curitiba. O período da coleta dos dados quantitativos está previsto para julho de 2017 a agosto de 2018. Será realizado por meio de entrevistas estruturadas, agendadas previamente, de acordo com o horário de preferência do participante e em local disponibilizado pela coordenação do serviço. As pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas serão recrutadas no transcorrer da assembleia e no início dos grupos terapêuticos, O recrutamento dos familiares de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ocorrerá no transcorrer do grupo terapêutico familiar, dos profissionais de saúde ocorrerá na reunião da equipe multiprofissional, momento em que todos os profissionais de saúde se reúnem para discutir os casos clínicos, as atividades do serviço e as questões estruturais e administrativas. A descrição da pesquisa não elucida quanto serão os participantes de cada grupo.

Para a coleta dos dados quantitativa será utilizado sete instrumentos estruturados: formulário elaborado pelos pesquisadores, o Montreal Cognitive Assessment, o Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o instrumento de avaliação do nível de conhecimento sobre a prescrição de medicamentos, o University of Rhode Island Change Assessment Scale, o Addiction Severity Index versão 6 light e o Columbia-Suicide Severity Rating Scale. O formulário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores do projeto e é composto por 38 questões divididas em três blocos que buscam contemplar a caracterização demográfica e socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica do participante. Será validado anteriormente. Para as pesquisas qualitativas participarão no mínimo 60 pessoas e serão utilizados três instrumentos: um para a pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, um para familiares e um para a equipe multiprofissional. Cada um dos instrumentos será constituído por duas partes distintas: a primeira referente à identificação e a caracterização dos participantes, enquanto a segunda é composta por questões abertas voltadas ao objeto de estudo – adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Os apêndices não estão anexados na PB.

Destaca-se que para todos os instrumentos anteriormente citados, serão utilizados dados do prontuário do paciente para complementação dos dados, caso haja necessidade, ou para contrastar as informações. A análise dos dados qualitativos será realizada pela Análise e Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell (2007).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

**Recomendações:**

Há apontamento no projeto que após a aplicação do instrumento de risco de suicídio, caso o

<b>Endereço:</b> Rua Atílio Bório, 680	<b>CEP:</b> 80.050-250
<b>Bairro:</b> Cristo Rei	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-4961	<b>Fax:</b> (41)3360-4965
	<b>E-mail:</b> etica@sms.curitiba.pr.gov.br