

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Leiliane Martins Ângelo Santos

**GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS DO SUDOESTE
BAIANO**

Goiânia
2016

Leiliane Martins Ângelo Santos

**GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS DO SUDOESTE
BAIANO**

Defesa de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro.

Coorientadora: Prof^a Dr^a. Fabiana Pavan Viana

Goiânia

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Leiliane Martins Ângelo Santos

GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO SUDOESTE BAIANO

Defesa de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aprovada em 31 de Março de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Presidente da banca – PUC Goiás.

Profª Drª. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Membro efetivo, interno ao programa – PUC Goiás.

Profª Drª. Tânia Cristina Dias da Silva Hamu
Membro efetivo, Universidade Estadual de Goiás – UEG.

Profª Drª. Patrícia Leite Alvares Silva
Membro suplente, interno ao programa – PUC Goiás.

Profª Drª. Maria Alves Barbosa
Membro suplente, Universidade Federal de Goiás – UFG.

Dedico este estudo aos meus amados pais,
exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Muito especialmente, desejo agradecer à minha orientadora Professora Doutora Maysa Ferreira Martins Ribeiro, pelo profissionalismo impecável, por ter me mostrado e trilhado comigo o caminho da ciência tornando-se para mim um exemplo que certamente tentarei seguir. Agradeço a compreensão, paciência e o convívio afetuoso e, muitas vezes, divertido que se tornou um conforto diante das imensas dificuldades que encontrei por estar tão longe de casa.

Ao meu esposo Jorge Paulo da Silva Santos que sempre esteve ao meu lado, agradeço pelo amor, carinho, otimismo e principalmente pela compreensão de minhas ausências ao longo desse caminhar.

À minha família pelo carinho sempre presente, em particular, aos meus pais Manoel Ângelo e Eliete Martins, pelo amor a mim dispensado durante toda minha vida, por minha criação pautada em bons princípios, pelos valores transmitidos em minha criação, sempre preocupados com minha formação intelectual, por me proporcionarem a conquista de mais um título e pelo estímulo à educação sempre presente.

Aos meus irmãos Simone Martins, Fábio Martins e Cristiane Martins pela diversão da companhia e pela troca de experiências de trabalho, estudos e de vida.

Aos meus queridos sobrinhos Camila Martins e João Vítor Martins pela doçura que me confortou durante momentos de desespero.

Aos meus cunhados e cunhadas, sintam-se parte também desta conquista, pois sem a fortaleza de nossa família eu teria fraquejado diante de tantas idas e vindas.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos de entusiasmo e desespero vividos, em especial à minha amiga de longas datas Flávia Alves, pelo incentivo desde a seleção do programa até a última escrita deste trabalho, minha sincera gratidão pelo companheirismo, afeto, entusiasmo e saberes compartilhados.

À minha cidade natal (Brumado/BA), destino final de minhas viagens, na qual sempre cheguei com sorriso nos lábios e calor no coração.

À unidade do Centro de Atenção Psicossocial, que se tornou minha verdadeira paixão profissional.

Aos pacientes e familiares do Centro de Atenção Psicossocial que tornaram possível esta pesquisa, pelos quais desenvolvi uma rede de relações e afeto que pretendo manter ao longo da vida.

Aos gestores municipais e colegas de equipe, meus sinceros agradecimentos pelo incentivo, compreensão e por partilhar meus anseios e apoiar minhas buscas.

À Amanda Carvalho, pela amizade e inestimável apoio na secretaria do mestrado se colocando tão disponível durante todos os processos burocráticos deste projeto.

À professora Doutora Daniella Pires, que foi a responsável pelas análises relacionadas à dissertação, pela simpatia e disposição.

Aos amigos pessoais e colegas da área da saúde que me motivaram e torceram por mim durante estes dois anos, me ajudando a superar ansiedades e frustrações inerentes ao curso.

Aos professores do programa de Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás que direta e indiretamente contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal durante o curso.

À professora Doutora Adenícia Custódia pelas experiências e conselhos compartilhados entre uma aula e outra, pelo espírito motivador que me contagiou por muitas vezes.

À banca examinadora pela disponibilidade em avaliar este trabalho e pelas contribuições oferecidas durante todo o processo de escrita.

A todos que contribuíram com o lapidar deste trabalho, ainda que não tenham sido citados nominalmente, meus sinceros agradecimentos.

“Só e lentamente
Um jovem desliza num muro...
Podre e arrebitado
Tenta tragar o que pode de um resto de baseado
E a droga é tão louca, e a vida tão pouca
Que já não tem força nem
Pra alcançar A boca
Destruiu-se, e não sabe voltar...
E eu me destruo um pouco
Porque não volto lá senão em mente
E eu me destruo junto
Porque estou viciado em ser indiferente
E eu... Eu morro um pouco,
Quando vejo alguém morrer assim
E eu... Eu morro junto
Quando nada tiro de mim.”

Marina Seneda

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	09
LISTA DE QUADROS E TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Conceitos e história do consumo das drogas	19
3.2 Farmacologia da dependência química	20
3.3 Perfil e padrão de consumo de drogas	21
3.4 Evolução das políticas públicas no Brasil	23
4 MÉTODO	26
4.1 Aspectos éticos	26
4.2 Local do estudo	26
4.3 População e amostra	27
4.4 Instrumento de coleta de dados	28
4.5 Procedimentos de coleta de dados	30
4.6 Análise dos dados	31
4.7 Procedimentos de ponderação dos dados	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Artigo 1 - Perfil de usuários e características de consumo de substâncias ilícitas no Brasil: revisão integrativa da literatura.	34
5.2 Artigo 2 - Perfil sociodemográfico e gravidade da dependência química em usuários de substâncias lícitas e ilícitas.	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC GOIÁS	87

ANEXO B – ESCALA DE GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	89
ANEXO C – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO	106
ANEXO D – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA	107
ANEXO E – NORMAS DA REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM	113

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Resultado da combinação dos descritores de acordo com a base de dados | 38 |
| Figura 2 | Fluxograma da busca de artigos na BVS. | 38 |
| Figura 3 | Fluxograma da busca de artigos na PubMed. | 39 |
| Figura 4 | Descrição dos artigos de acordo com autores, objetivos, métodos e resultados. | 40 |

Artigo 2

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Fluxograma do processo de amostra e amostragem dos participantes. | 60 |
|----------|---|----|

LISTA DE TABELAS

Artigo 2

- | | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Distribuição absoluta e relativa dos dependentes de drogas, segundo perfil demográfico, sociofamiliar, educacional e econômico. Município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33). | 62 |
| Tabela 2 | Comparação da frequência de usuários de drogas lícitas e ilícitas, com ou sem uso de crack entre homens e mulheres atendidos no Centro de Atenção Psicossocial localizado em município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33). | 64 |
| Tabela 3 | Comparação de iniciação do uso de drogas lícitas e ilícitas, frequência de consumo nos últimos trinta dias entre homens e mulheres. Município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33). | 65 |
| Tabela 4 | Comparação entre médias de Escores da ASI 6 para cada domínio avaliado entre homens e mulheres atendidos no Centro de Atenção Psicossocial localizado em município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33). | 66 |
| Tabela 5 | Comparação entre médias de Escores da ASI 6 de acordo com o tipo de droga consumida por usuários atendidos no Centro de Aten. Município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33). | 67 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASI	<i>Addiction Severity Index</i> (Escala de Gravidade da Dependência)
ASI 6	Escala de Gravidade de Dependência Química
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CPAD	Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
EMCDDA	<i>European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction</i> (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência)
EUA	Estados Unidos da América
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PubMed	<i>United States National Library of Medicine</i> (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos)
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
Sisnad	Sistema Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TOPA	Todos Pela Educação

RESUMO

Dissertação construída na modalidade de artigo científico. O primeiro artigo é uma revisão integrativa, tem como título: “Perfil de usuários e características de consumo de substâncias ilícitas no Brasil: revisão integrativa da literatura”. Objetivo: analisar artigos que tiveram como foco principal a descrição do perfil de usuários de substâncias ilícitas e o padrão de consumo no Brasil. Método: revisão integrativa da literatura com artigos encontrados nos portais de bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e *United States National Library of Medicine*. Resultados: a amostra final de sete artigos evidenciou maior prevalência de consumo de drogas no sexo masculino. Mulheres aparecem em destaque no uso de drogas estimulantes. A maconha é a droga ilícita mais consumida, entretanto o crack produz maior comprometimento à saúde. O baixo grau de escolaridade, fragilidade familiar e envolvimento com criminalidade são marcadores em evidência que intensificam um ciclo de exclusão socioeconômica. Conclusão: o sexo masculino está mais susceptível ao uso de drogas, porém as mulheres aparecem em situação de maior consumo em relação a drogas de menor poder alucinógeno. A baixa produção científica sobre o tema reforça a necessidade de conhecer a população usuária de drogas ilícitas no país. O segundo artigo tem como título “Gravidade da dependência química em usuários de substâncias lícitas e ilícitas”. Objetivos: avaliar a gravidade da dependência e compará-la entre os sexos e entre o tipo de droga consumida, descrever o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde dos usuários, descrever o padrão de consumo de drogas e compará-lo entre os sexos. Método: estudo transversal analítico com 33 usuários de drogas, com dados coletados através da Escala de Gravidade de Dependência Química (ASI 6). As variáveis numéricas foram apresentadas com médias, medianas e desvio padrão; as categóricas com frequência absoluta e relativa. Para o cálculo da gravidade da dependência química foi usado o T Score. Os testes Mann-Whitney e Kruskal Wallis foram usados para testar a diferença das médias; para testar a diferença entre as proporções, o Qui-Quadrado ou Teste de Fisher. Resultados: apontam predominância de indivíduos do sexo masculino (81,82%), brancos (54,55%), não casados (90,90%), na faixa etária de 30 a 49 anos (63,64%). As comorbidades mais prevalentes foram doenças hepáticas e hipertensão arterial. O pior escore da gravidade, da dependência em ambos os sexos foi no domínio “Família/suporte social”, pontuando 70,88 para homens e 71,16 para mulheres ($p = 0,91$). Os usuários de crack obtiveram pior escore no domínio “Drogas” com 53,07 ($p = 0,001$). Conclusão: O abuso de drogas é um problema que atinge homens e mulheres sem diferenças no grau da gravidade de dependência. As políticas públicas e intervenções com os usuários não contemplam seus objetivos, fato evidenciado pelo crescente consumo de drogas ilícitas. O abuso de drogas causa prejuízos em diversas áreas da vida. É esperado que os serviços de atenção primária à saúde promovam ações de proteção e rastreamento para identificar e tratar os usuários de drogas desde a infância/juventude, nesse sentido a ASI 6 surge como importante ferramenta para essas ações.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Drogas Ilícitas; Perfil de Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

This dissertation follows the scientific article model. The first article is a literature review entitled as: "Users profile and characteristics of the use of illegal substances in Brazil: integrative review of the literature". Objective: to analyze articles that had as main focus the profile description of users of illegal substances and the consumption pattern in Brazil. Method: integrative review of the literature of papers found in databases of the Biblioteca Virtual de Saúde (Virtual Library of Health) and United States National Library of Medicine. Results: the final sample of seven papers revealed a higher prevalence of drug use among males. Women stand out by having a higher prevalence of use of stimulant drugs. Marijuana is the illicit drug that is the most commonly used; however crack causes greater harm on addicts' health. The low educational attainment, family fragility and involvement with crime are markers that intensify a cycle of socio-economical exclusion. Conclusion: Men are more susceptible to drug use, although women exhibit higher use of drugs that have lower hallucinogenic effects. The low scientific production about the subject reinforces the necessity of knowing the population of users of illegal drugs in the country. The second paper is entitled as "Socio-demographic profile and severity of chemical addiction in users of legal and illegal substances". Objectives: to describe the family/social status, economic status, demographic status and health status of drug users; to evaluate the severity of the addiction and to compare it among men and women and among the type of used drugs. Method: descriptive cross-sectional study carried out with 33 drug users, using data that were collected using the Addiction Severity Index (ASI 6). The numerical variables were presented with measure of central tendency and dispersion; the categorical ones, with absolute and relative frequency. Results: they indicate the predominance of males (81.82%), whites (54.55%), unmarried people (90.90%), with age ranging from 30 to 49 years (63.64%). The most present comorbidities were arterial hypertension, liver diseases, chronic kidney disease and seizures/epilepsies. The worst score of severity of addiction in both genders was in the domain "Family/social support", scoring 70.88 points for men and 71.16 points for women. The worst severity of symptoms was in the domain "Drugs" among crack users. Conclusion: the abuse of drugs is a problem that affects men and women with no differences in the severity degree of the addiction among them. The legislation and public policies related to the consumption control and intervention with users do not accomplish their objectives, as evidenced by the growing consumption of illegal drugs and the harm caused by the use/abuse of drugs in several areas of the addict's life. It is expected that the primary health care services promote actions of protection and tracking so as to identify and to treat the drug users since the childhood, therefore, the ASI 6 comes as an important tool for these actions.

Key words: Substance-Related Disorders; Street Drugs; Health Profile; Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool e outras drogas é um costume antigo e está condicionado a hábitos sociais (SANTOS; OLIVEIRA, 2013). Para Kessler (2011) a maior ênfase de consumo de uma ou outra substância está relacionada à época e o meio em que se vive.

Apesar de fazer parte da cultura humana há longas datas, é a partir do século XX que os problemas relacionados ao uso de drogas passam a ser enfrentados com maior empenho pelo Estado. Isso porque neste século, com o avanço da ciência e tecnologia, foi possível isolar e industrializar diversos princípios ativos facilitando o surgimento de novas drogas lícitas e ilícitas (ALVES, 2009; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Desde então, parece ter havido um descontrole social gradativo no padrão de uso e maior disseminação do consumo, alcançando destaque entre problemas globais de saúde. O fenômeno das drogas passou a integrar discussões internacionais, uma vez que o seu processo de produção, distribuição e consumo não se restringe a nenhuma barreira geográfica (VENTURA; CHAGAS, 2010).

As primeiras atividades voltadas para enfrentamento do abuso dessas substâncias no Brasil foram pautadas em condutas de criminalização e medicalização; influenciadas pelo modelo de enfrentamento proibicionista dos Estados Unidos da América (EUA) (ALVES, 2009; RAMOS; FERNANDES, 2010; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Estudos relatam que esta conduta proibicionista desencadeou práticas sociais excludentes e discriminatórias, com frequentes associações ao crescimento da pequena criminalidade, o que fortaleceu a política do encarceramento como a principal opção para “solucionar” os problemas relacionados às drogas (ALVES, 2009; BRASIL, 2004a; RAMOS; FERNANDES, 2010; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A busca por criminalização dos sujeitos envolvidos com substâncias psicoativas foi regulamentada no Brasil em 1976, com a promulgação da primeira lei sobre drogas. A legislação foi aprimorada ao longo dos anos e a lei nº 11.343, que entrou em vigor em 2006, passou a reger condutas penais atuais em relação às drogas no país (BRASIL, 1976; BRASIL, 2006a).

Apesar da criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, o consumo abusivo de drogas manteve-se, por diversos anos, afastado das preocupações deste

órgão, comprovando a exclusão de cuidados que atinge de forma histórica e contínua os dependentes químicos. Apenas em 2003, após longos processos de reforma psiquiátrica, o Brasil publicou a Política para Atenção Integral ao uso de Álcool e Outras Drogas adotando o uso dessas substâncias como grave problema de saúde pública no país (BRASIL, 2004a).

A perda de controle do consumo da droga é a principal característica da dependência química, doença relacionada aos efeitos da substância no organismo e que afeta mecanismos cerebrais responsáveis pelo humor, memória, emoções e altera o comportamento (BRASIL, 2010a; LARANJEIRA, 2010). Além de afetar a saúde, o consumo de drogas também gera prejuízos econômicos, sociais e problemas relacionados ao crime e violência (CLARO et al., 2015; LARANJEIRA, 2010).

Diversos estudos apontam que jovens do sexo masculino com baixa escolaridade e sem ocupação regular caracterizam o grupo mais prevalente em relação ao uso de drogas no país (ANDRADE et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; PEUKER et al., 2014; ROSSET et al., 2011; SARTES et al., 2015; VERAS et al., 2010) esse perfil é também observado em estudos com outras populações no mundo em diferentes épocas, o que revela a manutenção dessas características ao longo dos anos (AGUILAR; PILLON, 2005; UNITED NATIONS, 2015).

Apesar da prevalência de consumo em pessoas com baixa escolaridade, há relatos de que os universitários brasileiros estão expostos a um consumo de grande risco, com uso simultâneo de múltiplas drogas ou uso de diferentes drogas em um curto espaço de tempo (ANDRADE et al., 2013).

Esse tema vem ganhando visibilidade com destaque na televisão, jornais, revistas e internet, entretanto, prevalece ainda uma tendência social de priorizar características penais no enfrentamento do uso/abuso de drogas, especialmente as para as ilícitas. Dessa forma, o consumo e os consumidores de drogas são estigmatizados. Para Karam (2007) isso é fruto de uma publicidade enganosa que mascara a realidade da intervenção do sistema penal, que é falha, no sentido de não possibilitar grandes ganhos terapêuticos aos dependentes químicos e, por esse motivo a política criminatória não deve configurar a opção de base no enfrentamento às drogas, mas, por outro lado não poderá ser excluída.

A discussão na atualidade é a ampliação da oferta de condutas possíveis para o enfrentamento do abuso de substâncias e principalmente qualificação da

terapêutica, visto que o consumo abusivo de drogas atinge cerca de 10% das populações nos centros urbanos no mundo. O abuso de álcool e tabaco gera consequências mais graves para a saúde mundial com associação para acidentes de trânsito, e doenças crônicas relacionadas ao alcoolismo e tabagismo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, os homens apresentam maior experimentação, maior dependência de álcool em relação às mulheres e os jovens de 18 a 24 anos são os mais expostos ao abuso com maior dependência do álcool (BRASIL; 2009).

Dados do último relatório brasileiro sobre drogas evidenciaram que houve crescimento no consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack (BRASIL; 2009). A maconha é a droga ilícita mais experimentada que causa maior dependência e está entre as drogas ilícitas mais consumidas (ANDRADE et al., 2012; BRASIL, 2009; NOTO et al., 2010).

Os problemas relacionados às drogas repercutem na população mundial e requer a incorporação de novos conhecimentos que contemplem a magnitude e complexidade da dependência química. Neste sentido a abstinência não pode ser traçada como a única meta para todos os tratamentos, também não pode ser o foco das terapias.

A estratégia de redução de danos configura-se como melhor caminho para o enfrentamento das drogas. Centrada no sujeito, ela reconhece suas singularidades e objetiva traçar, em conjunto com o usuário de drogas e seus contatos próximos, estratégias que estarão voltadas para a defesa de sua vida. Isso possibilita aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que busca tratamento e implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com profissionais, que também passam a ser corresponsáveis no enfrentamento da dependência química (BRASIL, 2004a).

Este estudo justifica-se por sua possibilidade de fornecer dados relevantes sobre as características e peculiaridades dos usuários de drogas e da gravidade da dependência química. Além disso, será possível socializar esses conhecimentos com a comunidade acadêmica, sociedade em geral e instituição coparticipante no intuito de excitar atitudes que reforcem práticas eficazes e reorganização do cuidado.

Os dados individuais puderam ser apresentados a cada um dos participantes desta pesquisa, melhorando o autoconhecimento e reforçando a

inclinação para o tratamento, bem como a identificação de áreas que devam receber maior importância terapêutica.

Os dados obtidos para essa população poderão ainda subsidiar novos estudos comparativos com outras populações previamente ou posteriormente estudadas, com o mesmo instrumento na perspectiva nacional ou internacional.

Os problemas de pesquisa que motivaram este estudo foram: a) Qual a gravidade da dependência química de usuários de drogas lícitas e ilícitas em um serviço de tratamento especializado no sudoeste baiano? b) Qual o perfil socioeconômico, demográfico, de saúde e situação laboral destes usuários? c) Existem diferenças entre usuários de substâncias lícitas e ilícitas referente a consumo de drogas e a gravidade de dependência química?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Avaliar a gravidade da dependência química dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas admitidos em um serviço de saúde mental no sudoeste baiano.

2.2 Objetivos específicos

Realizar levantamento de publicações científicas sobre características dos usuários de substâncias ilícitas e padrão de consumo no Brasil.

Descrever o perfil sociofamiliar, econômico, demográfico, de saúde clínica e psiquiátrica, de consumo de substâncias e da situação laboral.

Comparar o perfil de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre homens e mulheres.

Comparar o perfil de consumo entre usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Comparar a gravidade da dependência química entre homens e mulheres que usavam drogas lícitas ou ilícitas.

Comparar a gravidade da dependência química entre usuários de drogas lícitas ou ilícitas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Conceitos e história do consumo das drogas

No âmbito das Substâncias Psicoativas (SPA) existem aquelas que são psicotrópicas, ou seja, que atuam no sistema nervoso central (SNC) e que possuem grande poder de gerar dependência (BRASIL, 2014). Elas alteram as comunicações entre os neurônios e podem produzir efeitos diversos como euforia, ansiedade, sonolência, alucinações, entre outros sintomas psicológicos e psiquiátricos, que variam de acordo com o neurotransmissor afetado (NOTO, et al., 2001).

A relação do homem com tais substâncias perpassa a história da humanidade; o consumo delas sempre fez parte do cotidiano em maior ou menor intensidade a depender da sociedade e cultura em que estavam inseridos (KESSLER, 2011; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

As mudanças observadas quanto ao padrão de consumo refletem profundas transformações socioculturais (LIMA; ALVES, 2013). A ênfase no consumo de um ou outro tipo de droga se deve a fatores específicos e intrínsecos do momento histórico-cultural (KESSLER, 2011).

A filosofia grega por exemplo, considerou o vinho uma grande realização e posteriormente o cristianismo associou à bebida um caráter divino cristão contrastando e competindo com outras ervas e bebidas já existentes e que por sua vez estavam associadas a divindade indígena (CARNEIRO, 2009).

Na idade média a igreja católica passou a condenar o uso das plantas que produziam efeito enebriante associando a elas um caráter diabólico e no século X o uso de drogas, mesmo que para fins terapêuticos, era considerado heresia (PRATTA; SANTOS, 2009).

A revolução do álcool destilado e dos psicoativos em geral foi um dos importantes fatores da história econômica, social e cultural, pois os produtos excitantes ou sedativos estavam disponíveis facilmente para o consumo como mercadorias para quase toda população (CARNEIRO, 2009).

Viciadas em açúcar, em aguardente, em tabaco, em café, em chá, em chocolate, em ópio, assim as populações mundiais expandiram o comércio exterior, alimentaram os tributos estatais, foram

estimuladas nas fábricas e nas grandes plantações (CARNEIRO; 2009 p.15).

No século passado com o avanço da ciência e tecnologia, foi possível isolar e industrializar diversos princípios ativos que facilitou o surgimento de novas drogas (lícitas e ilícitas) e os problemas associados ao uso dessas substâncias passou a ser enfrentado gradativamente por meio das políticas públicas (ALVES, 2009; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Desde a época pós-moderna, emergiam temas sobre adequação e moderação no consumo, com forte influência do puritanismo e de outros grupos religiosos com defesa da proibição do álcool, tabaco e outras drogas de uso recreativo (CARNEIRO, 2009).

Nesse contexto, o foco de ação da comunidade internacional para o enfrentamento dos problemas decorrentes do abuso de drogas era restrito à questões de segurança e justiça. Com o tempo , além destas questões, o fenômeno das drogas passou a ser discutido no contexto da saúde (VENTURA, 2011).

Em 2003, o Brasil instituiu uma política que contempla os níveis de atuação para o cuidado aos dependentes químicos, bem como prevenção do abuso (BRASI, 2004 a). Essa política, em vigor nos dias atuais , foi reforçada em 2010 com a publicação do plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas que reorientou as práticas de prevenção e tratamento do abuso de drogas, com inclusão de demandas para enfrentamento do crack (BRASIL, 2010 b).

3.2 Farmacologia da dependência química

As diferentes drogas atuam de formas distintas, produzem diferentes efeitos e sintomas. Após o início do efeito, elas estimulam o sistema de recompensa que produz sensação de bem estar e prazer. Após a experiência, este sistema envia estímulos para o complexo amigdalino que avalia a experiência e registra (memoriza) se ela deve ser reproduzida ou evitada (CASTRO, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

O consumo crônico de drogas desencadeia alteração na estrutura e função desse sistema, reduz a capacidade de obter prazer e termina por reforçar a necessidade da droga. O organismo é impelido a buscar essas experiências

repetidas vezes que leva ao consumo em escala destrutiva mesmo sofrendo consequências negativas (CASTRO, 2004).

A dependência de drogas é classificada como um transtorno psiquiátrico cuja característica principal é a perda de controle do consumo, é considerada uma doença crônica que, após sua manifestação, acompanha o indivíduo por toda a sua vida (LARANJEIRA, 2010; PRATTA; SANTOS, 2009).

Farmacologicamente existem dois critérios fundamentais para o diagnóstico de dependência química, são eles a tolerância e a abstinência. Este, diz respeito a dependência física de uma substância, ou seja, a carência do efeito no organismo e isoladamente não pode fechar diagnóstico; aquele refere-se à resistência do organismo ao efeito da substância. Juntas a tolerância e a abstinência reforçam o ciclo de uso e aumentam a proporção de droga consumida (BRASIL, 2014).

Os principais sinais e sintomas da dependência química são alteração do humor, cognição, afeto, memória, mudança no comportamento geral que tentem a refletir em práticas violentas e associação à criminalidade (CLARO et al., 2015; LARANJEIRA, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde (2011), a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social, não bastando identificar e tratar os sintomas, mas também, as consequências e a motivação para o consumo.

3.3 Perfil e padrão de consumo de drogas

O consumo abusivo de drogas atinge cerca de 10% das populações nos centros urbanos no mundo. O álcool e o tabaco destacam-se como as drogas mais consumidas, produzem maior número percentual de dependentes e o abuso dessas substâncias tem provocado impacto negativo na saúde das populações no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Para Alves (2009), o consumo de álcool é fator determinante de mais de 10% do total de problemas de saúde no país e aparece como importante causa de adoecimento, mortalidade precoce e incapacidade para o trabalho. Estima-se que 12% da população no Brasil tenham problemas relacionados ao consumo de álcool (KESSLER, 2011).

Estudos realizados com adultos em diferentes populações apontam o abuso de drogas como um problema maior entre jovens, do sexo masculino, de baixo grau de escolaridade e sem ocupação regular (ANDRADE et al., 2013; AGUILAR; PILLON, 2005; OLIVEIRA et al., 2013; PEUKER et al., 2014; ROSSET et al., 2011; SARTES et al., 2015; UNITED NATIONS, 2015; VERAS et al., 2010).

Segundo o último relatório brasileiro sobre drogas, os homens apresentam maior prevalência na experimentação de álcool e maior dependência para essa droga e a população jovem, de 18 a 24 anos, possui maior dependência do álcool (BRASIL, 2009).

Em pesquisa realizada com estudantes do ensino fundamental em Minas Gerais o álcool e o tabaco foram as substâncias mais utilizadas e as cinco substâncias ilícitas mais consumidas foram solventes, anfetamínicos, ansiolíticos, maconha e alucinógenos (TEIXEIRA et al., 2009).

No Brasil, houve crescimento no consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack. A maconha é a droga ilícita mais experimentada e de maior percentual de dependentes, estando também entre as drogas ilícitas mais consumidas (ANDRADE et al., 2012, ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 2009; NOTO et al., 2010). Apesar da maior frequência de consumo de maconha ser relatada em diversos estudos, o consumo de cocaína/crack gera maior preocupação na América Latina (UNITED NATIONS, 2015).

O abuso dessa substância é associado a desfechos preocupantes, com grande impacto negativo na vida do usuário estando associada à morte precoce e violenta (AGUILAR; PILLON, 2005; DIAS et al., 2011). Além disso, os usuários de cocaína/crack, em geral, são também usuários de outras drogas o que aumenta os problemas relacionados ao consumo de substâncias (ARAÚJO; ZENI, 2011)

Estudos têm sido realizados no Brasil com o intuito de avaliar as prevalências do uso de drogas e tem revelado um aumento significativo do uso de drogas psicoativas pelo menos uma vez na vida, uso frequente de drogas e uso perigoso dessas substâncias (CORRÊA; MARTINS, 2004; KESSLER, 2011).

O padrão de uso tende a se correlacionar com os diferentes estágios da vida do indivíduo. A frequência do consumo pode estar relacionada com o nível de desenvolvimento sócio cultural do indivíduo e da sociedade a qual ele se insere (CORRÊA; MARTINS, 2004).

Os universitários brasileiros estão expostos a maiores práticas de risco com uso simultâneo de múltiplas drogas ou uso de diferentes drogas em um curto espaço de tempo que pode estar associado ao desenvolvimento de um novo padrão de consumo característico dessa população (ANDRADE et al., 2012; ANDRADE et al., 2013; ROSSET et al., 2011).

A vulnerabilidade para uso de drogas aumenta com alguns fatores como o descontentamento por ideais não alcançados e desespero/ desesperança. Em geral o consumo inicia-se com drogas mais acessíveis e de menor potencial alucinógeno e gradativamente ocorrem experimentações de outras drogas mais potentes (CLARO et al., 2015; CORRÊA; MARTINS, 2004; SILVA et al., 2013).

Para Silva et al. (2013) dentre as motivações para o início do uso de drogas estão o desejo de inserir-se em um determinado grupo, busca por respeito e pressão social. Entretanto, também existem valores e simbolismos que podem colaborar para evitar experiências com uso de drogas como a religião, misticismo, boas relações sociais, condição econômica satisfatória (CORRÊA; MARTINS, 2004).

Devido aos sinais e sintomas comportamentais o consumo de drogas está relacionado a riscos e danos que geram grande impacto social como a exposição à violência, acidentes de trânsito, conflitos interpessoais e familiares, homicídios, envolvimento com o tráfico, práticas sexuais desprotegidas entre outros agravantes (LIMA; ALVES, 2013; CLARO et al., 2015; LARANJEIRA, 2010).

Silva et. al.(2013) afirmam que o abuso de drogas está relacionado a práticas antissociais, criminalidade, comportamento irresponsável, atos delinquentes e problemas judiciais e os usuários de cocaína/crack são os mais vulneráveis a estas condições.

3.4 Evolução das políticas públicas no Brasil

Predominantemente abordada sob a ótica da psiquiatria, as questões referentes ao uso/abuso de drogas foram impregnadas de estigmas e taxações reducionistas com associações à criminalidade e práticas sociais excludentes.

As primeiras intervenções do governo brasileiro para enfrentamento dos problemas decorrentes do uso e abuso de drogas foram pautadas em ações proibicionistas constituindo uma série de leis e decretos que insistiam em excluir o usuário do convívio sociofamiliar.

Segundo Machado e Miranda (2007), em 1998 foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad) com o objetivo de integrar atividades de repressão (combate ao tráfico e à produção de drogas) e prevenção (tratamento, recuperação e reinserção dos dependentes), entretanto, nenhuma das atividades de prevenção foi atribuída ao Ministério da Saúde.

Os setores da saúde e justiça permaneceram desarticulados até 2003 quando foi instituída a “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a Usuários de álcool e outras drogas”. Desde então toda a demanda de saúde relacionadas às drogas tem sido enfrentadas com base nessa política (MACHADO E MIRANDA, 2007).

A proposta é articular uma rede de atendimentos com ações preventivas, de promoção e proteção à saúde, oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Acrescenta ainda a necessidade de implantar um sistema de unidades assistenciais especializadas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais unidades de saúde (BRASIL, 2004 a).

Essa política recomenda que os programas devam articular ações entre saúde, educação, justiça e assistência social com atuação na prevenção em atenção individual, grupal, em oficinas e cuidados multidisciplinares tanto para o dependente químico, quanto para os familiares e demais afetados (BRASIL, 2004 a).

Os CAPS configuram a modalidade de atendimento especializado aos problemas psicológicos e psiquiátricos. Existem cinco modalidades diferentes que atendem essa demanda, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infantil, CAPS álcool e drogas, sendo este o serviço especializado para tratar problemas relacionados ao abuso de drogas, entretanto, não poderá ser implantado em cidades com população inferior a 70mil habitantes. Nestas cidades, a demanda fica sob os cuidados dos profissionais dos demais CAPS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004 b).

Apesar de estar bem documentada, a aplicação dessa política é dificultada. Dados das pesquisas nacionais apontam para a dificuldade de resolução do problema das drogas no país, exigindo maior compreensão dos fenômenos envolvidos na venda e consumo das mesmas.

Estudos afirmam que as políticas atuais não satisfazem as necessidades da população afetada pela drogas. As pessoas próximas aos usuários acreditam que as leis e políticas públicas não atingem os objetivos para os quais se destinam, não

asseguram a reabilitação, reinserção e nem a segurança pública (BRANDS et al., 2009a).

Dentre os indivíduos afetados por terem uma pessoa próxima usuária de drogas, 68% é mulher, 81% afirmam que o envolvimento comunitário junto às políticas de enfrentamento às drogas é insuficiente e 90% acham difícil chegar até os serviços de tratamento (BRANDS et al., 2009b).

Ainda permanecem os desafios no enfrentamento das drogas; a política proibicionista se mostrou ineficaz, entretanto o modelo de atenção atual não produz melhorias concretas para diminuição do abuso de drogas, com necessidades de reformulação para atender as demandas reais e atuais desse universo complexo que é o das drogas.

Estudos anteriores mostraram que o consumo de Substâncias Psicoativas (SPAs) é caracterizado pela heterogeneidade dos dependentes e que a falta de conhecimento acerca das características do indivíduo (gravidade da dependência, consumo, tipo de substância, dificuldades e perfil social) promove uma motivação para combate à substância em si e distancia o foco de atenção do sujeito. O dependente fica aceitado a um plano menos importante confirmado pela multiplicidade de propostas preventivas e curativas consideravelmente ineficazes (BRASIL, 2004 a).

Nesse sentido, este estudo torna-se relevante, pois propõe gerar conhecimento científico sobre um tema polêmico e atual, fomentando novos debates para aperfeiçoar o enfrentamento da dependência.

Será um estudo importante e inovador, pois utilizará a escala de gravidade de dependência química (ASI 6) um instrumento já utilizado com sucesso em outros países, recém-validado para população brasileira (KESSLER, 2011).

Não há outra escala, com a mesma natureza, em uso no Brasil. Sua utilização para pesquisas e prática clínica é estimulada pelos órgãos nacionais de estudos sobre drogas no país com disponibilização da escala e dos manuais de aplicação em diretórios *on line*, com o intuito de disseminar o uso desse instrumento.

A ASI 6 possui o diferencial de promover avaliação da gravidade de forma subjetiva, dessa forma são identificadas as necessidades reais do indivíduo entrevistado, localizando as áreas que sofrem maior impacto das drogas permitindo melhor organizar o tratamento não se afastando do foco predominante do cuidado para com ele.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo transversal analítica, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) que configura a única modalidade de atenção a saúde mental em município do interior da Bahia, na macrorregião Sudoeste.

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012) e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Código de aprovação nº 847.678 (ANEXO A)

4.2 Local do estudo

Os CAPS são instituições públicas destinadas a promover atenção aos pacientes com transtornos mentais diversos e atualmente existem cinco modalidades de CAPS espalhados por todo território nacional e o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) é o serviço especializado para usuários dessas substâncias e abrangem municípios com população superior a 70 mil habitantes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004 b).

Por se tratar de um município com população inferior a 65 mil habitantes (IBGE, 2010), o serviço do CAPS ad não está disponível e os indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas são direcionados para atendimento no CAPS I que é um serviço de atenção aos diversos transtornos mentais. Os casos mais graves são encaminhados para internação nos serviços de referência em outros municípios.

A unidade do CAPS I possui sede própria desde agosto de 2013 e conta com instalações amplas, quadra de futebol, salas arejadas para realização de terapias, consultórios, enfermarias, sala de jogos, oficinas, refeitório, cozinhas e amplo espaço externo.

Em relação ao espaço físico, dispõe de recursos suficientes para atender aos usuários do serviço. Possui rotina de 11 horas ininterruptas de funcionamento

de segunda a sexta-feira das 6:00 às 17:00 e conta com cinco profissionais de nível superior, dois de nível técnico, sete de nível médio e um estagiário em turno vespertino.

Além dos funcionários diretos, a unidade promove parceria há dois anos com a secretaria de educação do município e fornece aulas diárias desenvolvidas para alfabetizar os usuários que frequentam o serviço por meio do programa Todos Pela Educação (TOPA).

No primeiro semestre de 2014 foi realizada uma reunião com a equipe da unidade para avaliar a viabilidade da realização da pesquisa. Após autorização para o desenvolvimento do estudo, foi firmada parceria com os colaboradores que trabalham no CAPS I para o fornecimento de informações e organização dos contatos com os pacientes usuários de drogas (lícitas e ilícitas).

4.3 População, amostra e amostragem

População composta por 80 usuários de álcool e outras drogas registrados em arquivo disponível no CAPS I. Os participantes foram selecionados por conveniência atendendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo.

Critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos; com idade igual ou superior a 18 anos; em tratamento regular na unidade do CAPS I. Critérios de exclusão: indivíduos que, durante o período de coleta de dados, não apresentaram condições clínicas suficientes para participarem da entrevista ou que não compareceram à unidade nas datas marcadas (ou remarçadas) para entrevista individual.

As condições clínicas, para identificar se o participante estava apto para responder às questões da entrevista foram avaliadas por enfermeiro com dois anos de experiência em saúde mental e psicólogo do serviço no momento anterior à entrevista individual.

No primeiro semestre de 2015 a equipe da unidade foi informada sobre o início da coleta dos dados e foi iniciado o processo de busca dos pacientes para participação da pesquisa.

Após início da coleta de dados foi observado que o livro de registro dos pacientes estava desatualizado e 24 dos nomes que constavam como pacientes não

participavam dos atendimentos na unidade há mais de três anos, configurando abandono do tratamento.

Entre janeiro a junho de 2015 houveram seis óbitos na população, sendo um assassinado por envolvimento com o tráfico no município (dívida de drogas), um por Infarto Agudo do Miocárdio, após usar entorpecentes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, dois suicídios, um por overdose com medicação, e uma por envenenamento, dois por overdose de drogas. Destes óbitos, cinco eram do sexo masculino e uma do sexo feminino.

No mesmo período três pacientes foram detidos por crimes ligados ao uso de substâncias (atos violentos, assalto e tráfico) e um paciente se recusou a participar do estudo.

Seis pacientes foram excluídos por se tratarem de menores de 18 anos e outros cinco pacientes não foram encontrados, pois não possuíam ficha de cadastro completa em prontuário da unidade, o que impossibilitou o contato por telefones. Uma paciente se recusou a participar do estudo e a amostra final constou de 35 participantes.

4.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados é uma versão em português desenvolvida pelos pesquisadores Flavio Pechansky e Felix Kessler ambos especialistas em álcool e outras drogas, coordenadores do projeto de adaptação transcultural do instrumento *Addiction Severity Index* (ASI) no Brasil e que posteriormente à adaptação passou a ser chamado de Escala de Gravidade de Dependência Química (ASI 6) (ANEXO B) (KESSLER, 2011).

Foi solicitada, por e-mail, autorização para utilização do instrumento e posteriormente concedida (ANEXO C) pelos responsáveis supracitados que ofereceram apoio no desenvolver da pesquisa para sanar possíveis dúvidas.

A adaptação desta escala para a cultura brasileira teve participação/colaboração e financiamento da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) - órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações do governo federal na área da redução da demanda de drogas - em reconhecimento à importância da ASI 6.

A ASI 6 é um instrumento de pesquisa e de avaliação clínica dos dependentes de drogas que poderá repercutir nas áreas de prevenção, tratamento, ensino, pesquisa e reinserção social, com intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a qualidade de vida e o bem-estar da população em nível local, regional e nacional (BRASIL, 2006 b).

A escolha deste instrumento para esta pesquisa fundamentou-se na sua adequação à natureza do objeto e em evidências positivas sobre a validade e confiabilidade da aplicação da escala em homens e mulheres, em pessoas de diferentes raças, indivíduos que usam álcool e outras drogas de forma abusiva, pacientes em tratamento ambulatorial e/ou hospitalar (BRASIL, 2006 b).

Avalia a gravidade de problemas relacionados ao uso de drogas com questões agrupadas em sete sub áreas diferentes, a saber: saúde clínica (médica), *status* ocupacional (emprego), aspectos legais (legal), sociofamiliares (família/ suporte social e família/ problemas sociais), psiquiátrica (psiquiatria), uso de álcool (álcool) e uso de outras drogas (drogas).

A ASI 6 gera uma pontuação baseada em questões que estão distribuídas nestas sub áreas gerando um perfil geral da gravidade dos problemas enfrentados pelo entrevistado e um escore de gravidade em nove sub escalas.

Questões objetivas estimam o número, extensão e duração dos sintomas com maior foco nos últimos trinta dias que antecedem sua aplicação; oferecendo avaliação do estado atual do entrevistado. Também proporciona uma avaliação complexa em diferentes áreas da vida do entrevistado, com possibilidade de anotar dados relevantes das falas durante a entrevista.

O diagnóstico de dependência química é realizado através dos critérios da Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID - 10), na ASI 6 a gravidade é avaliada segundo o grau de preocupação do dependente químico em relação às suas dificuldades, extensão e gravidade dos sintomas, exposição à violência, envolvimento com problemas judiciais, problemas sociofamiliares, sustento, saúde física e psicológica.

Esta escala tem como limitações o tempo que demanda para sua aplicação, especialmente em pacientes com sintomas ansiosos, a impossibilidade de avaliar a sexualidade do entrevistado e a limitação de questões relacionadas ao tabagismo.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Foram selecionadas duas profissionais, além da pesquisadora, com formação superior e posteriormente procedeu-se o treinamento que consistiu em três etapas. Os entrevistadores foram selecionados e treinados pelos pesquisadores em fevereiro de 2015, na própria unidade do CAPS 1.

A primeira etapa ocorreu para familiarizar as entrevistadoras ao instrumento, foi fornecido cópias da ASI 6 a cada uma das entrevistadoras. Após leitura completa de todo o instrumento. Foi realizada leitura do manual de aplicação do instrumento. Este material ficou em posse das entrevistadoras e um novo encontro foi remarcado.

A segunda etapa consistiu em observar o preenchimento de cada área com discussão dos códigos a serem preenchidos, possíveis pulos de questões e compreensão do objetivo de cada dado da entrevista. A terceira etapa consistiu na discussão e observação de uma entrevista aplicada pela pesquisadora para testar a compreensão das entrevistadoras selecionadas.

Os 35 usuários que concordaram em participar da pesquisa, após receberem os esclarecimentos sobre a mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Os termos foram lidos individualmente, com possibilidade de o participante esclarecer suas dúvidas e posteriormente procedeu-se a realização da entrevista.

Todas as entrevistas foram aplicadas individualmente, em sala tranquila, privativa, na unidade do CAPS I e em horários compatíveis com a rotina e disponibilidade da instituição e do participante no período de fevereiro a julho de 2015 e as condições clínicas de cada paciente foi avaliada pela pesquisadora no momento que antecedeu cada entrevista, com objetivo de identificar se o participante estava apto para responder às questões e aqueles que estavam sob efeitos de drogas, sob sedação medicamentosa ou com sintomas agressivos foram remarcados.

Os participantes foram informados sobre a possibilidade de acessar seus resultados individuais e apenas 14 deles se mostraram interessados em conhecer essas informações. Em março de 2016 foram agendados encontros individuais para apresentar os resultados individuais a estes participantes.

4.6 Análise dos dados

O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) fornece gratuitamente um manual para tratamento dos dados obtidos na entrevista. Após encerramento da coleta foi adotado o recurso de digitação dos dados das entrevistas em planilhas no Excel[®] gerando um banco com todas as informações.

Inicialmente, realizou-se uma análise exploratória dos dados (descritiva). As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão) e, as variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais. As variáveis numéricas foram testadas quanto à normalidade por meio do teste Shapiro-Wilk.

Para testar a diferença entre as médias utilizou-se o teste Mann-Whitney e Kruskal Wallis. O Teste Qui-Quadrado ou Teste de Fisher foi usado para testar a diferença entre as proporções. O nível de significância para todos os testes foi $\leq 5\%$.

Para o cálculo da gravidade da dependência química foi utilizado o T Score que é o numero de desvios padrão pelo qual um valor qualquer dista da média e é medido através da fórmula $T = (X - \mu) / S$, onde X representa cada observação, μ é a média entre as observações e S é o desvio padrão.

O T score foi escolhido, pois é usado para comparar médias de conjuntos de dados diferentes homogeneamente distribuídos tornando-os passíveis de serem comparados; o que se aplica às variáveis deste estudo (ANDRIOTTI, 2005).

Foi calculado com base nas respostas em questões específicas pré-determinadas pelo manual do instrumento. Para o domínio “drogas” foi calculado o T Score com as questões D25 a D33, D39 a D48 (T_S1), para “família/filhos”, questões F46 a F50 (T_S2:), para o domínio “álcool” questões D13, D14n, D15 a D23 (T_S3), “psiquiatria”, questões H4B, F38, F39, P8B, P9B, P10B, P11B, P12B, P13B, P14B, P15B, P16B, P16D, P18 a P21 (T_S4:), “médico” questões H3B, M19 a M24 (T_S5), “legal” questões E29, L26B, L27, L29B, L28B, L30B, L31 (T_S6), “emprego” questões E10, E19, E20, E21(T_S7),” suporte familiar” questões F6, F7, F11, F14, F15 (T_S8) e “problemas sociofamiliares” questões F3, F4, F5, F9 (T_S9).

4.7 Procedimentos de ponderação dos dados

Após encerramento da coleta cada questionário preenchido foi submetido a diversos pontos de verificação da veracidade das respostas fornecidas pelo participante.

O procedimento de ponderação consistiu em cruzar informações obtidas em questões diferentes da escala para julgar se as respostas não se contradiziam e se todos os dados apresentados eram coerentes. Os participantes que forneceram respostas incoerentes com seus dados respondidos em outras sessões do instrumento tiveram sua entrevista excluída deste estudo.

Após o procedimento de ponderação, foram excluídos da análise dois questionários que continham dados inconsistentes em relação ao cruzamento dos dados relacionados ao uso de substâncias ilícitas, gastos com consumo de substâncias, origem da renda informada.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em dois artigos formatados de acordo com as normas da revista para a qual serão submetidos.

O artigo 1 está padronizado de acordo com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva (ANEXO D).

O artigo 2 está padronizado de acordo com as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem (ANEXO E).

5.1 Artigo 1

Perfil de usuários e características de consumo de substâncias ilícitas no Brasil: revisão integrativa da literatura

Objetivo: descrever o perfil de usuários de substâncias ilícitas e o padrão de consumo no Brasil. Método: revisão integrativa da literatura com artigos encontrados nos portais de bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e *United States National Library of Medicine*. Resultados: foram identificados sete artigos que evidenciaram maior prevalência de consumo de drogas no sexo masculino. Mulheres aparecem em destaque com maior prevalência de uso de drogas estimulantes. A maconha é a droga ilícita mais consumida, entretanto o crack produz maior comprometimento à saúde dos dependentes. O baixo grau de escolaridade, fragilidade familiar e envolvimento com criminalidade são marcadores em evidência que intensificam um ciclo de exclusão socioeconômica. Conclusão: o sexo masculino está mais susceptível ao uso de drogas, porém as mulheres aparecem em situação de maior consumo em relação a drogas de menor poder alucinógeno. A baixa produção científica sobre o tema, nos últimos anos, reforça a necessidade de conhecer a população usuária de drogas ilícitas no país. A maior atenção por parte das políticas de prevenção às drogas e o incentivo à educação pode revelar um fator protetor ao consumo de drogas.

Descritores em português: Drogas Ilícitas; Epidemiologia; Brasil; Cocaína Crack; Perfil de Saúde; Toxicologia

Descritores em espanhol: Drogas Ilícitas, Epidemiologia; Brasil; Cocaína Crack; Perfil de Salud; Toxicología

Descritores em inglês: Street Drugs; Epidemiology; Brazil; Crack Cocaine; Health Profile; Toxicology

Introdução

Segundo dados do relatório mundial sobre drogas houve um aumento de 20% no número de substâncias psicoativas (SPAs) que provocam alterações no sistema nervoso central e reflete em impactos negativos à saúde; um total de 541 substâncias diferentes, relatadas por 95 países¹.

É comum o uso do termo “drogas” como sinônimo para SPAs e o “uso nocivo” dessas substâncias é caracterizado pelo consumo continuado que causa prejuízos à vida do usuário. Estes prejuízos podem ocorrer no período de maior uso ou pelo uso prolongado da droga. Trata-se de um problema mundial com prevalência elevada no Brasil²⁻⁴.

O uso nocivo de determinada droga afeta mecanismos cerebrais responsáveis pelo humor, memória, emoções e altera o comportamento que gera uma doença chamada “dependência química”, caracterizada principalmente pela perda de controle do consumo^{2,5}.

Essa doença pode decorrer do uso de drogas lícitas, que são aquelas substâncias legalmente disponíveis para fabricação, comércio e consumo ou drogas ilícitas que enquadram todas as substâncias cuja produção, venda e comércio são ilegais². O desenvolvimento da doença sofre influência de fatores genéticos e ambientais, tem sido relacionada à alta prevalência de comorbidades psiquiátrica e história familiar de uso de drogas⁵⁻⁸.

No Brasil, houve crescimento no uso de pelo menos um tipo de droga ilícita e a maconha é a substância mais consumida⁹; entretanto o crack possui maior potencial de gerar danos à vida dos usuários contribuindo para iniciação à criminalidade, que gera demandas em diferentes campos da atenção à saúde^{3,10,11}.

Estudos tem relatado o álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack como as substâncias de maior consumo entre usuários dos serviços de atendimento aos dependentes

químicos no Brasil^{12,13}. Jovens do sexo masculino com baixa escolaridade e sem ocupação regular caracterizam o grupo mais prevalente em relação ao uso de drogas^{11,14}.

Entretanto, estudos relatam que os universitários brasileiros estão expostos a maiores práticas de risco com uso simultâneo de múltiplas drogas ou uso de diferentes drogas em um curto espaço de tempo^{3,14,15}. O relatório mundial sobre drogas (2015)¹ estima que uma a cada 20 pessoas de 15 a 65 anos tenha experimentado algum tipo de droga em 2013. Revela ainda que a cada 10 usuários de drogas, um recebe diagnóstico de dependência química e a cada seis doentes, apenas um recebe tratamento.

O tratamento dos dependentes químicos, no Brasil e no mundo, foi por muito tempo pautado pela criminalização dos usuários, com ações punitivas que contemplavam medidas de controle através da justiça, caracterizando a dependência como uma “falha moral” e não doença⁸.

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política para Atenção Integral ao uso de Álcool e Outras Drogas caracterizando o uso dessas substâncias como grave problema de saúde pública. Desde então o tema vem ganhando visibilidade na televisão, jornais, revistas e internet. Apesar dos avanços já alcançados na política de álcool e drogas, ainda se observa escassez de serviços especializados no atendimento aos dependentes químicos e seus familiares^{4,11,16}.

Conhecer as características dos usuários de drogas possibilita fundamentar estratégias para aplicar os recursos disponíveis com maior eficiência. Nesse contexto é importante conhecer o panorama atual das pesquisas que caracterizaram os usuários e o consumo de drogas no Brasil; reunindo dados de publicações recentes que podem contribuir para fomentar novas estratégias ao combate à dependência química.

Foi objetivo deste estudo, selecionar, avaliar e analisar artigos que tiveram como foco principal a descrição das características sociofamiliares, demográficas e padrão de consumo dos usuários de substâncias ilícitas no Brasil.

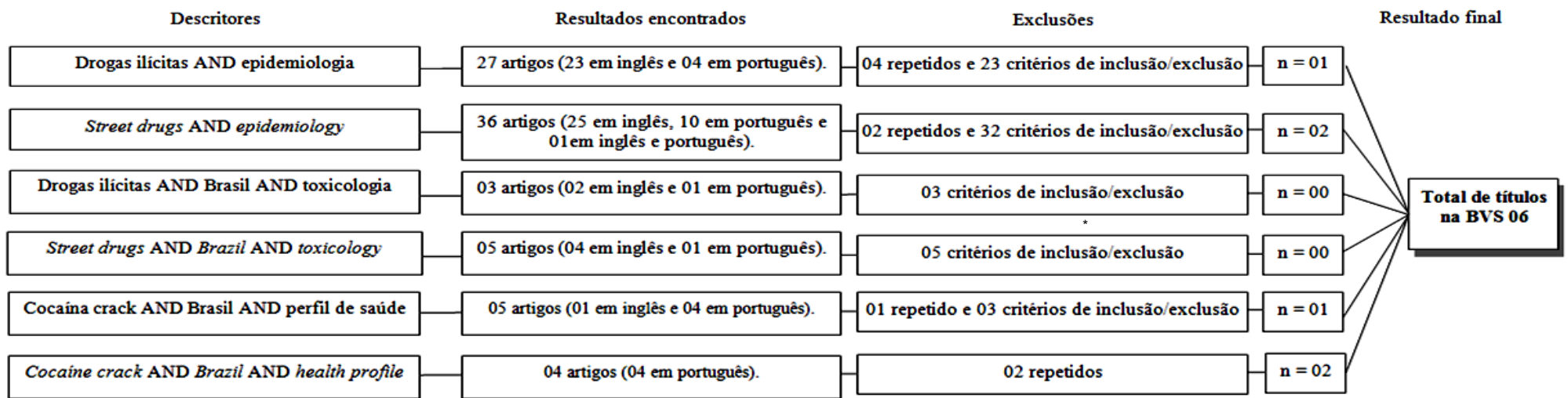
Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, realizado por meio de levantamento bibliográfico em dois portais de bases de dados, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *United States National Library of Medicine* (PubMed). A busca foi realizada no período de janeiro a agosto de 2015. Foram consultados os descritores controlados em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) na BVS e PubMed, respectivamente.

Os descritores identificados foram: Brasil/*Brazil*; cocaína crack/*crack cocaine*; drogas ilícitas/*street drugs*; epidemiologia/*epidemiology*; perfil de saúde/*health profile*; toxicologia/*toxicology*. O processo de busca dos artigos está descrito nas figuras 1 e 2.

Para seleção dos artigos foram aplicadas combinações dos descritores e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Critérios de inclusão: artigos científicos; publicados entre 2010 e 2015; idiomas inglês, português ou espanhol; pesquisas realizadas no Brasil, que investigaram o perfil sociodemográfico e econômico dos usuários de drogas ilícitas e/ou o padrão de consumo de drogas. Critérios de exclusão: estudos feitos com crianças e adolescentes; pesquisas com abordagem qualitativa; artigos de revisão de literatura; artigos repetidos na busca; estudos com amostras homogêneas. Inicialmente foram encontrados 98 artigos obtidos a partir das combinações dos descritores conforme apresentados na figura 3.

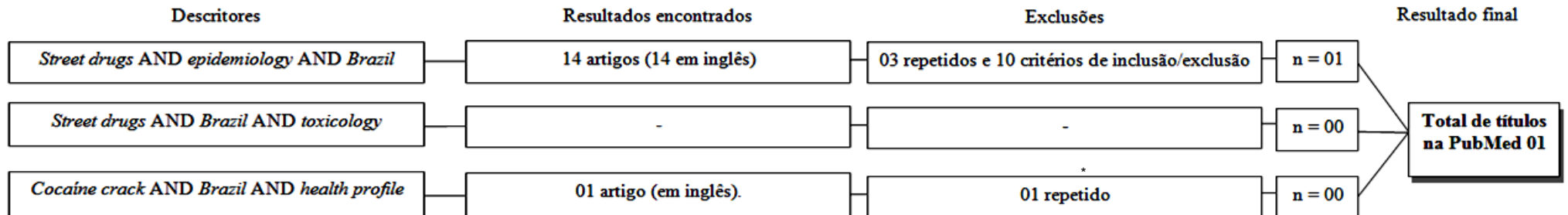
Combinação dos descritores na BVS e resultados



*BVS: Biblioteca Virtual de Saúde.

Figura 1. Fluxograma da busca de artigos na BVS.

Combinação dos descritores na PubMed e resultados



* PubMed: *United States National Library of Medicine*.

Figura 2. Fluxograma da busca de artigos na PubMed.

Base de dados	Descritores em português e inglês	Total de títulos com descritores em inglês	Total de títulos com descritores em português	Total final
BVS*	Drogas ilícitas AND epidemiologia <i>street drugs AND epidemiology</i>	36	27	63
	Drogas ilícitas AND Brasil AND toxicologia <i>Street drugs AND Brazil AND toxicology</i>	05	03	08
	Cocaína crack AND Brasil AND perfil de saúde <i>Cocaine crack AND Brazil AND health profile</i>	04	08	12
PubMed†	<i>Street drugs AND epidemiology AND Brazil</i>	14	-	14
	<i>Street drugs AND Brazil AND toxicology</i>	-	-	-
	<i>Cocaine crack AND Brazil AND health profile</i>	01	-	01
Total		60	38	98

*Biblioteca Virtual em Saúde

†United States National Library of Medicine

Figura 3. Resultado da combinação dos descritores de acordo com a base de dados

Considerou-se amostra homogênea todo estudo com populações que consomem droga de maneira específica e distinta dos demais seguimentos sociais. Quando o estudo é feito com populações cujo consumo de determinadas drogas já é conhecido, a prevalência de consumo da droga relatada nesse estudo será maior e a inclusão destes dados poderiam criar viés nos resultados desta pesquisa.

Os estudos excluídos com esse critério foram pesquisas feitas com motoristas de caminhão, com moradores de rua e com médicos anestesistas.

A seleção temporal a partir de 2010 se justifica pela instituição do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas que reorientou as ações destinadas à atenção aos usuários de drogas por meio da articulação entre as políticas de saúde e a segurança pública, o que representou um marco ao enfrentamento do uso/abuso de drogas ilícitas no país¹⁷.

Todos os títulos e resumos dos 98 artigos encontrados foram lidos duas vezes para identificar o tipo de estudo, população, características da amostra e objetivo de cada artigo.

Resultados

A amostra final foi composta por sete artigos, quatro em língua inglesa e três em língua portuguesa. A figura 4 apresenta a descrição dos estudos selecionados de acordo com os seus respectivos autores, ano de publicação, objetivos, métodos e resultados.

Quatro dos sete artigos foram realizados em instituições especializadas em tratamento de transtornos mentais, dois com estudantes universitários e um com dados de inquérito nacional.

As variáveis avaliadas pelos estudos incluíram dados sociodemográficos, perfil e padrão de consumo de drogas, envolvimento com o crime, relações com justiça, desfechos da vida dos dependentes químicos.

Autor	Objetivo (s)	Método (s)	Resumo dos resultados
Noto et al. ⁹	Analisar os dados de duas pesquisas nacionais sobre a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil.	<p>Tipo de estudo: análise de dados publicados em duas pesquisas feitas no Brasil em 2001 e 2005.</p> <p>População: moradores de 107 cidades brasileiras com população superior a 200.000 habitantes.</p> <p>Amostra: 8.589 pessoas em 2001 e 7.939 em 2005.</p> <p>Instrumento(s) utilizado(s): <i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i> adaptado para população brasileira e o Senso Nacional das Famílias Sobre Abuso de Drogas* para estimar dependência.</p> <p>Dados investigados: comparação dos dados sobre uso de drogas lícitas e ilícitas em 2001 e 2005.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento na prevalência do uso de drogas psicoativas. - Não foi detectado o uso de heroína em nenhum dos inquéritos. - O uso de qualquer tipo de droga (exceto álcool e tabaco) foi relatado por 19,4% dos entrevistados em 2001 e cresceu para 22,8% em 2005 (p<0,05). - O uso de maconha foi relatado por 6,9% em 2001 e cresceu para 8,8% em 2005 (p<0,05). - Houve redução de 5,8% no uso de estimulantes (p<0,05). - A maconha foi a droga ilícita mais utilizada nos dois inquéritos (2001 e 2005).
Rosset et al. ³	Conhecer o perfil sociodemográfico e padrão de consumo de crack dos usuários	<p>Tipo de estudo: Estudo exploratório descritivo</p> <p>População: usuários de crack em três serviços de saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 82,1% eram do sexo masculino. - 51,6% com idade entre 21 e 30 anos. - 56,8% com nível de escolaridade de até oito anos de estudo completos (ensino fundamental).

	acolhidos em Centros de Atenção Psicossocial de três municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre (RS).	<p>Amostra: n = 95</p> <p>Instrumento(s) usado(s): questionário sociodemográfico, <i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Self-Reporting Questionnaire</i> e checagem dos prontuários.</p> <p>Dados investigados: dados sociodemográficos, familiares, padrão de consumo de substâncias e distúrbios psiquiátricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 72,6% não possuem ocupação regular, porém 61% informaram possuir alguma renda. - 76,8% estavam solteiros, divorciados ou separados. - 23,1% casados e dentre estes 73,7% não coabitam com o companheiro. - 72,6%, dos que tinham filhos, relataram não conviver com eles. - 50,2% usam crack há mais de dois anos. - 50,5% usam crack diariamente e 69,5% usam 10 pedras ou mais a cada episódio de consumo. - 52,6% coabitam com usuários de outras drogas. - 16,8% coabitam com usuários de crack. - 78,9% usavam outras substâncias antes de iniciar o consumo de crack. - 82,1% usam outras substâncias além do crack. - Nicotina, seguida por álcool e maconha foram as drogas mais citadas como “pré-consumo” ou “consumo concomitante” ao crack. - 78,9% apresentaram distúrbios psiquiátricos. - 77,9% obtiveram resultado positivo para dependência química. - 83,1% obtiveram resultado positivo para diagnóstico abuso de substâncias. - 95,8% tiveram problemas com polícia/ justiça. - 51,6% vivenciaram alguma situação de violência nos últimos 12 meses.
Santos et al. ⁴	Identificar possíveis diferenças sociodemográficas e de padrão de consumo entre usuários de drogas com e sem história de uso de crack.	<p>Tipo de estudo: estudo transversal descritivo.</p> <p>População: todos os pacientes que buscaram atendimento no Programa de Estudos e Assistência ao uso indevido de drogas (Projad) vinculadas ao Hospital Universitário do Rio de Janeiro.</p> <p>Amostra: n = 278</p> <p>Instrumento(s) usado (s): formulários para coleta de dados nas fichas de acolhimento, livro de registro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A amostra foi dividida em dois grupos: pessoas com uso de crack e sem uso dessa substância. - 229 pacientes eram usuários de drogas sem uso de crack. - 42 eram usuários de drogas com uso de crack. - Em ambos os grupos a maioria eram homens. - 75% dos pacientes sem uso de crack tinham idade superior a 30 anos enquanto 69% dos pacientes em uso de crack tinham idade inferior a 30 anos (p<0,05).

		<p>do grupo de acolhimento e dados de prontuários.</p> <p>Dados investigados: dados sociodemográficos, uso de drogas e uso de crack “na vida” e nos últimos 30 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 40% dos pacientes sem uso de crack eram solteiros, 39% estavam casados ou vivendo como casados e 19% separado. No grupo dos usuários de crack essas prevalências foram de 71%, 17%, 12% respectivamente ($p < 0,05$). - 56% dos pacientes sem histórico de consumo de crack já buscaram apoio em grupos de mútua ajuda, enquanto 57% dos usuários com relato de uso de crack não buscaram ajuda nestes canais ($p < 0,05$).
Dias et al. ¹⁰	<p>Analisar a evolução de consumo e desfechos na vida de usuários de crack com histórico de tratamento</p>	<p>Tipo de estudo: estudo prospectivo, descritivo.</p> <p>População: dependentes de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo (SP) no período de maio/1992 a dezembro/1994.</p> <p>Amostra: 131 pacientes admitidos na enfermaria no período de maio/1992 a dezembro/1994.</p> <p>Instrumento(s) usado (s): questionários com a equipe de psiquiatras responsáveis pelas internações, revisão de prontuários e entrevista face a face com pacientes.</p> <p>Dados investigados: dados sociodemográficos, padrão de consumo de drogas, histórico de internações e condições de saúde clínica, comportamento sexual de risco, prisões e desaparecimentos ao longo dos 12 anos de seguimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 20,6% dos pacientes haviam falecido. - 59% dos óbitos ocorreram de forma violenta (homicídios). - 22% tiveram a AIDS como causa da morte. - 1,5% estavam desaparecidos. - 10% foram presos. - 32,8% estavam abstinentes. - 16,8% ainda eram usuários regulares de crack. - 68,4% (dos vivos) estudaram tempo inferior a oito anos (ensino fundamental). - A idade inicial de consumo para álcool, tabaco e maconha variou de 15 a 16 anos.
Andrade et al. ¹⁴	<p>Avaliar a frequência do uso de drogas entre estudantes universitários brasileiros e sua relação com o gênero e idade.</p>	<p>Tipo de estudo: descritivo</p> <p>População: Instituições de ensino superior nas 27 capitais brasileiras.</p> <p>Amostra: 12.721 estudantes universitários participaram após seleção aleatória de instituições de ensino superior nas capitais do Brasil.</p> <p>Instrumento(s) usado(s): questionário anônimo auto-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 80,6% eram solteiros. - 72,2% com renda familiar alta. - 48,7% usaram pelo menos uma droga ilícita em sua vida (“uso na vida”). - A maconha foi a droga ilícita com maior prevalência (26,1%), seguida por inalantes (20,4%) e anfetaminas (13,8%). - Homens experimentaram drogas ilícitas mais frequentemente que mulheres.

		<p>aplicável com 98 questões fechadas, baseado no <i>self-administered drug-use questionnaire for young people</i> da Organização Mundial da Saúde (OMS).</p> <p>Dados investigados: dados sociodemográficos e uso de drogas que foi avaliado sob três aspectos: “na vida”, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O consumo relatado por mulheres foi maior para anfetaminas (18,1%), tranquilizantes (14,7%) e analgésicos opiáceos (6,3%) em relação aos homens (8,1% - 14,7% - 4,4%, respectivamente). - A maioria dos que relataram ter usado maconha pelo menos uma vez na vida tinha idade entre 25 e 34 anos (29%). - A faixa etária mais prevalente para “uso na vida” de inalantes foi de 18 a 24 anos (21,6%) e para anfetaminas foi de 35 anos ou mais (23,6). - Heroína apresentou menor relato de uso na vida” (0,2%). - 36,9% relataram uso de alguma droga nos últimos 12 meses e a faixa etária de 18 a 24 anos apresentou maior consumo de maconha nesse período (16,9%). - As drogas ilícitas mais citadas em consumo nos últimos 12 meses foram maconha (13,8%), anfetaminas (10,5%) e tranquilizantes (8,4%). - 25,9% relataram uso de algum tipo de droga nos últimos 30 dias. - Pessoas com idade superior a 35 anos apresentaram maior prevalência de consumo de anfetaminas (18,6%) e tranquilizantes (16,7%) no período de 30 dias e heroína e merla apresentou menor relato de uso (0,1%). - A droga ilícita com maior relato de uso nos últimos 30 dias foi maconha (9,1%) seguida por anfetamina (8,7%) e a faixa etária com maior consumo de maconha nesse período foi de 18 a 24 anos (10,7%) e pessoas com idade superior a 35 anos relataram maior consumo de anfetamina nesse período (16,5%).
Andrade et al. ¹⁵	Estimar a frequência do uso de múltiplas substâncias e suas associações com gênero e faixa etária para estudantes	<p>Tipo de estudo: estudo descritivo</p> <p>População: Estudantes universitários nas 27 capitais brasileiras.</p> <p>Amostra: n = 12.721</p> <p>Instrumento(s) usado(s): questionário anônimo auto-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 67,5% tinham idade entre 18 e 24 anos. - 80,6% eram solteiros. - 55,5% eram brancos. - 72% de classe A e B (maior poder socioeconômico). <p>Em relação às prevalências de consumo nos últimos 12 meses:</p>

	<p>universitários no Brasil</p>	<p>aplicável com 98 questões fechadas, baseado no <i>self-administered drug-use questionnaire for young people</i> da Organização Mundial da Saúde (OMS).</p> <p>Dados investigados: dados sociodemográficos, estilo de vida, padrão de consumo de substâncias, uso concomitante de duas ou mais substâncias (lícitas e ilícitas) nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias.</p> <p>Policonsumo concorrente (CPU†): uso de duas ou mais substâncias em um determinado período de tempo.</p> <p>Policonsumo simultâneo (SPU‡): uso de duas ou mais substâncias simultaneamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 25,7% não usaram nenhum tipo de substância. - 30,8% relataram uso de algum tipo de drogas. - 25,7% relataram CPU†. - 37,2% relataram SPU‡. - A faixa etária com maior prevalência de CPU† foi de 18 a 34 anos (53%) e para SPU‡ foi de idade superior a 24 anos (62,4%). - 33,3% dos homens que relataram CPU† e 54,4% que relataram SPU‡ tinham de 18 a 24 anos. - 32,1% das mulheres que relataram CPU† tinham idade superior a 35 anos. - 38% das mulheres que relataram SPU‡ tinham entre 18 a 25 anos. - Maconha e anfetamina foram citadas entre as drogas com maior CPU† (46,7% e 28,1%, respectivamente). - Em relação às drogas com SPU‡, a maconha e inalantes foram as mais citadas (79,4% e 30,7%). - Em relação às prevalências nos últimos 30 dias: <ul style="list-style-type: none"> - 35,2% não relataram uso. - 21,3% informaram uso de alguma droga. - 17% relataram CPU†. - 35,4% relataram SPU‡. - A faixa etária com maior prevalência de CPU† foi de 18 a 24 anos (17,5%), - A faixa etária com maior prevalência de e SPU‡ foi de 18 a 24 anos (44,4%). - 19,8% dos homens que relataram CPU† tinham entre 18 e 24 anos e 50,5% dos que relaram SPU‡ tinham de 25 a 34 anos. - 24% das mulheres que relataram CPU† tinham idade superior a 35 anos e 48,9% das que relataram SPU‡ tinham entre 18 e 24 anos. - Maconha e anfetamina foram citadas entre as drogas com maior CPU† (43,4% e 33,8%, respectivamente). - Em relação às drogas com SPU‡, a maconha e alucinógenos foram as mais citadas (69,6% e 30,3%).
Oliveira et al. ¹¹	Analisar o perfil da clientela	<p>Tipo de estudo: retrospectivo, descritivo e transversal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 75% sexo masculino. - 44,3% com idade inferior a 29 anos.

	<p>atendida no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas de Sobral-Ceará, em 2010.</p>	<p>População: clientela do Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas do município de Sobral, Ceará. Amostra: n = 300 prontuários Instrumento(s) usado(s): Registro baseado no roteiro de acolhimento do próprio serviço. Dados investigados: sociodemográficos, padrão de consumo e prejuízos associados ao consumo da droga.</p>	<p>- 49,0% solteiros. - 45,7% não concluíram o ensino fundamental. - 2,7% possuíam ensino superior completo. - 37,7% não trabalhavam ou estavam desempregados. - 41% usavam crack e destes, 31,3% eram homens e 9,7% mulheres. - O álcool apareceu como segunda maior droga consumida (32,3%) com maior proporção de consumo entre homens. - 84,7% relataram fazer uso diário de drogas. - 31,3% relataram prejuízos familiares. - 27,3% relataram prejuízos na saúde. - 6,7% relataram problemas com justiça. - 5,7% relataram problemas com polícia. - 3,7% relataram problemas com brigas. - 2,7% relataram problemas com prostituição.</p>
--	---	---	--

*Uso na vida: uso de uma substância pelo menos uma vez na vida.

†CPU: Consumo de duas ou mais drogas em curto espaço de tempo.

‡SPU: Consumo de duas ou mais drogas ao mesmo tempo.

Figura 4. Descrição dos artigos de acordo com autores, objetivos, métodos e resultados.

Discussão

Os resultados deste estudo apontam para carência de pesquisas descritivas com usuários de drogas ilícitas no país, revelando tendência geral para produção de estudos focados em tabagismo e etilismo (drogas lícitas). Essa tendência reflete a natureza histórica do consumo de substâncias, onde o uso de drogas ilícitas é visto com preconceito e as pessoas tendem a omiti-lo, que resulta em um universo subestimado e pouco estudado⁹.

Os dados sociodemográficos obtidos nesta revisão corroboram com outros estudos da literatura nacional e internacional com maior prevalência de consumo em indivíduos do sexo masculino^{12,13,15}. Dados do relatório mundial sobre drogas (2015)¹ explicam que a maior frequência de homens em uso dessas substâncias se dá pela diferença nas oportunidades de usar álcool e outras drogas e de tratar o abuso devido às barreiras socioculturais. O medo de

sofrer punições legais faz com que as mulheres evitem exposição do vício para não perder a guarda dos filhos ou ainda não ter que abandoná-los para realizar o tratamento.

Além disso, estes dados podem estar associados a questões de gênero pré-definidas socialmente; onde homens possuem maior liberdade e tendem a experimentar rompimento de regras mais precocemente, enquanto as mulheres são involuntariamente preservadas pelos costumes sociais e pelas cobranças morais a elas impostas, o que reprime estas experiências na classe feminina¹.

O baixo grau de escolaridade aparece diretamente proporcional ao consumo de substâncias ilegais. Em cinco estudos a maior prevalência de consumo de drogas estava entre os indivíduos que não completaram o ensino fundamental^{3,4,9,10,11}.

Este dado também está presente em estudos com usuários de drogas em tratamento nos serviços de saúde no Brasil e no México, onde a média de escolaridade não superou 10 anos de estudos completos^{13,18}.

A baixa escolaridade representa um marcador social importante dos usuários de drogas ilícitas e são necessárias mais pesquisas para investigar se o aumento do grau de escolaridade atua como fator de proteção ao uso de drogas.

Entretanto, é conhecido que melhorar indicadores ambientais relacionados ao desenvolvimento humano reflete positivamente na vida das pessoas e protege contra condutas de risco para adoecimento. Dentre estes indicadores se destacam o desenvolvimento rural, redução da pobreza e melhoria das condições socioeconômicas, todos eles atrelados à educação¹.

Peuker et al. (2014)¹⁹ corroboram afirmando que pessoas com maior nível educacional tende a identificar melhor os dispositivos de tratamento, reforçam o autocuidado e a promoção da saúde.

Dados evidenciaram que a dependência química provoca fragilidade familiar e dificulta a manutenção de vínculos afetivos devido à desesperança da família e ao comportamento socialmente inadequado do usuário.

A fragilidade dessas relações foi evidenciada em todos os estudos que investigaram os dados familiares dos dependentes químicos e revelaram que a maioria dos usuários estavam solteiros, ou ainda que casados, não coabitavam com seus companheiros (as) ou filhos^{3,4,9,11}.

Estudo aponta que, para os familiares a desorganização familiar é uma consequência direta do abuso de drogas²⁰. A baixa taxa de indivíduos com parceiros reflete a dificuldade em conviver com usuários de drogas, entretanto há evidências de que uma família marcada pelo abandono, negligência e falta de afeto está associada com predisposição para o uso de drogas. Não se pode afirmar com base nas pesquisas avaliadas se a desestrutura familiar é consequência do abuso de drogas, ou se é um padrão familiar dos usuários¹⁹.

Os artigos que investigaram dados sobre condições econômicas revelaram que os usuários de SPA possuem dificuldade em inserir-se e manter-se no mercado de trabalho formal, permanecendo, em maioria, desempregados ou dependentes de ajuda de terceiros e de programas sociais^{3,4,11}.

A marginalização econômica sofrida pelos usuários de substâncias ilícitas aumenta a desesperança, dificulta a manutenção da abstinência, reforçam a aproximação com mundo do crime e resulta em atos infracionais ou problemas diretos com a justiça³.

Além de provocar dificuldades imediatas, o uso de drogas ilícitas está relacionado a desfechos preocupantes ao longo da vida do dependente químico, como a dificuldade em manter um relacionamento afetivo, problemas com a relação familiar, dificuldade de encontrar e manter emprego. As drogas com maior potencial alucinógeno provocam desfechos mais graves.

A maconha é relatada como principal droga ilícita de iniciação e com maior prevalência de consumo. Entretanto, nenhum estudo analisado demonstrou evidências de que os usuários de maconha serão usuários das drogas mais potentes no futuro.

O início do uso de drogas está relacionado a influências externas e internas; como o desejo de inserir-se em um grupo, busca por respeito e pressão social²¹. A preferência do usuário não é o que determina a sequência na experimentação.

Geralmente ocorre a experimentação gradativa, iniciando o uso de drogas de mais acessíveis e de menor poder alucinógeno e posteriormente pode migrar para drogas “mais pesadas”, como a cocaína/crack e heroína que geram maior impacto na saúde, na família e na sociedade^{3,11,14,16,21}.

O último relatório brasileiro sobre drogas (2009)²² evidencia que a maconha é a droga ilícita mais experimentada no Brasil, com crescimento do uso dessa droga no país. É relatada como a terceira droga de maior consumo, considerando qualquer tipo de droga^{12,13}.

Nas instituições de tratamento especializado (Hospitais e Centros de Atenção Psicossocial) o crack aparece como droga ilícita de maior consumo entre adultos que já estão em tratamento. Isso ocorre porque estes indivíduos já ultrapassaram a fase de sintomas iniciais da dependência química e com cronificação do vício e apresentação de maiores problemas a ele relacionado^{4,10}.

A cocaína/crack é a droga ilícita que está em maior evidência nos estudos realizados e apesar de manter baixa prevalência de consumo na população geral, as consequências de seu uso revelam-se mais devastadoras quando comparadas às outras drogas ilícitas. Está associada a morte precoce antes dos 19 anos e morte violenta por homicídio¹⁰.

O consumo dessa substância demanda maior preocupação na América Latina¹. É relatada como a segunda droga de maior impacto na vida dos usuários de drogas, superada apenas pelo álcool¹³.

Vale ressaltar que o a cocaína/ crack mantém baixo percentual de consumo na população geral, no entanto mantém alto impacto na vida dos dependentes dessa droga. Outro fator preocupante é que os dependentes de cocaína/ crack, em geral, são também usuários de outras drogas²³, o que intensifica os problemas relacionados ao abuso.

Para Silva et al. (2013)²¹, o usuário de crack tem maior vulnerabilidade aos fatores de risco para a saúde e estão expostos a situações de violência, possuem sintomas psiquiátricos mais graves como alucinações, delírios, “fissura” e sintomas depressivos.

A análise isolada dos dados de dois artigos evidenciou mudança no consumo em relação ao sexo. A população feminina aparece destaque com maior frequência de uso de anfetaminas, alucinógenos e analgésicos opiáceos, enquadrando inclusive como uso perigoso dessas drogas associadas ao álcool^{11,14}. Estes dados podem sugerir um momento de transição no perfil dos usuários de substâncias no país com o crescimento de consumo de drogas ilícitas pela população do sexo feminino.

Os resultados deste estudo confirmam a complexidade do universo dos usuários de drogas no país. Diversas áreas são afetadas, como a saúde física e psicológica, as condições socioeconômicas e as relações familiares.

O “comportamento social” reflete diretamente na perda de qualidade de vida daqueles que estão em uso da droga, dos que tentam abstinência e da rede familiar que também se envolve no problema. As dificuldades tomam grande proporção e demandam ações governamentais na saúde, educação, justiça e outros setores de atenção ao indivíduo.

Conclusão

Verificou-se que o sexo masculino ficou em evidência com maior frequência de consumo e maior variedade de drogas ilícitas utilizadas concomitantemente, embora

mulheres de maior poder socioeconômico e maior grau de escolaridade tenha alcançado destaque no consumo de algumas drogas com menor poder alucinógeno.

A maconha é a droga ilícita mais utilizada, entretanto o consumo de cocaína/crack recebe maior destaque pela gravidade da dependência e demanda maiores preocupações.

A legislação e políticas públicas não contemplam seus objetivos de promoção, proteção e reinserção, haja vista o crescente consumo de drogas ilícitas e os prejuízos causados pelo uso/ abuso das drogas.

É esperado que os serviços de atenção primária à saúde promovam ações de proteção e rastreamento para identificar e tratar os usuários de drogas quando jovens, encaminhando-os à assistência especializada quando necessário.

Por se tratar de um problema que se afeta a família e pessoas próximas, as intervenções devem ser pautadas em ações comunitárias que possam refletir em melhorias na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Compartilhar os conhecimentos com a comunidade também pode caracterizar um bom dispositivo de intervenção para estimular o tratamento e a proteção do uso.

Espera-se que os conhecimentos revelados por este estudo alcancem a comunidade acadêmica, a sociedade e os gestores de modo que possa ampliar os serviços ofertados e organizá-los tendo em vista a prevenção com aproximação da realidade vivenciada pelo adolescente e o adulto jovem, pois em geral é nesta faixa etária que ocorre a iniciação para o consumo de drogas.

Em relação às medidas de tratamento dos dependentes é esperado que os serviços ampliem as estratégias de amparo aos usuários reconhecendo que são pessoas com laços afetivos rompidos, com baixo grau de escolaridade, poucas oportunidades no mercado de trabalho, que vivem um ciclo de exclusão socioeconômica. Os homens merecem maior

atenção nas políticas de prevenção às drogas e o incentivo à educação pode revelar um fator protetor ao consumo de drogas.

Referências

1. United Nations. World Drug Report: United Nations Office on Drugs and Crime. New York, 2015.
2. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Glossário brasileiro de álcool e drogas, 2ª ed. 2010.
3. Rosset AP, Horta BL, Horta CL, Horta RL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2011 nov; 27(11): 2263-2270.
4. Santos MA, Cruz MS, Vargens RW. Comparison between crack and other drugs abusers in a specialized outpatient facility of a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2011 may-june; 19(especial): 804-812.
5. Laranjeira R. Legalização de drogas e a saúde pública. *Ciên. Saúde Colet*. 2010 mai; 15(3): 621-631.
6. Kessler F, Alves H, Ratto LRC. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004 mai; 26(1): 51-53.
7. Messas GP, Filho H PV. O papel da genética na dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004 mai; 26(1): 54-48.
8. Pasa GGP, Scheffer M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2010 jul-set; 26(3): 533-541.

9. Noto AR, Fonseca AM, Carlini ELA, Galduróz JCF. Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciê. Saúde Colet.* 2010 mai; 15(3): 663-670.
10. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública.* 2011 out; 45(5): 938-948.
11. Oliveira EM, Moró FWP, Lima GF, Matias MMM, Silva MWP, Eloia SC. Caracterização da clientela atendida em centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. *Rev. RENE.* 2013; 14(4): 748-756.
12. Sartes LMA, Colungati FAB, Fernandes LR. Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI 6) light. *J Bras Psiquiatr.* 2015, 64(2): 132-139.
13. Veras AB, Prado AHO, Peixoto C, Rodrigues, CP, Cheda JLD, Mota LBT. Impacto de perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr.* 2010, 59 (3): 317-321.
14. Andrade AG, Alberghini DG, Barroso LP, Oliveira LG, Duarte PCAV, Nishimura R. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012 out; 34(3): 294-305.
15. Andrade AG, Santos B, Alberghini DG, Oliveira LG. Polydrug use among college students in Brazil: a national survey. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013 jul-set; 35(3): 221-230.
16. Ministério da Saúde (BR). A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde: Brasília, 2003.

17. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.
18. Aguilar LR, Pillon SC. Percepción de tentaciones de uso de drogas em personas que reciben tratamento. Rev. Latino Am Enferm. 2005, 13 (esp.): 790-797.
19. Peuker ACS, Stolf A, Sordi A, Kessler F, Pechansky F, Cruz MS, Formigoni MLS, Faller S, Brasiliano S. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving fou Brazilian states capitals. Trends Psychiatri Psychother. 2014, 36(4): 193-202.
20. Brands B, Loyola CMD, Adlaf E, Simich L, Wright MGM, Giesbrecht N. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro – Zona Norte, Brasil. Rev. Latino-Am. Enferm. 2009; 17(especial): 817-823.
21. Silva AA, Lacchini AJB, Schimidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Gabatz RIB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. Ver. Gaúcha Enferm. 2013 mar; 34(1): 140-146.
22. Ministério da Saúde, Presidência da República. Relatório Brasileiro Sobre Droga. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.
23. Araújo RB, Zeni TC. Relação entre o *craving* por tabaco e o *craving* por crack em pacientes internados para deintoxicação. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2011, 60(1): 28-33.

5.2 Artigo 2

Gravidade da dependência química em usuários de substâncias lícitas e ilícitas

Objetivos: avaliar a gravidade da dependência e compará-la entre os sexos e entre o tipo de droga consumida, descrever o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde dos usuários, descrever o padrão de consumo de drogas e compará-lo entre os sexos Método: estudo transversal analítico com 33 usuários de drogas com dados coletados por meio da Escala de Gravidade de Dependência Química (ASI 6) que avalia a gravidade de sintomas em nove domínios diferentes. Para o cálculo da gravidade da dependência química foi usado o T Score. Os testes Mann-Whitney e Kruskal Wallis foram usados para testar a diferença das médias; para testar a diferença entre as proporções, o Qui-Quadrado ou Teste de Fisher. Resultados: houve predomínio de indivíduos do sexo masculino (81,82%), brancos (54,55%), não casados (90,90%). O escore médio total da dependência foi 55,22. O pior escore foi obtido nos domínios em “Família/suporte social”, com 70,88 para homens e 71,16 para mulheres ($p = 0,91$). A pior gravidade de sintomas para o domínio “Drogas” foi em usuários de cocaína/crack com 53,07 ($p = 0,001$). Conclusão: Não houve diferença na comparação dos dados entre os sexos indicando que ambos são afetados pelo abuso da droga.

Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Drogas Ilícitas; Perfil de Saúde; Saúde Mental

Espanhol: Trastornos Relacionados con Substancias; Drogas Ilícitas; Perfil de Salud; Salud Mental

Inglês: Substance-Related Disorders; Street Drugs; Health Profile; Mental Health

Introdução

Existem, no mundo, 541 tipos diferentes de substâncias psicoativas capazes de provocar impactos negativos na saúde¹. Quando recebe estímulos das drogas, o sistema nervoso registra a experiência que é marcada por uma descarga de dopamina resultando em sensação de bem-estar e prazer, fazendo com que a busca pela droga se torne cada vez mais provável. A dependência química é o resultado da alteração cerebral em resposta a uma ação direta e prolongada de uma substância no “sistema de recompensa”².

Caracterizada principalmente pela perda de controle do consumo de droga lícita (legal) ou ilícita (ilegal), os principais sintomas da dependência química são alterações no humor, memória, cognição e emoções e à medida que os sintomas aumentam também crescem os problemas relacionados ao crime e à violência^{3,4}.

O uso de drogas está relacionado com comportamento irresponsável, pois a droga passa a ser prioridade na vida dos dependentes em detrimento de todas as necessidades básicas da pessoa⁵. O abuso dessas substâncias provoca impacto socioeconômico; com um grande número de usuários de drogas com comorbidades psiquiátricas (doença mental associada) que gera prejuízos à saúde e à qualidade de vida dos dependentes³.

Em geral o consumo inicia-se pelas substâncias com menor poder alucinógeno e com o tempo ocorre experimentação de drogas que causam efeitos alucinógenos mais potentes como a cocaína/ crack. Dentre as principais motivações para o consumo estão a busca por respeito, desejo de inserir-se em determinado grupo e a pressão social⁵.

Entre as substâncias ilícitas mais consumidas a maconha possui maior prevalência de consumo⁶⁻⁹, entretanto, em estudos com dependentes em tratamento nas unidades de saúde no Brasil, a frequência do consumo de cocaína/ crack tem se destacado como uma das principais drogas em abuso, incluindo as lícitas e ilícitas^{7,9,10}.

No Brasil, houve crescimento no uso de pelo menos um tipo de droga ilícita⁸. A cocaína/ crack possui maior impacto negativo na vida dos usuários, contribuindo para iniciação à criminalidade^{12,13} e possui grande potencial de provocar dependência química⁹.

O Nordeste brasileiro possui maior prevalência de experimentação de drogas com relatos de uso experimental em 27,6% dessa população. A região Norte possui a menor prevalência de experimentação (14,4%). Considerando a população geral brasileira, houve crescimento no consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack. Em todas as regiões, a maconha é a droga ilícita mais experimentada. A prevalência de experimentação de drogas no Brasil é de 22,8%; um número percentual menor quando comparado à prevalência dos Estados Unidos (45,8%) e semelhante à do Chile (23,4%)¹⁴.

Os homens jovens, com baixa escolaridade e sem ocupação regular caracterizam o grupo mais prevalente em relação ao uso de drogas^{6,12}, entretanto, estudos relatam que os universitários brasileiros estão expostos a algumas práticas de consumo que oferecem maior risco, como uso simultâneo de múltiplas drogas ou uso de diferentes drogas em um curto espaço de tempo^{6,13,15}.

Estima-se que uma em cada 20 pessoas no mundo, na faixa etária de 15 a 64 anos, tenha usado algum tipo de droga ilícita em 2013. A cada 10 usuários de drogas, mais de um é classificado (diagnosticado) como dependente da substância em uso, entretanto um em cada seis doentes recebem tratamento para a doença¹.

O enfrentamento inicial às demandas das drogas foi condicionado à criminalização dos sujeitos envolvidos, que reforçou durante décadas o estigma sofrido pelo usuário/ dependente de drogas, classificando o abuso como um desvio de conduta moral e não uma doença clínica¹⁶.

Estudo com familiares de usuários de drogas retrata que esse estigma histórico ainda se mantém, devido a uma desvalorização do usuário em relações interpessoais.

Retratam ainda que os dependentes químicos não têm seus direitos humanos assegurados pela polícia, governo e nem políticas públicas; acreditando que são respeitados apenas em instituições de saúde⁷.

No intuito de superar o atraso no atendimento às demandas de saúde pública emergidas do abuso de drogas, Ministério da Saúde (MS) publicou em 2003, a Política para Atenção Integral ao uso de Álcool e Outras Drogas caracterizando o uso dessas substâncias como grave problema de saúde pública e estabelecendo medidas de controle, prevenção ao uso de drogas¹⁷.

Porém, apesar dos avanços já alcançados, ainda se observa escassez de serviços especializados no atendimento aos dependentes químicos e seus familiares^{12,18}. Dados do relatório mundial sobre drogas corroboram, afirmando que apenas um em cada seis dependentes de drogas alcançam tratamento para a doença¹.

O compromisso político brasileiro está bem documentado, porém não se traduz em financiamento contínuo. As unidades especializadas são implementadas com base no número mínimo de população nos municípios, impossibilitando que as cidades de médio e pequeno porte recebam atendimentos especializados no tratamento das dependências, por não atingirem um número populacional pré-estabelecido nas políticas sobre drogas, ainda que seus habitantes sejam afetados pelo problema.

Os dados obtidos no levantamento bibliográfico para este estudo, permitem inferir que existem dificuldades no enfrentamento e resolução do problema das drogas no país, exigindo maior compreensão dos fenômenos envolvidos. As políticas públicas não atendem suficientemente e adequadamente as demandas de tratamento, existe carência de unidades assistenciais e nesse cenário instituições mantidas por entidades religiosas configuram a opção mais acessível aos dependentes químicos e seus familiares¹⁹.

Trata-se de um estudo importante e inovador, pois utilizará a escala de gravidade de dependência química (ASI 6) uma versão em português, recém validada do *Addiction Severity Index* (ASI) que tem sido utilizada com sucesso em estudos com usuários de drogas lícitas e ilícitas em outros países²⁰.

A escolha deste instrumento fundamentou-se na sua adequação à natureza do objeto, permitindo conhecer e avaliar os problemas do abuso de drogas em diferentes áreas afetadas. Também pode trazer um reforço positivo para a intenção do tratamento de acordo com a classificação da gravidade de cada entrevistado.

Nesse sentido, este estudo torna-se relevante, pois propõe gerar conhecimento científico sobre um tema polêmico e atual, fomentando novos debates para aperfeiçoar o enfrentamento da dependência com possibilidade de fornecer dados importantes em relação ao perfil social, econômico, demográfico, de saúde física e psiquiátrica dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas, bem como identificar a gravidade da dependência química para esta população e quais as áreas da vida são mais afetadas pelo vício.

Os dados obtidos para essa população poderão ainda subsidiar novos estudos comparativos com outras populações previamente ou posteriormente estudadas dentro e fora do país, e ainda, direcionar intervenções pessoais para esse grupo.

Diante do exposto, esta pesquisa pretende descrever o perfil sociofamiliar, econômico, demográfico e de saúde de usuários de substâncias; descrever o padrão de consumo e compará-lo entre os sexos; avaliar a gravidade da dependência química e compará-la entre os sexos e entre os tipos de substâncias consumidas.

Método

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado com população usuária de drogas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), localizado na

macrorregião sudoeste da Bahia. Este CAPS configura a única modalidade de atenção à saúde mental no município, possui funcionamento regular de segunda à sexta, das 6h às 17h. Os pacientes recebem atendimento multiprofissional sendo seis de nível superior e dois de nível técnico.

Este estudo atendeu à resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012²¹, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Goiás. Todos os participantes foram incluídos no estudo de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E a população era composta por 80 usuários de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS I registrados como portadores de dependência química em livro de registro na unidade. Foram incluídos no estudo, por conveniência, indivíduos de ambos os sexos; com idade igual ou superior a 18 anos; em tratamento regular na unidade. A amostra final constou de 35 participantes e seguiu os passos descritos de acordo com fluxograma na figura 1.

Para coleta de dados utilizou-se a Escala de Gravidade de Dependência Química (ASI 6)²⁰ em formato de entrevista face-a-face. Este instrumento avalia a gravidade de problemas em sete áreas diferentes: saúde clínica (médica), *status* ocupacional (emprego), aspectos legais (legal), sociofamiliares (família/ suporte social e família/ problemas sociais), psiquiátrica (psiquiatria), uso de álcool (álcool) e uso de outras drogas (drogas).

A escala contém questões objetivas que estimam o número, extensão e duração dos sintomas com maior foco nos últimos trinta dias que antecedem sua aplicação. A classificação da gravidade da dependência possui limite mínimo de 0 e máximo de 100. Quanto mais próximo do limite máximo, pior a avaliação do usuário de drogas e maior o impacto negativo na vida.

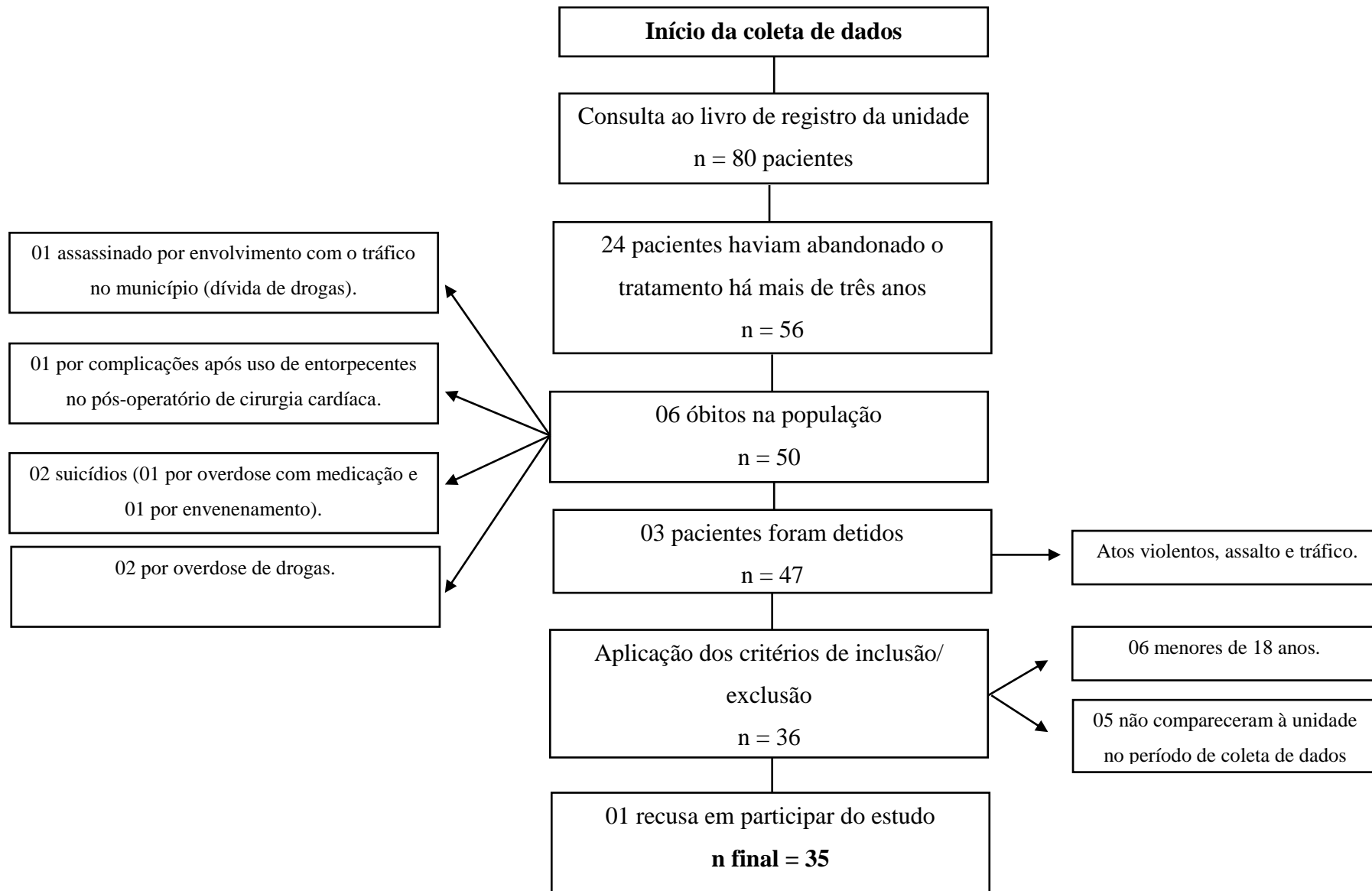


Figura 1 – Fluxograma do processo de amostra e amostragem dos participantes.

Foram gastos uma média de 1h e 06min para a aplicação de cada questionário, com limite máximo de 02h e 04min e mínimo de 30min. Após encerramento de cada entrevista o questionário preenchido foi submetido ao procedimento de ponderação para verificar da veracidade das respostas fornecidas pelo participante.

O cruzamento dos dados obtidos em diferentes seções da escala permitiu observar incoerência e contradições nas respostas dos participantes. Foram retirados, da amostra para análise, dois questionários que continham dados inconsistentes em relação ao uso de substâncias, gastos com consumo de substâncias, origem da renda informada. Estas entrevistas não puderam ser utilizadas, pois o cálculo da gravidade de sintomas utiliza dados obtidos em questões de diferentes seções do instrumento e as contradições nas respostas poderiam causar erros nos resultados.

Os dados coletados foram sistematizados em uma planilha. As variáveis numéricas foram apresentadas com medidas de tendência central e dispersão, as categóricas com frequência absoluta e relativa.

Para o cálculo da gravidade da dependência química foi utilizado o T score para cada domínio do instrumento utilizando questões pré-estabelecidas pelo instrumento, para cada um dos nove domínios do instrumento. Para testar a diferença entre as médias utilizou-se o teste Mann-Whitney e Kruskal Wallis. O Teste Qui-Quadrado ou Teste de Fisher para testar a diferença entre as proporções, com intervalo de confiança de 95%. Foi considerado como significativo valor de $p < 0,005$.

Resultados

A maioria dos participantes era do sexo masculino, brancos, com maior prevalência da faixa etária de 30 a 49 anos. A média de idade foi de 38,1 anos \pm 9,6 (mínimo de 23 e máximo 56 anos) (tabela 1).

A maioria não possui relacionamento conjugal estável; 55% declararam nunca ter casado e 35% divorciados ou viúvos. Dentre os casados a média de tempo de relacionamento foi de 15 anos \pm 10,4. Entre os divorciados ou separados o tempo de separação variou de seis meses a dez anos; com maior frequência de separações ocorridas há mais de seis anos (63,63%) (tabela 1).

Em relação ao grau de escolaridade, a maior parte possui nível médio, esta também foi a maior titulação informada. A maioria está desempregada e não procura por trabalho (66,67%) enquanto 9,09% possui renda fixa e trabalham em turno integral. A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis categóricas em frequências absoluta e relativa.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa dos dependentes de drogas, segundo perfil demográfico, sociofamiliar, educacional e econômico. Município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	27	81,82
Feminino	06	18,18
Faixa etária		
20 – 29	07	21,21
30 – 39	11	33,33
40 – 49	10	30,31
50 – 59	05	15,15
Estado conjugal		
Casado	03	09,09
Não casado (solteiros, viúvos, divorciados)	30	90,90
Raça		
Negra	08	24,24
Branca	18	54,55
Parda/ mestiça	07	21,21
Escolaridade		
Ensino fundamental	14	42,4
Ensino médio	15	45,5
Nenhum	04	12,1
Situação de emprego atual		
Trabalho em turno integral	03	09,09
Desempregado e procurando por trabalho	02	06,06
Desempregado e não procura por trabalho	22	66,67
“Bicos”	06	18,18

Apesar da unidade do CAPS já existir desde 2003, 72,73% dos participantes foram admitidos à partir de 2010. A maioria procurou o serviço por vontade própria ou encaminhado pelo cônjuge, familiar ou por amigo (87,88%); outras modalidades de encaminhamento foram o sistema penal, instituição de tratamento de drogas e serviços de saúde (12,12%).

Parte dos entrevistados, 36,36%, relatou ter passado algum tempo em locais de moradia restrita ou supervisionada nos últimos seis meses, 9,09% destes relataram essa situação nos últimos 30 dias. As moradias restritas incluíram unidades de internação para tratamento de álcool e drogas (três relatos), hospital geral (nove relatos), órgão de entidade religiosa (um relato) e delegacia ou prisão (quatro relatos).

Além de apresentar diagnóstico médico de dependência em algum tipo de substância, 45,45% dos entrevistados relataram comorbidades crônicas e problemas clínicos de saúde. As doenças crônicas mais frequentes foram doenças hepáticas (39,39%), hipertensão (24,24%), convulsões/epilepsia (21,21%) e doença renal crônica (21,21%). O Sistema Único de Saúde (SUS) é relatado como a única opção de atendimento/suporte aos problemas de saúde.

Apesar dos problemas relatados, 57,5% avaliaram a saúde física como excelente, muito boa ou boa e quando questionados sobre a importância do tratamento destes problemas de saúde 45,5% classificaram como levemente ou nada importante.

Os participantes relataram uma média de 4,60 internações para tratar o abuso de álcool e outras drogas (mínimo 01 e máximo 50). A média de idade para início do primeiro tratamento foi de 25,3 anos de idade (mínimo 12 e máximo 47anos).

A maioria iniciou o tratamento com idade entre 18 a 29 anos (54,54%) e houve maior frequência no uso de drogas ilícitas (51,51%) e a maioria destes eram usuários de

cocaína/ crack (82,35%) e do sexo masculino (82,23%). A tabela 2 apresenta distribuição do consumo de drogas acordo com o sexo.

Tabela 2 - Comparação da frequência de usuários de drogas lícitas e ilícitas, com ou sem uso de crack entre homens e mulheres atendidos no Centro de Atenção Psicossocial localizado em município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33).

Tipo de droga	Homem n (%)	Mulher n (%)	Total (n)
Droga lícita (álcool e tabaco apenas)	13 (48,14)	03 (50)	16
Droga ilícita (sem consumo de cocaína/crack)	03 (11,11)	-	03
Droga ilícita (com consumo de cocaína/crack)	11 (40,74)	03 (50)	14
Total (n)	27	6	33

p=0,681
Teste de Fisher

O consumo de drogas lícitas no intervalo de 30 dias que antecederam a entrevista foi maior em relação ao consumo de drogas ilícitas, em ambos os sexos. Não houve diferença, entre os sexos, quanto à idade de início do consumo e a frequência de uso nos últimos 30 dias, entretanto existe uma tendência para homens começarem o consumo de drogas lícitas quando mais jovens (p= 0,05) (tabela 3).

Em relação à média de idade do primeiro uso, homens e mulheres iniciam precocemente o consumo de álcool e mais tardiamente o consumo de crack. Entre as mulheres, a maconha foi a droga com mais episódios de uso no último mês, com uma média de 11 dias de uso, superando a média de dias de uso de álcool no mesmo período (tabela 3).

Em relação ao número de dias em uso de drogas no intervalo de um mês, os homens obtiveram maior número para o uso de outras drogas ilícitas (éter, inalantes, sedativos, analgésicos opiáceos, cola) e menor número para o uso de cocaína e de crack. Para as mulheres, o maior número foi para o uso da maconha e o menor para o uso do crack, sem relatos de uso de cocaína (tabela 3).

Tabela 3 - Comparação de iniciação do uso de drogas lícitas e ilícitas, frequência de consumo nos últimos trinta dias entre homens e mulheres. Município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33).

Características	Homens Média (IC)	Mulheres Média (IC)	P
Drogas lícitas			
Dias de uso nos últimos 30 dias	21,33 (10,16 – 32,49)	17,92 (12,55 – 23,29)	0,288
Idade de primeiro uso	27,61 (22,87 – 32,36)	36,66 (29,56 – 43,77)	0,050
Drogas ilícitas			
Dias de uso nos últimos 30 dias	14,78 (7,13 – 22,43)	12,66 (-5,70 – 31,03)	0,948
Idade de primeiro uso	21,57 (17,85 – 25,28)	21,33 (14,16 – 28,50)	0,899
Idade do primeiro uso			
Álcool	15,80 (13,78 – 17,81)	14,83 (12,17 – 17,49)	0,558
Maconha	16,30 (14,11 – 18,49)	21,00 (4,86 – 37,13)	0,548
Cocaína	25,16 (15,52 – 34,80)	24,50 (-0,32 – 49,32)	0,954
Crack	25,54 (19,76 – 31,32)	27,66 (19,64 – 35,68)	0,650
Outras drogas ilícitas	20,16 (12,12 – 28,20)	23,50 (-3,69 – 50,69)	0,7891
Dias de uso no último mês			
Álcool	6,92 (3,56 – 10,27)	10,66 (0,84 – 20,48)	0,466
Maconha	11,21 (4,33 – 18,08)	11,00 (-9,22 – 31,22)	0,983
Cocaína	2,33 (-0,50 – 5,17)	- (-)	-
Crack	2,63 (0,26 – 5,00)	6,00 (-3,90 – 15,90)	0,488
Outras drogas ilícitas	14,5 (3,53 – 25,46)	7,5 (1,58 – 13,41)	0,225

Teste: Teste Mann-Whitney

Dentre os participantes que usavam álcool, 50% relataram que a manutenção da abstinência total não era importante ou classificou-a como levemente ou moderadamente importante.

Em relação à avaliação da gravidade da dependência química o escore total da amostra foi de 55,22. Homens e mulheres apresentaram escores superiores a 50 na maioria dos domínios da escala de gravidade, indicando alto impacto do uso de drogas em diferentes áreas de suas vidas (tabela 4).

A pior média (maior gravidade da dependência) de escore por domínio em ambos os sexos foi em “Família/suporte social” com pontuação de 70,88 para homens e de 71,16 para mulheres ($p=0,913$). A segunda pior média entre os homens foi no domínio “Família/problemas sociais” (62,55) e entre as mulheres no domínio “Psiquiatria” (68,33). Não houve diferença na gravidade da dependência química entre os sexos (tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre médias de Escores da ASI 6 para cada domínio avaliado entre homens e mulheres atendidos no Centro de Atenção Psicossocial localizado em município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33).

Domínios da ASI 6	Gravidade da dependência ASI 6			P
	Total Escore Média (IC)	Homem Escore Média (IC)	Mulher Escore Média (IC)	
Drogas	44,66 (41,29 – 48,03)	45,29 (41,46 – 49,12)	41,83 (34,94 – 48,71)	0,507
Família/filhos	52,96 (50,11 – 55,82)	52,81 (49,69 – 55,93)	53,66 (45,90 – 61,42)	0,818
Álcool	55,09 (51,98 – 58,19)	54,96 (51,36 – 58,56)	55,66 (49,74 – 61,58)	0,837
Psiquiatria	63,54 (60,37 – 66,71)	62,48 (59,25 – 65,71)	68,33 (58,98 – 77,67)	0,236
Médico	48,06 (43,63 – 52,48)	48,55 (43,78 – 53,32)	45,83 (33,57 – 58,09)	0,676
Legal	49,51 (47,17 – 51,85)	49,44 (46,76 – 52,12)	49,83 (44,83 – 54,83)	0,889
Emprego	48,96 (46,45 – 51,48)	48,55 (45,63 – 51,47)	50,83 (46,41 – 55,24)	0,387
Família/suporte social	70,93 (67,98 – 73,89)	70,88 (67,35 – 74,42)	71,16 (67,43 – 74,90)	0,913
Família/problemas sociais	63,21 (58,86 – 67,55)	62,55 (57,76 – 67,34)	66,16 (55,30 – 77,02)	0,539
Escore total	55,22 (53,71 – 56,72)	55,06 (53,27 – 56,84)	55,92 (53,66 – 58,18)	0,545

Teste Mann-Whitney

No domínio “Drogas”, que avalia os problemas relacionados aos tipos de drogas usadas, frequência de consumo e duração de sintomas, os escores dos indivíduos usuários de drogas ilícitas com uso do crack obtiveram maior média, isto indica pior gravidade da dependência para estes indivíduos ($p=0,001$). O escore médio de usuários de droga lícita foi menor neste domínio (36,31) (tabela 5).

Para usuários de drogas ilícitas, o menor escore foi no domínio “Emprego” com 38,00 para aqueles sem relatos de uso do crack e 48,71 para usuários de crack ($p=0,007$). Neste domínio são avaliadas questões relacionadas ao tipo de profissão, renda mensal e

semestral e frequência ao trabalho, a maior média dos escores (pior gravidade) foi entre os usuários de substâncias lícitas ($p=0,007$).

Tabela 5 - Comparação entre médias de Escores da ASI 6 de acordo com o tipo de droga consumida por usuários atendidos no Centro de Aten. Município do Sudoeste da Bahia, 2015. (n=33).

Domínios da ASI 6	Droga lícita Média (IC)	Droga ilícita sem crack Média (IC)	Droga ilícita com crack Média (IC)	P
Drogas	36,31 (35,67 – 36,95)	50,00 (47,96 – 52,03)	53,07 (49,17 – 56,96)	0,001
Família/ Filhos	52,25 (48,16 – 56,33)	- (-)	54,85 (50,12 – 59,58)	0,332
Álcool	57,25 (54,40 – 60,09)	55,66 (52,70 – 58,62)	52,5 (46,09 – 58,90)	0,316
Psiquiatria	62,25 (57,50 – 66,99)	66,66 (52,53 – 80,79)	64,35 (59,80 – 68,90)	0,761
Médico	47,31 (40,00 – 54,62)	47,00 (38,76 – 55,23)	49,14 (42,81 – 55,46)	0,876
Legal	48,68 (46,21 – 51,15)	49,33 (42,54 – 56,12)	50,50 (45,83 – 55,16)	0,926
Emprego	51,25 (48,75 – 53,74)	38,00 (33,75 – 42,24)	48,71 (44,50 – 52,92)	0,007
Família/suporte social	69,43 (63,50 – 75,36)	- (-)	72,21 (70,61 – 73,81)	0,737
Família/problemas sociais	62,68 (55,71 – 69,66)	40,00 (34,60 – 59,39)	67,28 (63,18 – 71,38)	0,072

Teste Kruskal Wallis

Os usuários de crack demonstraram sofrer grande impacto do uso das drogas, com sete domínios apresentando escores superiores a 50. Usuários de drogas lícitas também sofrem grande impacto, com seis domínios apresentando escores superiores a 50.

Os usuários de drogas ilícitas que não usavam crack apresentaram menor impacto nas sub-escalas, com seis domínios com escores inferiores a 50.

Discussão

O perfil dos usuários dos usuários do CAPS I revela que são predominantemente homens, brancos, sem relacionamento conjugal estável e desempregado que não buscam por emprego.

A predominância dessas características sociodemográficas é encontrada em diversos estudos realizados no Brasil tanto em instituições especializadas para o tratamento de abuso de drogas, como também em pesquisas de base populacional^{1,3,10,14,22,23}.

A predominância do sexo masculino reflete diferença na oportunidade em usar e tratar o abuso das drogas. Os fatores socioculturais e as questões de gênero contribuem para maior permissividade aos homens e maior controle de transgressões nas mulheres. Desse modo, o sexo feminino recebe proteção, involuntária, para o uso de drogas.

Além de controlar as experiências femininas, fatores socioculturais representam barreiras na busca por tratamento para esse grupo em especial. O medo de sofrer ações punitivas que possam resultar em perda da guarda dos filhos, bem como a necessidade de se afastar deles para o tratamento são apontados como possível explicação para a pouca procura de tratamento por mulheres¹.

Os dados do inquérito internacional sobre drogas apontam que a cada dois usuários homens, existe uma mulher usuária de drogas, entretanto, considerando as pessoas que estão em tratamento essa proporção aumenta para uma mulher a cada quatro homens¹. Evidenciando um universo subestimado de mulheres em uso de drogas, por não estarem em unidades de tratamento.

O perfil socioeconômico dos participantes deste estudo é semelhante aos dados de outras pesquisas realizadas no Brasil^{10,18,21,24}. O alto índice de desempregados evidencia comprometimento do sustento próprio e familiar. A pouca procura por emprego retrata a desesperança e falta de perspectiva vivenciada pelo usuário de drogas.

Para Martins et al. (2008)²⁴ além destes problemas, acrescenta-se o ônus financeiro decorrente da manutenção do vício (comprar drogas). Desse modo, a alternativa mais provável seria o envolvimento com atividades ilegais para obtenção de recursos para o consumo.

A instabilidade conjugal observada neste estudo e em outras pesquisas com essa população demonstra a dificuldade em conviver com o usuário de drogas^{21,25}. Para Peuker et al. (2014)²³, entretanto, esse dado pode ser explicado sob dois aspectos; o primeiro trata a

desestrutura familiar como consequência do uso da droga que provoca alterações comportamentais e perdas de laços afetivos, por outro lado existe evidência de que uma família marcada pelo abandono, negligência e falta de afeto está associada à predisposição para consumo de substâncias. Então não se poderia afirmar com confiança se a desestrutura familiar é a causa ou consequência do consumo das drogas.

Os dados acerca da gravidade de sintomas relacionados ao uso de drogas obtidos neste estudo são semelhantes aos resultados apontados em pesquisa nacional que utilizou a ASI 6²³ e revelam a complexidade do universo das drogas, com presença de aspectos individuais que influenciam na forma de consumo, na gravidade dos sintomas e na vida do paciente de modo geral. Dentre esses aspectos individuais estão a presença de comorbidades clínicas, com destaque para doenças hepáticas e hipertensão, e a iniciação precoce do uso de drogas, que também aparece com marcador importante em outros estudos^{10,21}.

Em relação à faixa etária, outras pesquisas também demonstraram destaque para maior prevalência de indivíduos adultos acima dos 30 anos^{9,21}, apontando para uma iniciação tardia do tratamento uma vez que o início do uso de drogas é relatado quando ainda jovens^{10,21}.

Neste estudo foi observado o crescimento na média de admissões anuais, na unidade estudada, desde 2010 que pode estar associado ao incentivo à busca por tratamento promovido pelo plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas que foi instituído neste ano. Por outro lado, ficou em evidência o número expressivo de perdas de antigos usuários por abandono do tratamento desde 2003; reflexo das barreiras enfrentadas para a continuidade do tratamento que costuma ser longo. A presença de óbitos relacionados diretamente com a droga e problemas com a justiça criminal em 2015 retratam a vulnerabilidade dos usuários de drogas, também presente em outros estudos^{11,13}. Essa vulnerabilidade está relatada principalmente em usuários de cocaína/ crack¹¹.

Não houve diferenças no consumo de drogas entre homens e mulheres; com maior frequência no consumo de drogas ilícitas, em contradição a estudos anteriores que retratam o álcool como principal droga consumida^{10,23}.

Este estudo revelou que não há diferença na gravidade da dependência química entre homens e mulheres, com evidências de que as drogas afetam gravemente ambos os sexos. Os domínios da ASI 6 que evidenciaram maior impacto do abuso, na amostra geral, foi “família/ problemas sociais”, seguido por “psiquiatria” e “família/ filhos”. Os escores de menor impacto foram “drogas” e “médico”.

Estes dados diferem de resultados da pesquisa multicêntrica realizada no Brasil com a mesma escala, onde os domínios de maior impacto foram “álcool” seguido por “família/ problemas sociais” e “família/filhos”²³. Neste mesmo estudo, os domínios de menor impacto foram “emprego” e “família/ suporte social”.

Para ambos os sexos, o pior escore foi obtido no domínio “família/ suporte social”, com alto impacto negativo causado pela droga nos relacionamentos sociais, familiares e afetivos, com presença marcante de sinais e sintomas psiquiátricos e psicológicos.

Entre os homens o segundo pior escore foi no domínio “família/problemas sociais” com maior evidência de conflitos sociais e maior preocupação do usuário com esses sintomas. Já para as mulheres o segundo pior escore foi em “psiquiatria” com presença de distúrbios do sono, sintomas psiquiátricos, pensamentos e tentativas de suicídio. Não é possível comparar estes dados com outras amostras, pois não foram estudados previamente em pesquisas anteriores.

Os usuários de cocaína/ crack possuem maior impacto em relação ao domínio “drogas” que demonstra maior gravidade de sintomas e maior perigo no consumo dessa droga específica. Os usuário de drogas lícitas possuem maior impacto para o domínio “emprego” em

relação a usuários de drogas ilícitas, com maior dificuldade em manter-se ou inserir-se no mercado de trabalho e maiores preocupações em relação a esta área da vida.

Para Silva et al. (2013)⁵, o uso de drogas está relacionado a comportamento irresponsável, pois a droga passa a ser uma prioridade na vida do dependente químico. Os usuários de crack estão em maior vulnerabilidade para estas práticas. O fato de obter menor escore para o domínio “emprego” pode estar relacionado à menor importância do usuário com sua condição de sustento e renda que gera menor grau de problemas percebidos por ele.

Os usuários de crack apresentam escores superiores a 50 em sete dos nove domínios avaliados que demonstra um alto impacto dessa substância em diferentes áreas da vida do usuário. Estudos ressaltam a necessidade de intervenção mais enfática nesse grupo específico, bem como a urgente necessidade de estudar e conhecer os problemas relacionados a essa droga em particular que vem demandando maior preocupação na América Latina com produção de grande impacto na vida do usuário, mesmo mantendo baixa prevalência de uso^{1,10}.

Os usuários de cocaína/crack estão mais vulneráveis a adoecimentos, com maior exposição à violência e criminalidade, possuem sintomas psiquiátricos mais graves⁵. Em estudo com a ASI 6, os usuários de crack apresentaram maiores escores no domínio “legal” e os problemas causados pelo uso dessa substância é relatado como o segundo agente motivador para a busca de tratamento especializado²³.

Entretanto, as opções de tratamento disponíveis para usuários de drogas se mostram ineficazes, pois não asseguram a reinserção do usuário de drogas, especialmente pelo número de internações recorrentes observadas neste estudo.

Os dispositivos de tratamento atuais tendem a focar ações para redução de danos à vida do usuário¹⁷, porém existe necessidade de incrementar as ações no tratamento dos problemas clínicos, psicológicos e sociofamiliares²³. A ausência de dados completos sobre

estes problemas reforçam a necessidade de novos estudos como este para fomentar o desenvolvimento dessas ações.

Apesar de estarem bem relatadas nas políticas públicas a aplicação das ações de promoção, proteção e tratamento das dependências químicas é dificultada pela escassez de recursos disponíveis. As unidades de tratamento especializado são implantadas conforme o número de habitantes do município e não com base no número de pessoas afetadas pelo problema o que impossibilita a implantação dessas unidades em cidades de médio e pequeno porte.

Conclusão

Este trabalho reafirma a importância do uso da ASI 6 como instrumento para rastreamento de problemas relacionados ao uso das drogas, possibilitando adequar tratamentos individualizados com foco nas áreas mais afetadas.

O impacto econômico do uso das drogas também deve ser enfrentado, pois há claro comprometimento da renda familiar de usuários de drogas. Estimular iniciativas geradoras de emprego e renda voltadas para reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho pode diminuir o impacto da droga nas condições socioeconômicas do dependente químico.

Estas iniciativas poderiam ser organizadas e coordenadas pelas equipes de saúde mental do próprio município, com incentivo a participação dos setores privados e da comunidade.

É preciso incentivar energicamente à busca de tratamento pelos jovens afetados, para que os problemas sejam tratados antes de sua cronificação, pois é nessa faixa etária que geralmente inicia-se o uso das drogas.

Faz-se necessária o estabelecimento de vínculos na atenção básica para promoção dos cuidados clínicos continuados a essa população, também o incentivo da discussão desse

tema na educação escolar para alcançar a proteção ao uso de álcool e outras drogas nos menores e nos jovens.

A inclusão deste assunto no calendário das ações escolares, bem como na formação de profissionais da educação podem ser intervenções eficientes para prevenção do abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Referências

1. United Nations (UN). World drug report. United Nations office on drugs and crime. 2015 May (New York): 1-162.
2. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Módulo 2: efeitos das substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. Claro, HG, Fernandes, IFAL, Bourdreaux, JT, Oliveira MAF, Pinho PH, Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study¹. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 nov-dez; 23(6): 1173-1180.
4. Laranjeira R. Legalização de drogas e a saúde pública. Ciên. Saúde Colet. 2010 Mai; 15(3): 621-631.
5. Silva AA, Lacchini AJB, Schimidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Gabatz RIB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. Rev. Gaúcha Enferm. 2013 Mar; 34(1): 140-146.
6. Andrade AG, Alberghini DG, Barroso LP, Oliveira LG, Duarte PCAV, Nishimura R. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. Rev. Bras. Psiquiatr. 2012 Out; 34(3): 294-305.

7. Brands B, Loyola CMD, Adlaf E, Simich L, Wright MGM, Giesbrecht N. Use of illicit drugs and critical perspectives of drug users' relatives and acquaintances in Northern Rio de Janeiro (City), Brazil. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2009; 17(esp.): 817-823.
8. Noto AR, Fonseca AM, Carlini ELA, Galduróz JCF. Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Cien. Saúde Colet.* 2010 Mai; 15(3): 663-670.
9. Sartes LMA, Colungati FAB, Fernandes LR. Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI 6) light. *J. Bras. Psiquiatr.* 2015; 64(2): 132-139.
10. Veras AB, Prado AHO, Peixoto C, Rodrigues, CP, Cheda JLD, Mota LBT. Impacto de perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPSad). *J. Bras. Psiquiatr.* 2010; 59(3): 317-321.
11. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública.* 2011 out; 45(5): 938-948.
12. Oliveira EM, Moró FWP, Lima GF, Matias MMM, Silva MWP, Eloia SC. Caracterização da clientela atendida em centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. *Rev. RENE.* 2013; 14(4): 748-756.
13. Rosset AP, Horta BL, Horta CL, Horta RL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública.* 2011 nov; 27(11): 2263-2270.

14. Presidência da República (BR), Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório Brasileiro Sobre Droga. Sumário executivo. Brasília: Presidência da República, 2009.
15. Andrade AG, Alberghini DG, Barroso LP, Oliveira LG, Duarte PCAV, Nishimura R. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012 out; 34(3): 294-305.
16. Pasa GGP, Scheffer M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 2010 jul-set; 26(3): 533-541.
17. Ministério da Saúde (BR). A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. Santos MA, Cruz MS, Vargens RW. Comparison between crack and other drugs abusers in a specialized outpatient facility of a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011 may-june; 19(especial): 804-812.
19. Brands B, Ventura AAA, Adlaf E, Simich L, Wright MGM, Giesbrecht N, Ferreira PS. Laws and policies on illicit drugs in Brazil and the perspective of drug users' family members and acquaintances: a study in the City of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2009; 17(esp): 810-816.
20. Kessler FHP. Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (Asi 6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país [Dissertação]. Rio Grande Do Sul: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul – UFRGS, 2011.
21. Diário Oficial da República Federativa do Brasil (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras

de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012.

22. Aguilár LR, Píllon SC. Perception of temptations to use drugs among persons under treatment. Rev. Latino-Am. Enferm. 2005; 13(esp.): 790-797.

23. Peuker ACS, Stolf A, Sordi A, Kessler F, Pechansky F, Cruz MS, Formigoni MLS, Faller S, Brasiliano S. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving fou Brazilian states capitals. Trends Psychiatri Psycother. 2014; 36(4): 193-202.

24. Martins ERC, Correia AK. Dealing with psychoactive substances: the meaning for nursing workers. Rev. Latino-Am. de Enferm. 2004; 12(esp.): 398-405.

25. Araújo RB, Zeni TC. Relação entre o *craving* por tabaco e o *craving* por crack em pacientes internados para desintoxicação. J. Bras. Psiquiatr. 2011; 60(1): 28-33.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Provocar a discussão sobre o abuso de drogas, produzir novos conhecimentos e modelos de enfrentamento são algumas das necessidades cada vez mais urgentes em relação a esse tema. Este estudo foi desenvolvido com o intuito de satisfazer essas necessidades através da produção de dois artigos científicos sobre o tema, sendo um de revisão integrativa e outro estudo transversal analítico.

A escassez de produções científicas em recorte recente no Brasil ficou evidenciada no artigo de revisão da literatura, onde foram encontrados apenas sete artigos descritivos realizados com adultos usuários de drogas ilícitas no Brasil. Quatro dos estudos avaliados foram realizados em instituições especializadas, dois em universidades e um com os dados de inquéritos nacionais.

A análise dos estudos permitiu concluir que: a) o sexo masculino está em evidência com maior consumo de drogas e maior variedade de substâncias usadas ao mesmo tempo; b) o baixo grau de escolaridade é diretamente proporcional ao consumo de drogas ilegais; c) a maconha é a droga ilícita mais utilizada; d) a cocaína/ crack gera mais prejuízos à vida dos usuários; e) os serviços disponíveis atualmente são insatisfatórios e não contemplam seus objetivos de proteção, prevenção e reinserção do usuário em sociedade, haja vista o crescimento no consumo das drogas.

A pesquisa de campo, cujos resultados estão apresentados no segundo artigo, reafirmou a importância do uso da ASI 6 como importante instrumento de rastreamento de problemas para a prática clínica e para pesquisas científicas, principalmente por analisar a gravidade da dependência química e o impacto das drogas sobre vários aspectos da vida, no formato de nove sub-escalas diferentes, fornecendo uma visão das áreas afetadas pelo abuso das drogas, com possibilidade de avaliar a gravidade dos sintomas e problemas em cada sub-escala separadamente o impacto geral da gravidade da dependência química na pessoa.

O segundo artigo aprofundou conhecimentos sobre esse tema e trouxe dados alarmantes para a população avaliada como o abandono do tratamento por grande parte dos usuários, mortes por homicídio relacionado ao tráfico, óbitos causados pelo abuso de drogas, suicídios e prisões. Os resultados desta pesquisa revelam a complexidade do universo das drogas, com presença de aspectos

individuais que influenciam na forma de consumo, na gravidade dos sintomas e na vida de modo geral.

Neste estudo foi evidenciado um importante crescimento na média de admissões anuais na unidade estudada, desde 2010. Este dado pode estar associado à busca por tratamento promovido pelo plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas que foi instituído neste ano. Se por um lado cresceu o número de admissões, houve um número expressivo de perdas de antigos usuários do serviço por abandono do tratamento desde 2003; reflexo das barreiras enfrentadas para a continuidade do tratamento que costuma ser longo.

As dificuldades em enfrentar os problemas decorrentes do abuso de drogas estão ressaltadas neste estudo especialmente devido ao elevado número de internações recorrentes para tratar o abuso das drogas (média de 4,6 internações), que reforçam as discussões da ineficiência dos dispositivos de tratamento atuais.

Em relação às características da amostra estudada, alguns dados merecem maior destaque e atenção como a instabilidade conjugal que foi relatada por 55% da amostra; o elevado número de desempregados que não procuram por trabalho (66,67%) com apenas 9,09% em trabalhos de turno integral. Estes achados evidenciam as dificuldades sociofamiliares vivenciadas pelos usuários de substâncias, com perda de vínculos familiares e pouca perspectiva de emprego que resulta em marginalização socioeconômica.

O uso das drogas tem início precoce, os homens e as mulheres iniciam mais precocemente o uso do álcool e mais tardiamente o uso do crack, entretanto apesar de relatarem início precoce no uso das drogas, o tratamento tem início tardio o que prejudica o sucesso na terapia, já que a dependência química é uma doença crônica.

A gravidade da dependência química é avaliada em escores que variam de 0 a 100, sendo 50 o limite médio. Os domínios da ASI 6 que evidenciaram maior impacto do abuso de drogas, na amostra geral, foram: a) família/ suporte social (escore de 70,93) que é resultado do alto impacto negativo nos relacionamentos sociofamiliares, afetivo, com presença marcante de sintomas psiquiátricos e psicológicos; b) psiquiatria (escore de 63,54) que reflete a presença de sintomas psiquiátricos, pensamentos e tentativas de suicídio, distúrbios do sono e presença de outras desordens mentais e c) Família/ problemas sociais (escore de 63,21) que

está relacionado às problemas na convivência sociofamiliar devido a conflitos sociais e questões ligadas à justiça.

Apesar de existir maior frequência de homens em tratamento nesta instituição, este estudo evidenciou que o abuso das drogas atinge ambos os sexos sem diferenças na comparação da gravidade da dependência química entre eles.

O tipo de droga consumida (lícita ou ilícita) reflete diretamente na vida do usuário e a cocaína/ crack produz um grande impacto negativo em sete das nove áreas (sub-escalas) avaliadas pela ASI 6, com escores superiores a 50. Os usuários de drogas lícitas mantêm maior impacto negativo em seis áreas, porém com escores mais próximos do limite médio; já os usuários de substância ilícita que não faziam uso da cocaína/ crack obtiveram impacto negativo em três áreas com valores dos escores próximos do limite médio.

Este estudo reafirma a necessidade de incentivar energicamente o rastreamento dos usuários de drogas, principalmente na atenção básica e nas escolas para que sejam incentivados a buscar tratamento quando mais jovens, evitando a piora do quadro da dependência química.

O Após encerramento do estudo os participantes foram convidados à retornar à unidade do CAPS I para obterem os resultados individuais de seus respectivos questionários. Os 14 participantes que relataram interesse em seus dados receberam suas avaliações individualmente e demonstraram interesse em resolver os principais problemas encontrados na avaliação promovida pela ASI 6. A equipe do setor solicitou que os mesmos fossem estimulados a procurar o serviço de psicologia e psiquiatria da unidade para tentar promover melhor atenção integral e resolução dos problemas.

A realização do estudo na unidade trouxe resultados positivos imediatos, como: a) o fortalecimento dos vínculos entre a equipe e os usuários, uma vez que a equipe participou ativamente na organização dos contatos e na coleta de dados; b) o interesse da equipe em buscar e debater conhecimentos sobre o abuso de drogas que teve como resultado, a criação de um grupo de discussão de casos clínicos dos usuários de droga com objetivo de solucionar os problemas mais emergentes e c) a devolutiva para os pacientes que gerou autoconhecimento com possibilidade de maior inclinação para o tratamento futuro.

A devolutiva para a secretaria de saúde do município, após conclusão da pesquisa, despertou nos gestores a busca pela implantação do CAPS ad, tendo em

vista os dados alarmantes encontrados na população avaliada. Para resolver a dificuldade em implantar o CAPS ad no município, os gestores promoverão pactuação com cidades circunvizinhas para atingir o número mínimo de habitantes necessários para implantar a unidade especializada.

Dentre as limitações deste estudo destaca-se o reduzido tamanho da amostra que foi resultado dos desfechos dos pacientes da unidade (abandono do tratamento, prisões, homicídios e suicídios).

Foram encontradas dificuldades na execução da pesquisa de campo, principalmente nos agendamentos das entrevistas individuais com constantes faltas dos participantes que resultavam em remarcações para a coleta de dados, além da falta de interesse da maioria dos participantes em conhecer os resultados de suas entrevistas individuais que pode ser associada a baixa perspectiva de melhora e desesperança.

A ASI 6 tem como limitações: a) o tempo que demanda para sua aplicação (média de 1h e 06min obtida neste estudo), especialmente em pacientes com sintomas ansiosos; b) a impossibilidade de avaliar a sexualidade dos entrevistados e c) a limitação de questões relacionadas ao tabagismo. Entretanto, apesar destas limitações a escala se mostrou adequada para responder aos objetivos deste estudo.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, L. R. PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas em personas que reciben tratamento. **Revista Latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13. n. esp, p. 790-797, oct. 2005.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ANDRADE, A. G.; ALBERGHINI, D. G.; BARROSO, L. P.; OLIVEIRA, L. G.; DUARTE, P. C. A. V.; NISHIMURA, R. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 294-305, oct. 2012.

ANDRADE, A. G.; SANTOS, B.; ALBERGHINI, D. G.; OLIVEIRA, L. G. Polydrug use among college students in Brazil: a national survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 3, p. 221-230, july-sept. 2013.

ANDRIOTTI, J. L. S. Técnicas estatísticas aplicáveis a tratamento de informações oriundas de procedimentos laboratoriais. **Ministério de Minas e Energia: Superintendência Regional de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2005.

ARAÚJO, R. B.; ZENI, T. C. Relação entre o *craving* por tabaco e o *craving* por crack em pacientes internados para deintoxicação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 28-33, 2011.

BRANDS, B.; ADLAF, E.; SIMICH, L.; WRIGHT, M. G. M.; GIESBRECHT, N.; FERREIRA, P. S. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na cidade de ribeirão preto, São Paulo, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. esp. p. 810-816, 2009a.

BRANDS, B.; LOYOLA, C. M. D.; ADLAF, E.; SIMICH, L.; WRIGHT, M. G. M.; GIESBRECHT, N. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. esp. p. 817-823, 2009b.

BRASIL. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Decreto-lei nº 11.343, de 23 de agosto de. 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de ago. 2006a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>. Acesso em 26 abr. 2015.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes

ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm#art47>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BRASIL. Manual de Aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI 6). **Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD)**, Brasília, DF, 2006 b.

BRASIL. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Portaria/ GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Relatório Brasileiro Sobre Drogas: sumário executivo. **Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD)**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004 b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 2: efeitos das substâncias psicoativas. **Ministério da Justiça**, 7ª ed., Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário brasileiro de álcool e drogas**, 2ª edição, 2010a.

CARNEIRO, H. S. As drogas e a história da humanidade. **Revista Diálogos**, Ed. Conselho Federal de Psicologia, n. 6, 2009.

CASTRO; M. I. P. Do prazer à dependência. **Revista Toxicodependências**, Lisboa, v. 10, n. 3, IDT ed. 2004.

CLARO, H. G.; FERNANDES, I. F. A. L.; BOURDREAUX, J. T.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; TARIFA, R. R. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.23, n.6, p. 1173-1180, 2015.

CORRÊA, A. K; MARTINS, E. R. C. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. especial, 2004.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2010**. Disponível em:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=290460. Acesso em: 2014.

KARAM, M. L. Legislações Proibicionistas em Matéria de Drogas e Danos aos Direitos Fundamentais. **Revista Semestral autogestionária do Núcleo de Sociabilidade Libertária**, São Paulo, v. 12, n. 20, p. 181-212, 2007.

KESSLER, F. H. P. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity index (ASI 6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país.**

Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.621-631, 2010.

LIMA, I. M. S.; ALVES, V. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergências entre a saúde pública e os direitos humanos.

Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública.

Revista História, Ciência e Saúde, Manguinhos, v. 14, n. 3. p. 801-821, 2007

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NAPPO, S. A. Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista Instituto de Medicina Social e de Criminologia**, São Paulo, n. 3, 2001.

NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. L. A.; GALDURÓZ, J. C. F.

Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 663-670, 2010.

OLIVEIRA, E. N.; MORÓ, F. W. P.; LIMA, G. F.; MATIAS, M. M. M.; SILVA, M. W. P.; ELOIA, S. C. Caracterização da clientela atendida em centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 748-756, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**, Genebra, 2004.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**, Lisboa, 2011.

PEUKER, A. C. S.; STOLF, A.; SORDI, A.; KESSLER, F.; PECHANESKY, F.; CRUZ, M. S.; FORMIGONI, M. L. S.; FALLER, S.; BRASILIANO, S. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian states capitals. **Trends Psychiatri Psychother**, v. 36, n. 4, p. 193-202, 2014.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Psicologia: teoria e pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 2, 2009.

RAMOS, A.; FERNANDES, L. Exclusão social e violências quotidianas em “bairros degradados”: etnografia das drogas numa periferia urbana. **Revista toxicodependências**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 15-27, 2010.

ROSSET, A. P.; HORTA, B. L.; HORTA, C. L.; HORTA, R. L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, 2011.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 82-89, 2013.

SARTES, L. M. A.; COLUNGATI, F. A. B.; FERNANDES, L. R. Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI 6) light. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 132-139, 2015.

SILVA, A. A.; LACCHINI, A. J. B.; SCHIMIDT, A. L.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; GABATZ, R. I. B. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013.

TEIXEIRA, A. F.; ALIANE, P. P.; RIBEIRO, L. C.; RONZANI, T. M. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 1, 2009.

UNITED NATIONS. World Drug Report. **United Nations Office on Drugs and Crime**, New York, 2015.

VENTURA, C. A. A.; CHAGAS, F. G. L. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.

VENTURA; C. A. A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 13, n. 3, 2011.

VERAS, A. B.; PRADO, A. H. O.; PEIXOTO, C.; RODRIGUES, C. P.; CHEDA, J. L. D.; MOTA, L. B. T. Impacto de perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 317-321, 2010.

AÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **Gravidade da dependência química e perfil sociodemográfico dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas no sudoeste baiano**. Após receber os esclarecimentos descritos neste documento, você decidirá se aceita participar da pesquisa ou não. Caso aceite, você deverá assinar em duas cópias que já estarão assinadas pelas pesquisadoras, professora Maysa Ferreira Martins Ribeiro e Leiliane Martins Ângelo (acadêmica do curso de Mestrado em atenção à saúde da Pontifícia Universidade Católica – PUC Goiás) e por um dos entrevistadores do estudo. Você ficará com uma cópia deste documento e a outra cópia com a pesquisadora responsável pelo estudo.

Caso não aceite, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Maysa Ferreira Martins Ribeiro, telefone: (62) 8454 – 4108 ou com a pesquisadora Leiliane Martins Ângelo Santos telefone: (77) 9968 – 4496. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512.

Este estudo tem como objetivo principal conhecer a gravidade da dependência química dos usuários de substâncias químicas além de descrever o perfil sociodemográfico dos entrevistados, identificar o padrão de consumo e sintomas relacionados ao uso de substâncias, aspectos relacionados ao tratamento, envolvimento com a justiça criminal e comparar os resultados obtidos entre usuários de substâncias lícitas e ilícitas.

Será realizada uma entrevista individual que pode durar de 40 a 60 minutos, com perguntas sobre seus dados pessoais, condição de moradia, situação de saúde física, emprego e renda, uso de álcool e outras drogas, envolvimento com a justiça criminal, relacionamento social e familiar.

Existe o risco de você ficar ansioso, triste e/ou constrangido durante a entrevista por lembrar de fatos de sua vida pessoal, caso isso ocorra, você poderá solicitar que a entrevista seja interrompida ou poderemos remarcar a entrevista se você quiser. Você pode ter acesso aos seus dados individuais da entrevista, caso queira, deverá solicitar durante a entrevista e após a conclusão da pesquisa eu mostrarei individualmente, em encontro oportuno.

Os resultados deste estudo serão apresentados a vocês e a equipe da instituição e poderão ajudar a melhorar o tratamento que você recebe. Este trabalho será publicado em revistas e

outros meios e com isso poderemos gerar discussões atualizadas sobre o tema e contribuir para prevenção e tratamento de usuários/dependentes de substâncias químicas.

Seus dados pessoais serão usados exclusivamente para pesquisa e não serão revelados. Não haverá pagamento ou custos para sua participação. Você tem direito a indenização caso tenha prejuízo decorrente de sua participação. O estudo será suspenso caso haja possibilidade de exposição a riscos não previstos para o participante, pesquisadora ou entrevistadora.

Para minimizar os riscos as entrevistas serão realizadas individualmente em local tranquilo, na unidade em que faz tratamento, conforme sua disponibilidade. Para confirmar sua participação você deverá assinar este documento que está assinado pelos pesquisadores responsáveis. Você terá plena liberdade de recusar participação ou retirar seu consentimento durante o estudo e não será penalizado por isso.

Eu _____, RG: _____, abaixo assinado, discuti com Leiliane Martins Ângelo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, garantias de confidencialidade. Ficou claro também que minha participação é livre de despesas e que tenho garantia de interromper a entrevista quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, durante a realização do estudo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____, _____, de _____, de 201__.

_____/_____/_____
Assinatura do participante

_____/_____/_____
Assinatura da testemunha

_____/_____/_____
Assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo

_____/_____/_____
Assinatura da 2ª pesquisadora do estudo

_____/_____/_____
Assinatura da entrevistadora

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gravidade da dependência química e perfil sociodemográfico dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas no sudoeste baiano

Pesquisador: Maysa Ferreira Martins Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37533514.8.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 847.678

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa transversal descritivo do Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica - PUC Goiás - com método de abordagem quantitativa que será realizado em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 1 - localizado na macrorregião Sudoeste da Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a gravidade da dependência química dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas admitidos em um serviço de saúde no sudoeste baiano.

Objetivo Secundário:

Descrever perfil sociofamiliar, econômico, demográfico, de saúde clínica e psiquiátrica, de consumo de substâncias e da situação laboral; Identificar aspectos relacionados ao uso de Drogas, Família/Filhos, Álcool, Psiquiatria, Emprego, Família e suporte social, Problemas sociais e Familiares, área Médica e Legal; Comparar a gravidade da dependência química entre usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 847.678

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios devidamente descritos e dentro do indicado pela Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A relevância do projeto, além da divulgação científica, reside no fato que os resultados poderão direcionar práticas cada vez mais eficientes no tratamento dos pacientes admitidos neste CAPS, direcionando maiores cuidados aos pacientes mais graves; além de poder gerar autoconhecimento para os mesmos, uma vez que permite ao participante ter acesso aos dados individuais, podendo inclusive reforçar a disposição para o tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação está de acordo com o Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 28 de Outubro de 2014

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
 (Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br

(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. doença, lesão, dor, desconforto, 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 incluir hospitalizações para tratamento de álcool/drogas ou psiquiátrico, ou pontos não concluídos

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?
A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
000 → M27

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

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

Comentários:

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

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
1 – Ensino Fundamental 4 – Bacharelado
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
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/escrive (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 (TD) (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. Dono 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, Exceção 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 tempo integral, mais longo?
– com um empregador ou como autônomo
Meses
000 → E17

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

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

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

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

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

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? 1 – Sim, 0 – Não
ex. crédito educativ o, casa, empréstimos bancários.

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

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 sustenta, 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: _____

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

Histórico de Tratamentos

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

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas?
A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?
ex. disulfiram, naltrexona (Revia), acamprosato (Campra), 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) drinks¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinks por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool?
[se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

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

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

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

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;
ou
teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões;
ou
teve problema com a lei? 1 – Sim, 0 – Não
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

Comentários:

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

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue a o 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:

- Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique "N" e passe para a próxima substância (D26-A).**
- Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
- 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. Uso como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D27. Cocaína inalada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Crack/Merla/Oxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D29. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D30. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários adicionais:

Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Álcool	07 – Heroína
02 – Maconha	08 – Metadona
03 – Sedativos	09 – Outros Opióides
04 – Cocaína / Crack	10 – Inalantes
05 – Estimulantes	11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
06 – Alucinógenos	12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

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

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

Comentários adicionais:

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/DE GASE)? 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?.....
- ou equipamentos de droga (parafusos) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas?
- vender incluí tráfico/ distribuir | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9. Roubo?.....
- roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro?
- fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio - em loja | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L11. Crime violento?.....
- violência doméstica, estupro, assassinato. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo?
- inclua cafetagem, dinheiro por sexo, porno gráfica | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado?.....
- ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal?.....
- violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <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 00 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?.....
- traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?
Se L28 = 0 → L29 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28d. Praticou arrombamento..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28e. Roubou veículo a motor..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28f. Falsificou..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28g. Fraudou..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28h. Cometeu vandalismo..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28j. Roubou / danificou propriedade..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29. A meaçou ou agrediu alguém?.....
- com ou sem uma arma;
- inclua violência doméstica, estupro e assassinato Se L29 = 0 → L30
- exclua roubo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29c. A meaçou sem agressão física..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29f. Agrediu sexualmente..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29g. Assassinou alguém..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29h. OUTRO..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

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

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

NOTA: Para F3 - F9:

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

Nos últimos 30 dias, você:
 (1 - Sim, 0 - Não)

- | | A. Parceiro(s) | B. 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. <u>teve qualquer contato</u> , como, cartas, telefones ou e-mail (outro) cont. - se F3+F4= 0, Pule para F9 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F5. <u>falou para (A/B/C)</u> sobre seus sentimentos ou problemas?..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. <u>teve problema de relacionamento c/</u> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. <u>teve qualquer discussão</u> com:..... <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1 - Sim, 0 - Não <input type="checkbox"/> | | | |

Comentários:

.....

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

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

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

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

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' A nos Atrás Meses Atrás

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

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

- [NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]
- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 - Sim, 0 - Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
- inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (então o/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? 1 - Sim, 0 - Não
- codifique crianças que passaram a não regulamentar ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo
- [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

A.010

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.

Lista de Álcool e Outras Drogas

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

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

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Diáludon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizelfast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clazol, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, A prax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lora x, Mesmerin, Aivan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadom, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurila), Novazepam, Relaxil, Scmalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

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

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

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

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

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

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

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

Principais Grupos de Ocupação

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

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

ANEXO C

E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO

The screenshot shows a Yahoo! Mail interface. The search bar contains 'kessler.ez@terra.com.br'. The email list shows one email titled 'Utilização do instrumento ASI6 (5)' from 'Eu' (me) to 'kessler.ez@terra.com.br, fpechans@uol.com.br' on '2 de Abr'. The email content is as follows:

Dr. Felix Kessler
Dr. Flavio Pechansky,

Prezados Doutores,

Sou Enfermeira pela Universidade Estadual da Bahia e estudante do curso de Mestrado em Atenção a Saúde do programa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC - GO.

Minha área de estudo transita na saúde mental (álcool e drogas) e acredito que o instrumento ASI6 seja ideal para utilizar em minha pesquisa que pretende avaliar os usuários de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na Bahia em relação à gravidade da dependência e adesão ao tratamento.

Entro em contato para solicitar autorização para utilizar o instrumento ASI6 (versão português) e orientações de como proceder a esta utilização caso seja viável a disponibilização do mesmo.

Anteço agradecimentos,

Leiliane Martins Ângelo
Enfermeira do CAPS I - Brumado/BA
Especialista em Saúde Pública
Mestranda em Atenção à Saúde

The screenshot shows a continuation of the Yahoo! Mail interface. The email list shows the same email 'Utilização do instrumento ASI6 (5)'. Below it, there are two more emails in the thread:

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

Felix Kessler
Para Eu, fpechans@uol.com.br
2 de Abr

Ok sem problemas, Leiliane. Todas as informações estão disponíveis no site www.cpad.org.br, em escalas para download e na minha tese de doutorado que está disponível no Google. Ok? Fico a disposição para outras dúvidas. Um abraço, Felix

Enviada do meu iPhone

Em 02/04/2014, às 00:26, Leiliane Martins <leiliane.angelo@yahoo.com.br> escreveu:

> Mostrar histórico de mensagens

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

fpechans@uol.com.br
Para Eu
3 de Abr

----- The following is an automated response to your message
----- generated on behalf of fpechans@uol.com.br

ANEXO D

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS PARA A REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço,

resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). **Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica,

sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições

individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo. Nomenclaturas 1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. 2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos

mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF"¹¹ ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO E**NORMAS DA REVISTA**

Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo
 Av. dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. CEP: 14.040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil.
 Fone: 55 (16) 3315-4407/3315-3451
 Suporte submissão: author@eerp.usp.br

Instruções aos autores	
Preparo do artigo	
Formato de arquivo.....	1
Estrutura	1
Papel	1
Quantidade de páginas	1
Formatação	1
Título	1
Resumo	1
Descritores	2
Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão	2
Introdução	2
Método	2
Resultados	2
Discussão	2
Conclusão	2
Tabelas	2
Figuras	3
Citações no texto	4
Siglas	4
Falas de sujeitos	4
Notas de Rodapé	4
Referências	4
Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos	5
Estudos de tradução e validação de instrumentos	5

Formato de arquivo

- . doc ou docx (MS Word)

Estrutura

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Papel

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Numeração de páginas não é permitida.

Formatação

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas
- . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, lista numeradas ou lista com marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas

- . Negrito

. Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

Resumo

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto. O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas

. Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão

. Redigido em um único parágrafo

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas

. Até 200 palavras

Descritores

- . Descritores em português

- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: itálico, caixa alta, excessivas subseções, subseções com nomes extensos, listas numeradas e listas com marcadores do MS Word.

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do

estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas

Título

Informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição “do que / de quem”
- . de acordo com “o que” ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de

New!

New!

3

mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

- . Localizado acima da tabela

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word

. Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula

. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter

- . Recuos utilizando a tecla Tab

- . Espaços para separar os dados

- . Caixa alta

- . Sublinhado

- . Marcadores do MS Word

- . Cores nas células

Cabeçalho

- . Negrito

- . Sem células vazias

Tamanho

- . Evitar tabelas com mais de uma página

. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no

final do artigo ou em arquivos separados

Notas de rodapé

. Restritas ao mínimo necessário

. Indicadas pelos símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

. Restritas ao mínimo necessário

. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa.

Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

Figuras

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

. Localizado abaixo da figura

Quadros

. São semelhantes às tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas

. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Gráficos

. Não devem repetir os dados representados nas tabelas

. Plenamente legíveis e nítidos

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Em tons de cinza e não em cores

. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Desenhos, esquemas e fluxogramas

. Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas

. Lógicos e de fácil compreensão

. Plenamente legíveis e nítidos

. Em tons de cinza e não em cores

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

New!

4

Fotos

. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)

. Plenamente legíveis e nítidas

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Em preto e branco e não em cores

. Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Quantidade

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

. Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

Inserção no texto

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Siglas

. Restritas ao mínimo necessário

. Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Notas de rodapé

. Apresentadas entre a figura e o seu título

. Indicadas pelos símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Formato e resolução para publicação

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto

Formatação

. Números arábicos, sobrescritos, entre parênteses e em ordem crescente iniciando na citação 1. Ex: (1)

. Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

Citações de referências sequenciais

. separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (5-9)

Citações de referências intercaladas

. separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14)

Local de inserção

. quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar

antes da mesma

Citações “ipsis literes”

. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto.

Itens não permitidos

. espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede

. indicação da página consultada

. nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico

. citações nas Conclusões

Siglas

. No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem

. Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

. Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos

. Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na sequência do texto

. Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé

. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário

. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentandoos tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.

. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências

. Estilo Vancouver

. Artigos Originais: até 25 referências

. Artigos de Revisão: sem limite máximo

. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.

. Referências da RLAE citadas em inglês

Ensaio clínico randomizados, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos

observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

A RLAE apoia a iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa e, portanto, adota a utilização de guias internacionais que orientam os autores

na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaio clínico randomizado), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos) e seu uso na preparação do artigo pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas e Metanálises

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, preenchê-los e enviá-los à revista no momento da submissão.

Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, não preenchê-los e nem enviá-los no momento da submissão.

Links para download dos checklists e fluxogramas

. Ensaio clínico randomizado: checklist e fluxograma CONSORT em MS Word

. Revisões sistemáticas e metanálises: checklist e fluxograma PRISMA em MS Word

. Estudos observacionais em epidemiologia: checklist STROBE em pdf

. Estudos qualitativos: checklist COREQ publicado Int. Journal for Quality in Health Care em 2007

em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research*

(COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.