

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

**Anamaria Donato de Castro Petito**

**ANSIEDADE, IDEAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE  
CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

GOIÂNIA  
2017

**Anamaria Donato de Castro Petito**

**ANSIEDADE, IDEAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE  
CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cejane Oliveira Martins Prudente

GOIÂNIA

2017

O48s Petito, Anamaria Donato de Castro

Ansiedade, ideação suicida e qualidade de vida de pessoas que consomem substâncias psicoativas[ [manuscrito]]/-- 2017.

121 f.; il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde , Goiânia, 2017

Inclui referências f.71-81

1. Qualidade de vida. 2. Drogas - Saúde. 3. Ansiedade. 4. Suicídio. I.Prudente, Cejane Oliveira Martins. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 616-083(043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Anamaria Donato de Castro Petito

### ANSIEDADE, IDEAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE CONSUMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde

Aprovada em 15 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cejane Oliveira Martins Prudente  
Presidente da banca – PUC Goiás

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Cardoso Caixeta  
Membro efetivo, Externo - Faculdade de Enfermagem  
Universidade Federal de Goiás

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino  
Membro efetivo, Interno – PUC Goiás

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adenícia Custódia Silva e Sousa  
Membro Suplente, Interno – PUC Goiás

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Silva do Prado  
Membro Suplente, Externo – Faculdade Evangélica de Ceres  
Associação Educativa Evangélica

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo a minha mãe, Helena Daniel, pelo seu amor incondicional, por me apoiar em todas as minhas escolhas e ao meu marido, Guilherme Petito, por seu companheirismo e compreensão durante a realização deste sonho.*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades.*

*À minha mãe que com sua determinação e seu amor incondicional me proporcionou ser a pessoa que sou. Obrigada por me educar, me ensinar, me ajudar a tomar as decisões certas. Sem a senhora jamais estaria onde estou.*

*Ao meu marido, meu amor, por você sempre me entender, me apoiar, me amparar. Obrigada por ser meu alicerce, minha motivação, por ficar comigo em todas as horas. Por entender as vezes que não pude estar em família, por ficar comigo até altas horas me dando apoio. Obrigada por acreditar junto comigo nos meus sonhos. Sem você jamais conseguiria.*

*A minha sogra que sempre me incentivou e me acolheu como uma filha durante os dias difíceis. Obrigada por compartilhar minhas angústias, meus medos e minhas alegrias.*

*Às minhas irmãs e sobrinhas que mesmo distantes estavam presentes, com seu carinho e afago. Sem vocês não teria forças para terminar.*

*Aos meus cunhados, a alegria de vocês fez esses dias difíceis um pouco mais amenos. Obrigada por cuidar das pessoas que mais amo.*

*À minha cunhada, que com sua clareza e certeza me auxiliou na construção desse estudo.*

*À Prof<sup>ta</sup> Dr<sup>a</sup> Cejane por acreditar no meu trabalho e me dar todo suporte necessário durante esse longo caminho da ciência e por me inspirar a ser uma pessoa cada vez melhor.*

*Às professoras do MAS pelos ensinamentos valiosos para vida profissional. Vocês são minha inspiração. Mostraram-me o quanto o caminho da pesquisa é longo, mas que apesar de longo também pode ser prazeroso.*

*As minhas amigas Paula e Jordana, que além de amigas do mestrado, agora são amigas para a vida. Vocês tornaram esse momento ainda mais especial. Obrigada por compartilhar comigo todos os momentos, angústias, alegrias, dúvidas. Vocês são demais!*

*Àos profissionais do CAPS, que sempre foram muito prestativos. Não mediram esforços para que essa pesquisa se concretizasse.*

*À FAPPEG e a PUC-Goiás, pelo apoio institucional e financeiro que proporcionou o desenvolvimento deste trabalho.*

## RESUMO

PETITO, A.D.C. **Ansiedade, ideação suicida e qualidade de vida de pessoas que consomem substâncias psicoativas**. 2017. 121p. Dissertação de Mestrado – Mestrado em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Em torno de 250 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2014. Entre as consequências do uso de substâncias psicoativas (SPA) encontram-se os altos índices de abandono escolar, o aumento do índice de violência, complicações na saúde física e mental que afetam negativamente a qualidade de vida (QV). Altos índices de ansiedade, episódios de depressão e ideação suicida também são associados ao uso de drogas. A dissertação foi construída na modalidade de artigo científico. O primeiro artigo trata de uma revisão integrativa da literatura que objetivou analisar qualidade de vida (QV) de consumidores de substâncias psicoativas (SPA) e os aspectos que a influenciam. Adotou-se as bases de dados MEDLINE, LILACS e *PubMed*, com estudos publicados entre 2007 a 2017. Foram selecionados 22 artigos que tinham como foco principal a avaliação da QV de pessoas que consomem SPA por meio de instrumentos psicométricos. A QV de consumidores de SPA está prejudicada quando comparada a população em geral, principalmente nos domínios físico e mental. Características sociodemográficas e o padrão do uso influenciam a QV. O segundo artigo teve como objetivo analisar a intensidade da ideação suicida, o nível de ansiedade e a QV de pessoas que consomem SPA atendidos em um centro de atenção psicossocial (CAPS). Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com consumidores de SPA cadastrados no CAPS, com idade acima de 18 anos. Os instrumentos utilizados foram WHOQOL-bref, Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). A amostra foi composta por 62 participantes, com média de idade de 37,24 anos ( $\pm 12,31$ ), a maioria cursou até o ensino fundamental completo, não possuíam companheiro, estavam desempregados, com uma renda familiar de até dois salários mínimos. As SPA mais utilizadas foram o álcool, o tabaco e seus derivados, maconha e cocaína/crack. O nível de ansiedade grave foi o mais prevalente e a ideação suicida esteve presente em 20,97% dos participantes. A QV esteve prejudicada em todos os domínios. Participantes que estavam desempregados tiveram domínio físico prejudicado em relação aos aposentados e empregados ( $p > 0,01$ ). Quanto mais jovem o participante experimentou a droga maior era o sentimento de ideação suicida ( $p = 0,02$ ). Houve correlação negativa entre ansiedade e os domínios físico ( $p > 0,01$ ), psicológico ( $p > 0,01$ ) e relações sociais ( $p > 0,01$ ) da QV. A Ideação suicida apresentou correlação negativa com os domínios físico ( $p > 0,01$ ), psicológico ( $p > 0,01$ ), e relações sociais ( $p > 0,01$ ) da QV. Indivíduos que já haviam tentado suicídio tiveram maior ideação suicida ( $p = 0,004$ ) e pior QV nos domínios psicológicos ( $p > 0,01$ ) e relações sociais ( $p > 0,01$ ). Diante dos fatos apresentados, percebe-se os impactos que o consumo de SPA como ansiedade, sentimentos de ideação suicida e consequente baixa QV. As implicações do consumo de SPA são imensuráveis, elas têm um amplo espectro no campo da saúde, da economia, da educação, do planejamento, da assistência social. Entender a complexidade e a multicausalidade do consumo de SPA e sua relação com os agravos à saúde da população, contribuem para formulação de novas políticas de saúde que poderão ser desenvolvidas para os consumidores de SPA.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Substâncias Psicoativas; Ansiedade; Ideação Suicida; Usuários de Drogas.

## ABSTRACT

PETITO, A.D.C. **Anxiety, suicidal ideation and quality of life individuals who consume psychoactive substances**. 2017. 121p. Master's Dissertation – Master in Health Care Management, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. (PUC)

Around 250 million people, that is, 5% of the global population between 15 to 64 years old, used illicit drugs in 2014. Among the consequences caused by the use of these psychoactive substances (NPS), we can see high rates of quitting school, violence, mental and physical health complications in which has negatively affected their life quality. High rates of anxiety, reports of depression and suicidal thoughts are also associated with drug use. The dissertation was built within the modality of a scientific article. The first article is based upon an integrative review of the literature in which its purpose was to analyze the life quality among the psychoactive substance (NPS) consumers, and the aspects that influence it. In order to make this possible, the MEDLINE, LILACS and PubMed databases were used, and studies and papers were published from 2007 to 2017. Twenty-two articles were selected in which the main goal of them was to evaluate the life quality of the people who have used NPS through psychometric tests. The life quality of these NPS users is highly affected when compared to the general population, especially when it comes down to mental and physical state. Sociodemographic characteristic and the standard use can influence the life quality. The main purpose of the second article was to analyze the intensity of the suicidal thoughts, the anxiety rate, as well as the life quality of people who consume NPS who were seen in a psychosocial care facility. It involves a cross-sectional study with over 18-year-old NPS consumers registered within the facility mentioned. The instruments used for these tests were WHOQOL-BREF and Beck Anxiety Inventory (BAI) and The Beck Scale for Suicide Ideation (BSI). The sample was comprised of 62 participants, averaging 37,24 years old ( $\pm 12,31$ ), where most of them had only graduated elementary school, had no partners, were unemployed, and their family income were at most two minimum wages. The most used NPS were alcohol, tobacco and its derived, marijuana and cocaine/crack. The extremely high level of anxiety was the most serious and prevailing, and the suicidal thoughts was present within 20,97% of the participants. The life quality was affected in all of them. Unemployed participants were the one who most suffered some kind of physical problem in comparison to retired and employed tested individuals ( $p > 0,01$ ). The youngest the participant was when he first tried NPS, the highest was the suicidal thoughts and feelings ( $p = 0,02$ ). There was a negative correlation between anxiety and physical control ( $p > 0,01$ ), psychological ( $p > 0,01$ ), and social relation ( $p > 0,01$ ) of the life quality. Those who had already tried to commit suicide before, were among the ones with higher suicidal thoughts ( $p > 0,01$ ) and terrible life quality involving psychological control ( $p > 0,01$ ) and social relation ( $p > 0,01$ ). As we can observe what has been presented, it is clear the impacts in which the use of NPS has caused: Anxiety, suicidal thoughts, and therefore low and awful life quality. The consequences of NPS use are immeasurable. They have a wide aspect within areas involving health, economy, education, planning and social assistance. Understanding the complexity and the multiple sequels of NPS use, and its relation with the health problems caused to the population, leads to the creation of new health policies in which could be used within the treatment of NPS consumers. Keywords: Quality of Life; Psychoactive substances; Anxiety; Suicidal Ideation, Drug users.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Revisão da literatura

#### Figuras

- Figura 1 - Sistematização da busca utilizando descritores, sinônimos e operadores booleanos. 29

#### Quadros

- Quadro 1 - Critérios da CID -10 para dependência de substâncias 18
- Quadro 2 - Classificação das SPA de acordo com o efeito farmacológico e padrão do uso 32

### Artigo 1

#### Figuras

- Figura 1 - Demonstração de estratégia de busca sistematizada com operadores booleanos. 40
- Figura 2 - Diagrama da seleção de artigos para revisão integrativa 41

#### Quadros

- Quadro 1 - Características gerais dos estudos analisados. Classificados por ordem cronológica 43

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 - Principais SPA analisadas nos estudos que avaliaram a qualidade de vida de consumidores de SPA publicados no período de 2007 a 2017.	45
---	----

### Artigo 2

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e hábitos de consumo dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)	58
Tabela 2 - Avaliação da ansiedade, ideação suicida e tentativa de suicídio dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)	59
Tabela 3 - Média, desvio-padrão (DP), mínimo e máximo dos domínios da qualidade dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)	60
Tabela 4 - Comparação entre a situação ocupacional e os domínios da QV, ideação suicida e ansiedade de consumidores de SPA, Brasil Central, 2016. (n=62)	60
Tabela 5 - Correlação entre idade do primeiro uso de SPA ilícita, QV, ideação suicida e ansiedade dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	<i>Beck Anxiety Instrument</i> (Escala de ansiedade de Beck)
BSI	<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i> (Escala de Ideação Suicida)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio padrão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LQOLP	<i>Lancashire Quality of Life Profile</i>
MCS	<i>Mental Health Component Summary Score</i> (Pontuação sumária do componente saúde mental)
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i> (Centro Internacional de informações de Biotecnologia)
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i> (Perfil de Saúde Nottingham)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Pubmed	<i>United States National Library of Medicine</i>
PWI - A	<i>Personal Wellbeing Index – Adult</i> (Índice de bem-estar pessoal – Adulto)
QV	Qualidade de vida
SF	<i>Short Form Health Survey</i>
SPA	Substância Psicoativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOP	<i>Treatment Outcomes Profile</i>
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> (Departamento das Nações Unidas sobre crimes e drogas)
WHO	World Health Organization
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i> – Instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

WHOQOL *World Health Organization Quality of Life* – Instrumento de qualidade  
– bref de vida da Organização Mundial de Saúde abreviado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Substâncias psicoativas</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>19</b>
<b>2.3</b>	<b>Ideação suicida</b>	<b>22</b>
<b>2.4</b>	<b>Qualidade de vida</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>Artigo 1</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>Artigo 2</b>	<b>31</b>
4.2.1	Tipo e local de estudo	31
4.2.2	População/Amostra	32
4.2.3	Instrumentos	32
4.2.4	Procedimento de coleta de dados	34
4.2.5	Descrição das variáveis e análise dos dados	35
4.2.6	Aspectos éticos	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>37</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo 1</b>	<b>37</b>
<b>5.2</b>	<b>Artigo 2</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>70</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE A. FICHA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO A. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO B. INQUÉRITO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL – bref</b>	<b>86</b>

<b>ANEXO C. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO D. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI)</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO E. PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS INSTRUMENTOS DE BECK</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO F. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO G. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO H. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA TEXTO E CONTEXTO</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) retrata que, cerca de 250 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2014. Neste mesmo ano, 183.000 mortes estiveram relacionadas ao abuso de substâncias. Esse número corresponde a uma taxa de mortalidade de 40 por milhão da população mundial (UNODC, 2016). Em 2005, uma pesquisa analisou as 108 maiores cidades brasileiras e revelou que 22,8% da população usam algum tipo de droga psicotrópica seja ela lícita ou ilícita, excluindo o álcool e tabaco (BRASIL, 2005). Em 2010, estudo realizado nas capitais brasileiras revelou que em Goiânia, mais de 31% dos jovens já experimentaram drogas durante a vida, dados considerados acima da média nacional (25,5%) (BRASIL, 2010).

Entre as consequências do uso de substâncias psicoativas (SPA) encontram-se os altos índices de abandono escolar, o aumento do índice de violência, complicações na saúde física e mental, bem como o rompimento de outros vínculos sociais que reforçam a percepção pública deste uso como próximo ao crime, fatores estes que, alteram a percepção sobre a Qualidade de Vida (QV) (BRASIL, 2003).

Vários fatores interferem negativamente na QV, entre eles pode-se citar o abuso de SPA, altos níveis de ansiedade, episódios de depressão e ideação suicida, afetam diretamente os aspectos psicológicos, ambientais e de auto avaliação física. A compreensão destes indicadores de saúde e suas correlações, é importante para elaboração de políticas públicas adequadas e efetivas de prevenção ao uso indevido de SPA (MOREIRA et al., 2013).

O vale do São Patrício é uma Regional de Saúde do Estado de Goiás. Os 20 municípios da região alojam uma população de 167.159 habitantes, sendo a menor população com 2.058 habitantes em São Patrício e a maior composta por 21.782 habitantes em Ceres (BRASIL, 2017). Em particular, a cidade de Ceres é considerada referência na área da saúde e produção de hortifrutigranjeiros no Estado de Goiás. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Flor de Liz, foi fundado em 2014 e é o primeiro desse município. Analisar a qualidade de vida da população atendida nessa instituição aperfeiçoará a mensuração dos resultados terapêuticos e julgamentos clínicos, para ponderação entre o impacto físico e psicossocial que as doenças e disfunções causam na vida desses indivíduos. Favorecerão, também, uma melhor relação profissional-

cliente, onde ambos conseguirão identificar o processo de doença de forma mais ampla.

Espera-se com este estudo, contribuir para que o atendimento aos consumidores de SPA desta instituição a fim de refletir sobre as políticas empregadas e a formulação de novas ações/estratégias para minimizar o impacto do abuso de substâncias na QV dos indivíduos.

Portanto, entender essas morbidades poderão também mobilizar projetos futuros para o desenvolvimento de uma melhor promoção da saúde e um melhor atendimento as pessoas que consomem de SPA no estado de Goiás. Neste contexto, as pesquisas epidemiológicas sobre a magnitude do uso de SPA são de especial relevância para elaboração de políticas públicas adequadas e efetivas de prevenção ao uso indevido dessas substâncias.

Essa dissertação foi construída na modalidade de artigo resultando dois artigos científicos que objetivaram atender as seguintes questões: Qual a qualidade de vida de consumidores de substâncias psicoativas e os aspectos que a influenciam, tendo como base uma revisão literária? Qual o perfil sociodemográfico das pessoas que consomem SPA atendidos em um CAPS? Qual a intensidade e frequência da ideação suicida, o nível de ansiedade e o padrão de QV das pessoas que consomem SPA atendidos em um CAPS? Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e hábitos de consumo de SPA com a intensidade da ideação suicida, o nível de ansiedade e a QV?



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas (SPA) estão presentes desde o início da humanidade. Existem registros do uso de álcool no Egito e na Babilônia há mais de seis mil anos. A cocaína era utilizada na comunidade Inca e pelos Espanhóis que acreditavam que este seria o elixir da vida e a cura de muitas doenças, utilizando-os para melhor disposição no trabalho, em cultos religiosos e como analgésicos (MARTELLO; FETT, 2013; MEDEIROS et al., 2013; PORTUGAL; CORREIA; SIQUEIRA, 2010).

O abuso de substâncias químicas não é um fenômeno novo, estando presente em vários momentos da história, mediado por contextos e costumes culturais, com o objetivo do alívio do desconforto físico, psíquico ou da pressão social (BARTHOLOMEU et al., 2014; PRATTA; SANTOS, 2006).

Droga é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento”, com potencial de prevenir ou curar doença ou aumentar o bem estar físico e mental (BRASIL, 2006; WHO, 1981).

As SPA são aquelas utilizadas para alterar as funções cerebrais, causando variações no estado mental, alterando de alguma forma o psiquismo. Por essa razão, são também conhecidas como drogas psicotrópicas (BRASIL, 2006). As SPA dividem-se em três classes: depressoras, estimulantes e alucinógenas do Sistema Nervoso Central (SNC) (BRASIL, 2015).

As drogas depressoras da atividade do SNC, fazem com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. São exemplos, os ansiolíticos, álcool, inalantes e narcóticos. Por outro lado, cafeína, tabaco, anfetamina, cocaína e crack são estimulantes do SNC, acelerando a atividade de sistemas neuronais, colocando o usuário em sistema de alerta exagerado (MARTELLO; FETT, 2013).

As drogas alucinógenas produzem uma série de alterações no funcionamento cerebral, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção. Por essa razão,

são também chamadas de perturbadoras. São exemplos a maconha, perturbadores sintéticos (LSD), êxtase e anticolinérgicos (BRASIL, 2015).

O crescente consumo de drogas na busca do fortalecimento da capacidade individual e coletiva e no enfrentamento de frustrações, tornou o uso dessas substâncias um grave problema de saúde pública (MARTELLO; FETT, 2013).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças 10<sup>a</sup> revisão (2015), o abuso de SPA, também denominado de uso nocivo, é caracterizado por danos físicos e psicológicos à saúde concludentes do consumo de SPA. O uso nocivo e frequente pode ocasionar a dependência, porém ela não pode ser caracterizada apenas pela quantidade ou frequência consumida (WHO, 2015). A dependência de SPA é influenciada por fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais (ARAGÃO et al., 2009).

Segundo a OMS (2015) a Síndrome de Dependência é:

“Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de drogas e que geralmente incluem um forte desejo de utilizar a droga, persistindo na sua utilização apesar das consequências nefastas, dando uma maior prioridade ao uso de drogas do que para outras atividades, maior tolerância, e às vezes um estado de abstinência física.”

A dependência pode ser decorrente de uma SPA específica, uma classe específica ou até mesmo uma série de substâncias farmacologicamente diferentes. Mas deverá apresentar pelo menos três dos sintomas apresentados no Quadro 1 (WHO, 2015).

**Quadro 1** - Critérios da CID - 10 para dependência de substâncias.

1	Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
2	Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
3	Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
4	Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da SPA são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
5	Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da SPA: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se dos seus efeitos.
6	Persistência no uso da substância, a despeito de clara evidência de consequências manifestamente nocivas, tais como: dano ao fígado por consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano

Fonte: WHO, 2015.

Além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares. Assim, afeta suas relações sociais, profissionais e causando complicações psiquiátricas. Torna-se necessário que a análise do abuso não seja feita isoladamente, mas de uma forma dinâmica, por estar centrada em um contexto complexo (BARROS; PILON, 2006; PRATTA et al., 2009).

A dependência de SPA é classificada dentre os transtornos mentais e comportamentais (OMS, 2015), considerada uma doença crônica e recorrente, que acompanha o indivíduo por toda a vida (PRATTA et al., 2009). Transtornos de ansiedade, de humor, de personalidade antissocial, de conduta, a esquizofrenia, déficit de atenção e hiperatividade são as comorbidades mais comuns associadas ao abuso de SPA (BRITO, 2014).

Duas hipóteses distintas tentam encontrar uma fundamentação para a associação entre os transtornos mentais e a dependência de SPA, uma retrata que o quadro psiquiátrico causaria sofrimento, que seria aliviado pelo uso de substâncias e a outra apresenta expressividade quando o consumo de substância antecede o aparecimento da doença psiquiátrica (BRITO, 2014).

Em estudo feito no Brasil com 160 pacientes em um programa de atendimento ao alcoolista, 60,6% dos pacientes apresentaram transtornos relacionados ao uso de SPA e 34,4% apresentaram problemas sociais, aumento do risco para divórcio e

violência conjugal, absenteísmo, multimorbidades clínicas como hipertensão arterial, doenças do aparelho gastrointestinal (esteatose, cirrose e hepatites virais), diabetes mellitos, doenças do aparelho respiratório e parasitoses intestinais e comorbidades psiquiátricas como depressão, esquizofrenia e associação a mais de uma substância (PORTUGAL; CORREIA; SIQUEIRA, 2010).

O consumo de álcool e outras drogas aumentam de duas a três vezes os riscos para transtornos de ansiedade (BRITO, 2014). Hoffman, Wu e Boether (2014), em um estudo de meta-análise, evidenciam a necessidade de buscar alternativas para diminuir a ansiedade, pois em alguns casos, apresenta maior impacto na QV do que os problemas crônicos de saúde.

## **2.2 Ansiedade**

Os distúrbios mentais e comportamentais estão presentes em 24% dos pacientes que buscam a atenção primária da saúde. De acordo com estimativas, uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre com perturbações mentais. Depressão, ansiedade e uso de substâncias são os distúrbios mentais frequentes e habitualmente estão relacionados a um ou mais transtornos físicos, exercendo um grande impacto sobre os indivíduos, famílias e comunidade. (OMS, 2001).

Os transtornos de ansiedade e fobia configuram as desordens psiquiátricas mais comuns na população urbana brasileira, com prevalência entre 10% e 18%, sendo que uma em cada quatro pessoas possuem critérios suficientes para se enquadrar em pelo menos um tipo de transtorno de ansiedade (RODRIGUES et al., 2012; SANTOS et al., 2005). Estudos apontam que altos índices de ansiedade reduzem consideravelmente a QV (NIEDERAUER et al., 2007; OMS, 2001).

A ansiedade é a resposta emocional a estímulos potencialmente ameaçadores, frequentemente acompanhada por manifestações autônomas (BATISTA; NUNES, 2014), e os principais sintomas que acompanham os estados graves de ansiedade são: taquicardia, taquipnéia, alterações na pressão arterial, relaxamento dos músculos lisos, inquietação motora, pele úmida, calafrios, pupilas dilatadas, boca seca, cefaleia e diminuição da autoestima (MELLO, 2008). Todavia um dos efeitos adversos mais comuns associados ao uso de SPA é a ansiedade aguda e ataques de pânico, sendo

que consumidores crônicos relatam uma redução na ansiedade e alívio da tensão após o uso de SPA (CARDOSO, 2014).

Observa-se que variações dos níveis de ansiedade estão entre a busca por novos meios de adaptações, dificuldade na tomada de decisões, regredindo a capacidade de percepção, concentração e dificultando escolhas. O estado de pânico, considerado a forma mais intensa da ansiedade, apresenta sensações de perplexidade, temor e terror. O indivíduo perde a capacidade de realizar tarefas, sofre com a desorientação e dificuldade de comunicação. E, esse estado costuma ser transitório, pois é incompatível com a vida, sendo que seu prolongamento causa exaustão e pode levar a morte (MELLO, 2008).

A relação entre doenças mentais e uso de álcool e outras SPA foram muito enfatizadas nos estudos das últimas décadas (ALMEIDA; FLORES; BARTHOLOMEU et al., 2014; ALSTALS et al., 2008; ARMSTRONG et al., 2013; BRITO et al., 2014; CLARO et al., 2015; KATZ et al., 2011; SCHEFFER, 2013). A utilização de substâncias e dependência são responsáveis por 30% das perturbações mentais e 90% dos casos apresentam uma perturbação dupla (OMS, 2002). Dentre os pacientes com ansiedade, 20% a 45% relatam história de dependência de álcool. Existe uma forte relação entre os sintomas dos de ansiedade e da dependência do álcool, dois terços dos sintomas apresentados fazem parte dos critérios para diagnóstico de ansiedade (ZALESKI et al., 2006).

A forma como cada substância interage com SNC pode ter relação específica com sintomas da ansiedade. Drogas depressoras causam ansiedade durante a abstinência, drogas estimulantes causam ansiedade durante a intoxicação e drogas perturbadoras podem gerar sintomas transitórios de ansiedade. É comum consumidores crônicos afirmarem que se beneficiam de uma melhora dos sintomas ansiosos após o consumo de álcool, e que é atenuado o quadro de ansiedade associado a abstinência de álcool (BRITO, 2014).

Estudo realizado com 234 estudantes de medicina, com média de idade de 22 anos, em que 28,8% consomem drogas ilícitas, ressalta a associação entre o uso de SPA e sintomas sugestivos de ansiedade e depressão. O uso de drogas relaciona-se diretamente com os transtornos de ansiedade, principalmente em mulheres com transtornos depressivos (VASCONCELOS et al., 2014).

A relação bidirecional entre a ansiedade e o uso de SPA é determinada por múltiplos fatores. O diagnóstico diferencial só poderá ser feito à partir da abstinência

do uso de SPA e dos fatores ansiosos. Caso exista a associação entre esses transtornos, o diagnóstico fica ainda mais complexo, entre a ansiedade induzida pelo uso de SPA e ansiedade como distúrbio primário, anterior ao uso de SPA (KRANZLER; LIEBOWITZ, 1988).

A ansiedade é um sinal de alerta útil diante de situações de perigo real ou potencial. Em níveis adequados, serve como advertência fazendo com que a pessoa lide de forma adequada com as ameaças internas ou externas. A ansiedade também se relaciona ao contexto da pessoa: família, trabalho, meio social. Contudo, torna-se patológica quando é desproporcional à situação que a provocou, produzindo prejuízos psicossociais e fisiológicos (FILGUEIRAS et al., 2012). Neste caso, interfere na QV, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo (CASTILHO et al., 2000). Portanto, procedimentos que viabilizam a quantificação dos níveis de ansiedade são fundamentais para o direcionamento clínico e terapêutico (FILGUEIRAS et al., 2012).

Assim para essa viabilização são aplicadas escalas de ansiedade que avaliam vários aspectos que podem ser agrupados em tópicos como: humor, cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas somáticos e outros (RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004). Existem várias escalas para mensurar a ansiedade como a Escala de Ansiedade de Hamilton, Escala de Ansiedade de Beck (BAI), Escala Clínica de Ansiedade, Escala Breve de Ansiedade e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica. De acordo com revisão de Keendweel e Snaith (1996), as escalas de Beck e Hamilton estão entre as mais utilizadas na avaliação clínica (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

As escalas permitem identificar aspectos específicos dos sintomas ansiosos e traçar associações com outros transtornos mentais (LOZANO; ROJAS; CALDERÓN, 2016). Estudo realizado na cidade de Piracicaba/SP com adolescentes grávidas indicou que 23,3% das jovens apresentaram indicativo de ansiedade e 16,7% destas apresentaram ideação suicida. Os mesmos dados revelaram que pensar em suicídio aplica-se especialmente a um subgrupo que manifesta ansiedade (FREITAS; BOTEGA, 2012).

### **2.3 Ideação suicida**

O suicídio é uma das três principais causas de morte entre aqueles economicamente produtivos (15-44 anos), e a segunda principal causa de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Todos os anos, aproximadamente um milhão de pessoas

morrem por suicídio ao redor do mundo. Em 1998, o suicídio consistia 1,8% da carga total de doenças no mundo. Estima-se que em 2020 essa taxa suba para 2,4% (WHO, 2012). O consumo de álcool, a facilidade de acesso a certas substâncias tóxicas e as armas de fogo parecem mostrar uma correlação positiva em todos os países industrializados ou desenvolvidos (OMS, 2002).

O coeficiente de mortalidade por suicídio relacionado a população total no Brasil é de aproximadamente 4,5 por 100 mil habitantes/ano (BRASIL, 2006). Cada morte proveniente de suicídio pode afetar diretamente cinco ou seis pessoas intensamente de forma emocional, social e econômica (NAVARRO; MARTINEZ, 2012).

Almeida et al. (2013), retratam que os fatores de risco no comportamento suicida são o aumento na prevalência de transtornos depressivos, o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas, mudanças psicobiológicas, aumento no número de estressores sociais e aumento das taxas de tentativas de suicídio.

O suicídio é o desfecho de uma série de situações que põem em risco a vida, chamadas de comportamentos suicidas. Eles podem ser deliberados como a preocupação, vontade ou ato, que busca intencionalmente causar dano a si mesmo. Compõem essa série a ideação suicida, que pode ser comunicada por meios verbais ou não verbais; o planejamento suicida; a tentativa de suicídio; e na pior das hipóteses, o suicídio. Essa complexidade envolve fatores genéticos, sociais, ambientais, psicológicos e situacionais (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014; WASSERMAN et al., 2010).

O comportamento suicida não é um evento isolado, é sim, o resultado de um longo processo, que normalmente está associado a distúrbios psiquiátricos como episódios depressivos, a ansiedade e o alcoolismo. Além das doenças psiquiátricas, certos comportamentos de risco também são identificados, como comportamento sexual de risco, a delinquência, o abuso de substâncias, entre outras (WASSERMAN et al., 2010). Transtornos psiquiátricos e drogadição estão presentes em 90% dos suicídios na Europa e nos Estados Unidos (MOSCICKI, 1995).

Estima-se que o comportamento suicida envolve somente no Brasil vinte e quatro mortes por dia, três mil no mundo, considerado a terceira causa de morte em jovens, e está relacionada a 90% da procura por profissionais que trabalham com problemas mentais (BOTEGA et al., 2010).

Os valores agregados ao suicídio podem esconder grandes discrepâncias, como por exemplo em áreas rurais e urbanas, podendo ser um transtorno que acomete amplamente a população (OMS, 2002). Em pesquisa de base populacional realizada em Campinas (SP) em 2009, a ideação suicida acometeu um quinto da população urbana pesquisada, sendo que essa frequência se equiparou com estudos realizados na Europa, Estados Unidos e Austrália, variando entre 10% e 18%. Entre os fatores clínicos e sociodemográficos associados a ideação suicida, de um modo geral, acometem pessoas jovens, mulheres, dependentes de SPA, solitárias e que não trabalham (BOTEGA et al., 2009). Cerca de 90% das pessoas que suicidam sofrem de distúrbios psiquiátricos diagnosticáveis e tratáveis (NAVARRO; MARTINEZ, 2012).

A ideação suicida está presente em todo ciclo vital. Para cada momento vivenciado existe um risco para o suicídio. Na adolescência surge no enfrentamento de frustrações pessoais, disfunção familiar e problemas de interação social. Na fase adulta associa-se a transtornos mentais, impulsividade, mudança socioeconômica e histórico familiar de suicídio. E na população idosa, caracteriza-se pela falta de comunicação, descuido com a medicação e frustrações. Apesar de cada fase possuir sua especificidade, o uso nocivo de SPA e a presença de transtornos mentais estão presentes em todos os períodos da vida (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014).

Em estudo caso-controle, realizado na cidade de Porto Alegre (RS), a ideação suicida esteve presente em 24% dos dependentes de SPA e o grupo controle não apresentou esse desfecho, podendo o efeito da droga ser um importante desencadeador de alterações emocionais e do comportamento (ALMEIDA et al., 2013).

Tanto a tentativa de suicídio quanto o ato suicida são motivados pela ideação suicida. Pensamentos não tratados podem prolongar ainda mais o tempo de dependência e aumentar episódios depressivos. Torna-se importante utilizar instrumentos para identificar a ideação suicida antes da sua concretização (ALMEIDA et al., 2013).

Vários estudos têm sido desenvolvidos com objetivo de encontrar os fatores de risco ou potenciais suicidas, o que tem possibilitado a utilização da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Esse instrumento identifica a presença da ideação suicida e de planejamento para o suicídio em indivíduos em processo de atendimento psiquiátrico (BORGES; WERLANG, 2006).



Um número significativo de dependentes com ideação suicida possui maior disposição para perceber várias situações como desagradáveis ou frustradoras, tendo como consequência uma QV pior à aqueles sem o transtorno (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013). As investigações sobre os comportamentos suicidas ao longo da vida refletem na expectativa de que, à partir dos conhecimentos produzidos medidas preventivas ao suicídio desencadeiam uma melhora na QV (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014).

## **2.4 Qualidade de vida**

A expressão QV tem suas origens na antiga filosofia chinesa, que visava o equilíbrio entre a arte, literatura e medicina tradicional, representadas nas forças positivas e negativas Yin e Yang. Na literatura médica surgiu em meados de 1930, mas por alguns anos o termo foi esquecido. Em 1964, o termo reapareceu após o presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson alegar que o bem-estar da população não poderia ser medido através de dados econômicos e sim através da QV (GORDIA et al, 2011).

A OMS trabalha com a formação do conceito de QV desde 1980, sendo definida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto cultural, dos valores nos quais ele vive e na relação com seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos” (WHOQOL GROUP, 1996). Este conceito leva em consideração o estado psicológico, os níveis de independência, as relações sociais, fatores ambientais e as crenças pessoais (VERDUGO et al., 2012).

A QV inclui um bem-estar subjetivo e multidimensional, influenciado por vários domínios relacionados com a vida. As percepções sociais e familiares, a saúde física, psicológica, espiritual e o status econômico devem ser observados do ponto de vista do indivíduo (HOFMAN; WU; BOETHER, 2014; PINTO-NETO; CONDE, 2008; WHOQOL GROUP, 1998).

Baseado nessa subjetividade, a descrição de QV não deve ser refletida nas opiniões dos profissionais de saúde ou dos familiares. A definição não deve ser feita com medidas relativas ou absolutas, mas sim na ampla variedade de critérios, sobre a satisfação que as pessoas sentem sobre sua vida (BORGES; SEIDL, 2014).

A noção de QV transita em um campo semântico com amplas variáveis, pois está relacionada a modo, condições e estilo de vida e as ideias de desenvolvimento

sustentável. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros para si (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Portanto, as implicações na vida do sujeito como doenças crônicas, problemas sociais, transtornos mentais, uso de substâncias, entre outros, podem afetar direta ou indiretamente a QV (FLECK et al., 2008). A medida que o indivíduo envolve-se com a droga, ao mesmo tempo ocorrem mudanças de comportamento em várias áreas da sua vida. A droga passa a ter um papel central, e outras áreas como relações sociais, familiares, emprego e saúde apresentam prejuízo consideráveis (GORDIA et al., 2011).

Quanto maior o consumo de SPA, menor será a QV (ARAGÃO et al., 2009). Variáveis associadas ao uso de SPA como a comorbidade física ou psiquiátrica, dependência de drogas, renda, estado civil e gravidade do alcoolismo contribuem diretamente na QV (LIMA, 2002). A baixa QV continua mesmo após a recuperação da dependência, decorrente dos impactos sociais e da discriminação (OMS, 2002).

Durante muito tempo o uso abusivo de substâncias foi tratado com ações punitivas por ser considerado uma “falha moral”. Porém, nas últimas décadas, a abordagem começou a ser feita de forma preventiva e terapêutica, ao ser compreendida como um sério problema de saúde, que afeta diversas áreas na vida do indivíduo, com repercussões diretas ou indiretas na QV (MARCON et al., 2014).

O consumo de drogas é influenciado por fatores ambientais, biológicos, psicológicos e sociais, causando uma interação entre a droga, o sujeito, a sociedade, o contexto socioeconômico e cultural. A QV é afetada pelas consequências do consumo de substâncias, como por exemplo a síndrome da dependência (SILVEIRA et al., 2013).

A dependência química está diretamente ligada ao desequilíbrio entre o bem-estar psicológico e físico. Causa alterações na memória, na atenção, disfunção no sistema cardíaco, problemas renais, ansiedade, depressão, problemas no sono, dificuldade financeira, de relacionamento, entre outras; e conseqüentemente reduz a QV (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens. Entre os quais se destacam acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado

de comportamento de risco no âmbito sexual e transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (LIMA, 2002).

Tendo em vista os múltiplos agravantes do uso nocivo de drogas, é urgente a busca por uma melhor QV por meio de reinserção desse indivíduo que consome substâncias na sociedade. A reabilitação do consumidor de SPA necessita ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de articular e integrar de forma planejada o atendimento ao indivíduo portador da doença mental, seus familiares e a sociedade. Esse atendimento poderá ser oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que foi criado como uma das estratégias de serviços na reforma psiquiátrica, sendo um dos instrumentos mais eficazes para organizar o atendimento às pessoas com sofrimento mental à partir da multidisciplinaridade (CLEBER; MENDES, 2012).

O CAPS é definido pela Portaria nº 224 de 29 de Janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, especificando normas e diretrizes, promovendo atendimento qualificado e cuidados necessários dentro da gestão hospitalar e ambulatorial. (BRASIL, 1992; WETZEL, KANTORSKI, SOUZA, 2008).

A consolidação do CAPS ocorreu em dezembro de 2001 com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em que a obtenção das conferências anteriores foram aprovadas (BRASIL, 2002; SILVA, 2013). Determinando assim a Lei 10.216/2001 a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de saúde mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001; SCHEFFER, SILVA, 2014).

O CAPS tem como finalidade articular e integrar de forma planejada, o atendimento ao indivíduo portador da doença mental, seus familiares e a sociedade. Ele apresenta como um programa de atendimento diário, trabalha com a individualidade, promove uma diversidade de atividades e constrói uma relação ímpar com o paciente, envolvendo e considerando todos os fatores como a família e até a cidade ou território onde estão agregados (SILVA; VIEIRA, 2008).

Segundo a Portaria nº 3.088/2011 os CAPS são classificados em: (a) O CAPS I presta atendimento para cidades de pequeno porte, com capacidade de atender entre 20.000 e 70.000 habitantes; (b) O CAPS II presta atendimento para as cidades de médio porte, tendo a capacidade de atender acima de 70.000 habitantes; (c) O CAPS III presta atendimento em grandes cidades com capacidade de atender mais de 200.000 habitantes; (d) O CAPS álcool e drogas presta atendimento em cidades

de médio porte, acima de 70.000 habitantes; (e) O CAPS AD III atende cidades com mais de 200 mil habitantes; (f) O CAPS infantil atende acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011).

A medida de QV pode ser um importante instrumento para mensuração de resultados terapêuticos e nos julgamentos clínicos, para ponderação entre o impacto físico e psicossocial que as doenças e disfunções causam nas pessoas. Essa avaliação pode beneficiar a relação entre profissional-cliente, onde ambos conseguem identificar o processo de doença de forma ampla (JORA, 2014).

Embora seja muito complexo mensurar o sofrimento e a infelicidade, um dos métodos de aferir o seu impacto é utilizar instrumentos que meçam a QV (OMS, 2002). Para assimilação da QV, a OMS com o auxílio de 15 centros colaboradores em todo mundo desenvolveu instrumentos para medir a QV, sendo o eles o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1998). Esses instrumentos permitem a comparação entre diferentes populações por abranger vários contextos culturais. São fundamentais para elaboração de novas políticas, investigações e pesquisas para melhora da prática médica (FLECK, 2000).

Estudo realizado por Berlim et al. (2005), com pacientes brasileiros retratou consistência interna entre o questionário WHOQOL- bref e os Inquéritos de BECK. O WHOQOL- bref parece ser um instrumento psicometricamente válido e confiável, considerado adequado para avaliar QV em pacientes brasileiros com transtornos mentais (BERLIM et al., 2005).

Entende-se que a QV é um pré-requisito para saúde geral das pessoas, incluindo satisfação, felicidade e bem-estar. O conhecimento sobre os impactos que a SPA causam na QV dos consumidores de substâncias é fundamental do ponto de vista biopsicossocial, para educá-los e motivá-los a cessar o uso de drogas (MOREIRA et al., 2013).

Distúrbios psicológicos como, ideação suicida, depressão, ansiedade e estresse estão positivamente relacionados ao consumo frequente de SPA e negativamente com a QV (CHIAPETTI; SERBENA, 2007; ARMSTRONG et al., 2013). Consumidores de SPA são duas vezes mais propensos a ter uma pior QV. Mesmo sabendo que a mensuração da QV é um fator determinante de saúde, ainda há carência de estudos em consumidores de SPA (ZURBARAN; FORESTI, 2009; VENTEGODT; MERRECK, 2003).

Há escassez de pesquisas que relacionam variáveis sociodemográficas e padrão do uso de SPA em pessoas com ansiedade e ideação suicida, visto que não foram encontradas publicações que estabelecessem relação entre ansiedade, ideação suicida e QV de consumidores de SPA.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a ocorrência da ideação suicida, o nível de ansiedade e a qualidade de vida (QV) de pessoas que consomem substâncias psicoativas (SPA) atendidos em um centro de atenção psicossocial (CAPS);

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Analisar a qualidade de vida (QV) de pessoas que consomem substâncias psicoativas (SPA) e os aspectos que a influenciam, à partir de uma revisão integrativa da literatura;
- Descrever o perfil sociodemográfico de pessoas que utilizam SPA atendidos em um CAPS;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas e padrão do uso de SPA com o nível de ansiedade, a intensidade da ideação suicida e a QV dos consumidores dessas substâncias;
- Correlacionar nível de ansiedade, intensidade da ideação suicida e QV de consumidores de SPA.

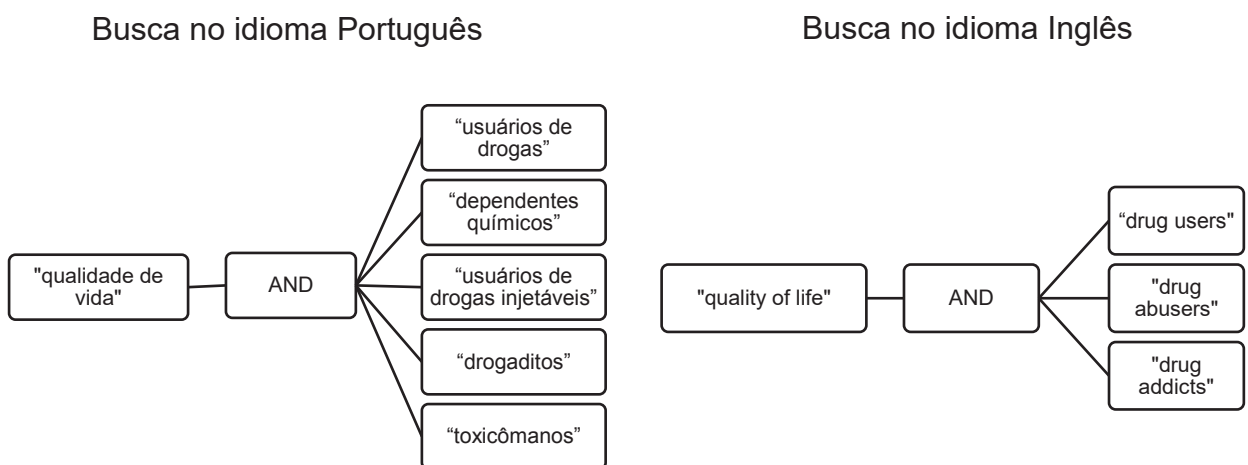
## 4 MÉTODOS

### 4.1 Artigo 1

Trata-se de uma de revisão integrativa para análise da QV de consumidores de SPA. A revisão integrativa possibilita sintetizar resultados sem ferir a epistemologia dos estudos empíricos incluídos, o que permite entender a saúde individual e coletiva à partir de diferentes metodologias empregadas (SOARES et al., 2014).

Na perspectiva de encontrar obras dentro desta estratégia, buscou-se levantar os estudos que respondessem ao problema investigado à partir da pergunta norteadora: Qual a qualidade de vida de consumidores de substâncias psicoativas e os aspectos que a influenciam? A busca foi realizada no mês de fevereiro de 2017 pelo acesso *on-line* às bases de dados eletrônicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *United States National Library of Medicine* (Pubmed Central).

Foram selecionados os seguintes descritores em inglês: *quality of life* e *drug users*; e seus sinônimos: *drug abusers*; *drug addicts*; em português: *qualidade de vida*; usuário de drogas e seus sinônimos: dependentes químicos; consumidores de drogas injetáveis; drogaditos e toxicômanos. Para sistematizar a busca foi utilizado o operador booleano “AND” com o esquema apresentado na Figura 1. O uso das aspas foi empregado para que o termo exato fosse encontrado.



**Figura 1.** Sistematização da busca utilizando descritores, sinônimos e operadores booleanos.

Foram incluídos artigos que analisaram a QV de consumidores de SPA, através da aplicação de instrumentos psicométricos; nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2007 a 2017. Excluiu-se os estudos que não tiveram como foco principal a qualidade de vida de consumidores de SPA; a duplicidade de informação; publicados em forma de cartas, comentários, revisões, relato de casos isolados, dissertações ou teses.

Na impossibilidade de buscar artigos diretamente nestas bases de dados, o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) também foi considerado como estratégia para busca de periódicos.

Para inclusão dos artigos na revisão, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os títulos e resumos foram analisados e posteriormente realizada leitura detalhada dos artigos completos a fim de buscar resposta à questão norteadora do estudo.

Por fim, desenvolveu-se análise de conteúdo, interpretação e discussão dos resultados, destacando os trabalhos que trouxeram maior contribuição para responder ao problema de pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, ressalta-se que a autoria e as citações dos autores das publicações selecionadas para a amostra foram asseguradas.

Esta primeira parte do estudo fundamentou a segunda, que consiste em um estudo transversal e observacional.

## **4.2 Artigo 2**

### **4.2.1 Tipo e local do estudo**

Estudo de corte transversal, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Ceres/Goiás.

Ceres é considerada polo regional de saúde no Vale do São Patrício. A região é composta por 23 municípios, totalizando 280.173 habitantes, com média de 8 médicos para cada mil habitantes. Ceres recebeu o título de 2º cidade com o melhor índice de desenvolvimento humano do estado de Goiás em 2013 (IDH, 2013).

O CAPS foi inaugurado em 2014, foi desenvolvido e planejado para acolher pacientes com transtornos mentais, além de pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos. Em 2016 havia 582 pessoas cadastradas no CAPS.



#### 4.2.2 População/Amostra

A população era constituída por 129 indivíduos cadastrados no CAPS de Ceres. A amostra foi composta por 62 pessoas que consumiam SPA e que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Foram incluídos indivíduos que consumiam SPA, cadastrados no CAPS de Ceres, com idade igual ou superior a 18 anos com o critério de elegibilidade o teste de Mini Exame de Estado Mental (MEEM). Os indivíduos que não estavam frequentando o CAPS e que não foram localizados após 3 tentativas de busca via ligação telefônica.

#### 4.2.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no estudo foram: Ficha de Perfil Sociodemográfico (APÊNDICE A), Mini Exame de Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL- bref) (ANEXO B), Escala de Ansiedade de Beck (BAI) (ANEXO C) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) (ANEXO D).

A ficha de perfil sociodemográfico foi elaborada pela pesquisadora e apresentava dados pessoais, como: idade, escolaridade, ocupação, religião, renda familiar, situação conjugal, questões específicas do agravo o uso de SPA, como adição do uso de drogas, tempo e vezes que recebeu tratamento, hábitos de uso atual e uso anterior de substâncias.

As substâncias foram classificadas de acordo com a OMS, diferenciadas como a forma que agem no organismo humano em drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras. Conforme a OMS o padrão do uso foi classificado em uso na vida, uso no ano, uso recente, uso frequente, usuário leve, usuário moderado e usuário pesado, como observa-se no Quadro 2.

**Quadro 2.** Classificação das SPA de acordo com o efeito farmacológico e padrão do uso.

<b>Classificação das substâncias</b>	
<b>Classificação</b>	<b>Substâncias</b>
Depressoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Álcool etílico (cervejas, vinhos, uísques, conhaques, etc.);</li> <li>• Inalantes ou solventes (cola de sapateiro, esmaltes, lança-perfumes, acetona, éter, tiner, cola de aerodelismo, óxido nitroso e outros);</li> <li>• Narcóticos (ópio, morfina, heroína, codeína, metadona, etc.)</li> <li>• Ansiolíticos (tranquilizantes, sedativos, calmantes)</li> </ul>
Estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocaína (inalada, injetada e fumada (crack ou merla)</li> <li>• Nicotina - tabaco (cigarros, cachimbo e charutos)</li> <li>• Caféina (café, chá preto, chá mate e guaraná)</li> <li>• Anfetaminas, metanfetaminas e metilfenidatos</li> </ul>
Alucinógenas ou perturbadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maconha, haxixe, skunk, óleo de THC</li> <li>• Alucinógenos (ácido lisérgico [LSD], mescalina, psilocibina, chá de santo Daime, dietoximetilanfetamina [DMT], metilenodioxianfetamina [MDA])</li> <li>• Ecstasy</li> </ul>
<b>Classificação do uso de substâncias</b>	
<b>Classificação</b>	<b>Definição</b>
Uso na vida	O uso de droga pelo menos uma vez na vida
Uso no ano	O uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses
Uso recente	O uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias
Uso frequente	Uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias
Usuário leve	Utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana
Usuário moderado	Utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês
Usuário pesado	Utilizou drogas diariamente durante o último mês

**Fonte:** Adaptado (CEBRID, 2015; SENAD, 2006).

O MEEM é um breve teste, composto por 11 questões que geram um escore máximo de 30 pontos. É usado para avaliar perdas cognitivas, orientação temporo-espacial, memória a curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e práxia construcional, possibilitando uma avaliação do estado mental do paciente (CARDOSO, 2014). Indivíduos alfabetizados, que apresentarem pontuação igual ou superior a 25 (de um total de 30), foram considerados com processos cognitivos preservados. Já os não alfabetizados, acima de 13 pontos foram considerados com processos cognitivos

preservados. Abaixo dessa pontuação (25 e 13 respectivamente), o indivíduo pode apresentar perda cognitiva de acordo com a versão validada por Bertolucci et al., (1994).

O WHOQOL-bref é um instrumento que define a QV, composto por 26 questões, sendo duas gerais de QV e as outras representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Estão agrupadas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente). As respostas são apresentadas em escala Likert (de um a cinco), em que um é a pior condição, e cinco, a melhor. O escore de cada domínio varia entre zero (pior) e cem (melhor) (WHOQOL Group, 1998). Conta com uma versão em Português validada em uma população adulta não-idosa (FLECK et al., 2000) e em uma população de pacientes adultos não-idosos deprimidos (BERLIM et al., 2005).

A Escala BAI é composta por 21 questões que avaliam a presença e intensidade de sintomas na última semana. O instrumento gera um escore de 0 a 63 pontos, sendo que, de 0 a 10 há uma indicação de grau mínimo de ansiedade, 11 a 19 ansiedade leve, 20 a 30 ansiedade moderada e 31 a 63 ansiedade grave (CUNHA, 2001). Esta escala foi validada para o Brasil por Cunha (2001).

A Escala BSI é usada para detectar a intensidade da ideação suicida, sendo baseada na última semana. As propriedades psicométricas dessa escala, na versão em português, são consideradas satisfatórias, tanto em amostras clínicas quanto em amostras não clínicas (CUNHA, 2001). Foi utilizada neste estudo a versão validada em português no Brasil por Cunha (2001).

Os testes BAI e BSI são instrumentos restritos a psicólogos, editados pela Editora Casa do Psicólogo, atualmente Editora Pearson, que mantém os direitos autorais. Os instrumentos em anexo (ANEXO C e D) foram adquiridos conforme a lei nº4.119/62, com o protocolo de autorização de uso nº135150709001635 de 13 de novembro de 2015 (ANEXO E).

#### 4.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Por meio do acesso aos prontuários, foi elaborado um banco de dados dos consumidores de SPA cadastrados no CAPS e catalogados em ordem alfabética e números arábicos. O estudo deu início após a leitura e assinatura do TCLE (APENDICE B), subsequentemente com a aplicação dos instrumentos nos

consumidores que frequentam o CAPS, de acordo com as rotinas da unidade (reuniões em grupo, terapia familiar e consultas).

Inicialmente aplicou-se o MEEM para verificar a elegibilidade para o estudo, logo em seguida e em um único momento, os instrumentos: Ficha de Perfil Sociodemográfico, WHOQOL- bref, BAI, BSI. As Escalas de Beck (ansiedade e ideações suicidas), são de uso restrito aos psicólogos e por esse motivo, foram aplicadas pela psicóloga colaboradora da pesquisa. Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, para que o maior número de respostas fosse obtido. As pesquisadoras se colocaram ao lado do participante simultaneamente, para que o mesmo visualizasse o instrumento que estava sendo aplicado. O tempo médio de coleta foi de 36 minutos.

#### 4.2.5 Descrição das variáveis e análise dos dados

Inicialmente os dados foram coletados e inseridos em uma planilha com utilização do *software* Excel®, pacote Office (2013) e posteriormente analisados com a utilização do programa estatístico *Software R e Action R*. A descrição do perfil sociodemográfico dos consumidores de SPA foi apresentada por meio de tabelas de frequência com porcentagem, para as variáveis qualitativas, e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínima e máxima) em relação as variáveis quantitativas dos instrumentos WHOQOL- bref, BAI e BSI.

Para verificar a relação das variáveis sociodemográficas com os instrumentos BSI, BAI e WHOQOL- bref foram aplicadas análises de correlação. Essa análise também foi aplicada para se verificar a correlação entre as variáveis contínuas dos instrumentos BAI, BSI e WHOQOL- bref.

Para verificar a normalidade dos dados empregou-se o teste de Shapiro Wilk. Utilizou-se o teste de hipótese e Mann-Whitney para variáveis quantitativas com duas variáveis, Kruskal Wallis para três ou mais variáveis. Para verificar a relação das variáveis sociodemográficas com os instrumentos BSI, BAI e WHOQOL-bref, foram aplicados análises de correlação com o teste de Spearman e comparação múltipla. Essa mesma análise também foi aplicada para verificar a correlação entre as variáveis contínuas dos instrumentos BAI, BSI e WHOQOL-bref. Em todas as situações foi utilizado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), IC 95%.

### 3.2.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – Goiás sob o parecer nº 1.343.201 em 30 de novembro de 2015 (ANEXO F). A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o TCLE.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta dissertação foi construída na modalidade de artigo científico e consta de dois artigos, sendo o primeiro uma revisão integrativa da literatura e o segundo um estudo transversal, observacional, de caráter quantitativo. O artigo 1 será submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem e o artigo 2 à Revista Texto e Contexto.

### 5.1 Artigo 1

#### QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

##### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a qualidade de vida (QV) de consumidores de substâncias psicoativas (SPA) e os aspectos que a influenciam.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada entre 2007 a 2017, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e PubMed.

**Resultados:** Foram selecionados 22 artigos. Pessoas que consomem SPA apresentaram QV pior em relação a população em geral, sendo a saúde física e mental as mais prejudicadas. Mulheres, com idade avançada, sem apoio social, desempregadas, com baixa renda e usando substâncias múltiplas tiveram pior QV. A busca pela redução dos danos causados pelo uso de SPA melhorou a QV.

**Conclusões:** A QV de consumidores de SPA está prejudicada quando comparada a população em geral, principalmente nos domínios físico e mental. Características sociodemográficas e o padrão do uso influenciam a QV.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida. Consumidores de Drogas. Drogaditos. Toxicômanos. Dependentes Químicos

##### *ABSTRACT*

**Objective:** Analyze the life quality of psychoactive substances (NPS) users, as well as the aspects in which influence it.

**Methods:** Integrative review of Literature performed between 2007 and 2017 using the databases : MEDLINE, LILACS e PubMed.

**Results:** 22 articles were selected. People who consume NPS presented low and awful life quality in relation with the rest of the population, meaning that the mental and physical health were the most affected. Mature women with more advanced ages, with no social support, unemployed, very low income and using multiple substances, were among the ones with terrible life quality. The search for the reduction of the sequels caused by NPS use has improved the life quality;

**Conclusions:** The life quality of NPS users is affected when compared to the population in general, especially when it comes down to mental and physical control. Sociodemographic characteristics and the standard of use have influenced the life quality.

**Keywords:** Life Quality; Drug users; Drug addicts; Junkies; Chemical dependents.

### ***RESUMEM***

**Objetivo:** Analizar la calidad de vida de consumidores de sustancias psicoactivas y los aspectos que a influencian.

**Métodos:** Revisión integrativa de la literatura realizada entre 2007 à 2017, en las bases de datos: MEDLINE, LILACS e PubMed.

**Resultados:** 22 artículos se seleccionaron. Personas que consumen sustancias psicoactivas han mostrado una peor calidad de vida en relación à población en general, siendo a salud física y mental las más afectadas. Mujeres, con edad avanzada, sin apoyo social, desempleadas, con bajos ingresos y usando múltiples sustancias, tuvieron peor calidad de vida. La busca por la reducción de los daños causados por el uso de sustancias psicoactivas ha mejorado la calidad de vida.

**Conclusión:** La calidad de vida de los consumidores de sustancias psicoactivas está perjudicada cuando comparada con la población en general, principalmente en los dominios físico y mental. Características sociodemográficas y la norma de uso influencian la calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Consumidores de drogas; Drogadictos; Toxicómanos. Dependientes químicos.

## INTRODUÇÃO

O relatório mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) retrata que, cerca de 250 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2014. Neste mesmo ano, 183.000 mortes estiveram relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas (SPA). Esse número corresponde a uma taxa de mortalidade de 40 mortes por milhão da população mundial<sup>(1)</sup>.

O abuso de substâncias representa uma ameaça para a saúde pública e vem adentrando nos países latino-americanos, embora os níveis globais de uso indevido de tais substâncias na região sejam menores do que na América do Norte ou na Europa. Em 2013, seis mil mortes foram associadas ao consumo de drogas na América Latina e Caribe. De acordo com o último relatório brasileiro, a taxa de mortalidade relacionada ao uso de drogas foi de 4,3 por 100.000 habitantes, sendo superior a de vários países como Argentina, Chile e Estados Unidos<sup>(2-4)</sup>.

O abuso de drogas não é um fenômeno novo, estando presente em vários momentos da história, mediado por contextos e costumes culturais, com o objetivo do alívio do desconforto físico, psíquico ou da pressão social<sup>(5)</sup>. O crescente consumo se justifica pela busca do fortalecimento da capacidade individual e coletiva e no enfrentamento de frustrações<sup>(6)</sup>.

A necessidade de buscar constantemente a droga, causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e profissionais, e sua qualidade de vida (QV). Consumidores de SPA são duas vezes mais propensos a ter uma QV pior<sup>(5, 7, 8)</sup>.

A OMS trabalha com a formação do conceito de QV desde 1980. Ela é definida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto cultural, dos valores nos quais ele vive e na relação com seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos” (WHOQOL, 1996). Este conceito leva em consideração o estado psicológico, os níveis de independência, as relações sociais, fatores ambientais e as crenças pessoais<sup>(9, 10)</sup>.

A QV inclui um bem-estar subjetivo e multidimensional, influenciado por vários domínios relacionados com a vida. As percepções sociais e familiares, a saúde física, psicológica, espiritual e o status econômico devem ser observados do ponto de vista do indivíduo<sup>(11, 12)</sup>.

Considera-se que a pesquisa de revisão oferece acesso rápido a informação, norteando a prática clínica dos profissionais da área da saúde e alicerçando a formulação de políticas públicas. Desta forma, o estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida (QV) de consumidores de substâncias psicoativas (SPA) e os aspectos que a influenciam à partir de uma revisão integrativa da literatura.



## MÉTODOS

Trata-se de uma de revisão integrativa para análise da QV de consumidores de SPA. A revisão integrativa possibilita sintetizar resultados sem ferir a epistemologia dos estudos empíricos incluídos, o que permite entender a saúde individual e coletiva à partir de diferentes metodologias empregadas<sup>(13)</sup>.

Para auxiliar o processo de busca e possibilitar a estruturação teórica das evidências sobre o assunto abordado que adotou as seguintes etapas: a) elaboração da questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; d) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e e) interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento<sup>(13-15)</sup>.

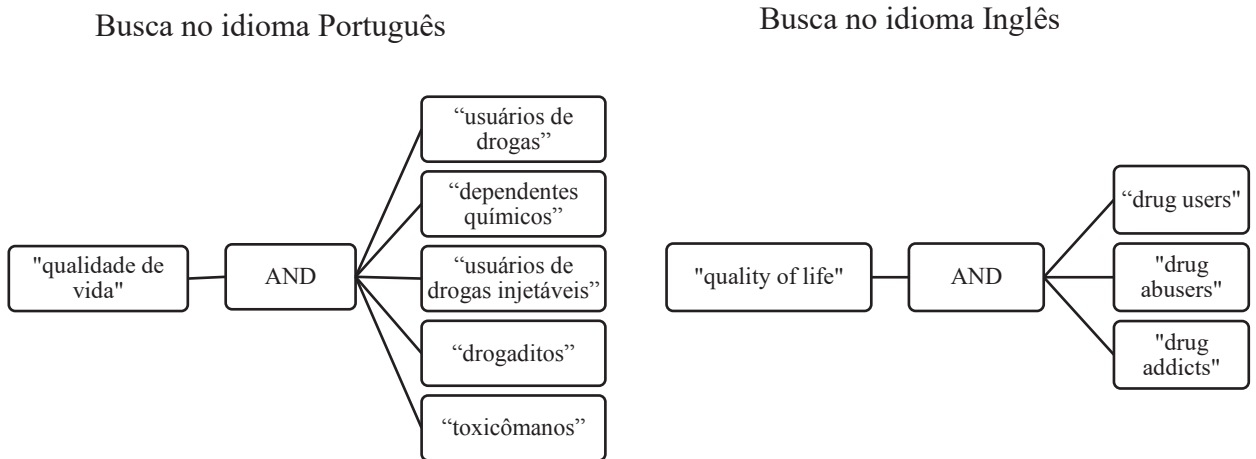
A pergunta norteadora do estudo foi: Qual a qualidade de vida de consumidores de substâncias psicoativas e os aspectos que a influenciam?

Para seleção dos artigos utilizou-se as bases de dados internacionais *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *United States National Library of Medicine* (PubMed), através dos agrupadores de bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *National Center for Biotechnology Information* (NCBI). Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS e o *Medical Subject Headings* (MESH) da PubMed, definindo os seguintes: *quality of life; drug users; drug abusers; drug addicts*; qualidade de vida; usuário de drogas; dependentes químicos; consumidores de drogas injetáveis; drogaditos e toxicômanos.

A busca dos artigos foi realizada no mês de fevereiro de 2017. Foram incluídos artigos que analisaram a QV de consumidores de SPA, através da aplicação de instrumentos psicométricos; nos idiomas português e inglês e publicados no período de 2007 a 2017. Excluiu-se os estudos que não tiveram como foco principal a QV de consumidores de SPA; a duplicidade de informação; publicados em forma de cartas, comentários, revisões, relato de casos isolados, dissertações ou teses.

Como garantia da qualidade do estudo empírico utilizou-se o nível de evidência com o seguinte rigor metodológico: Nível 1: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2: ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4: estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: estudo descritivo ou qualitativo; e Nível 7: opiniões de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>(15, 16)</sup>.

Para sistematizar a busca foram utilizados os operadores booleanos, conforme Figura 1. O uso das aspas foi empregado para que o termo exato fosse encontrado.



**Figura 1.** Demonstração de estratégia de busca sistematizada com operadores booleanos.

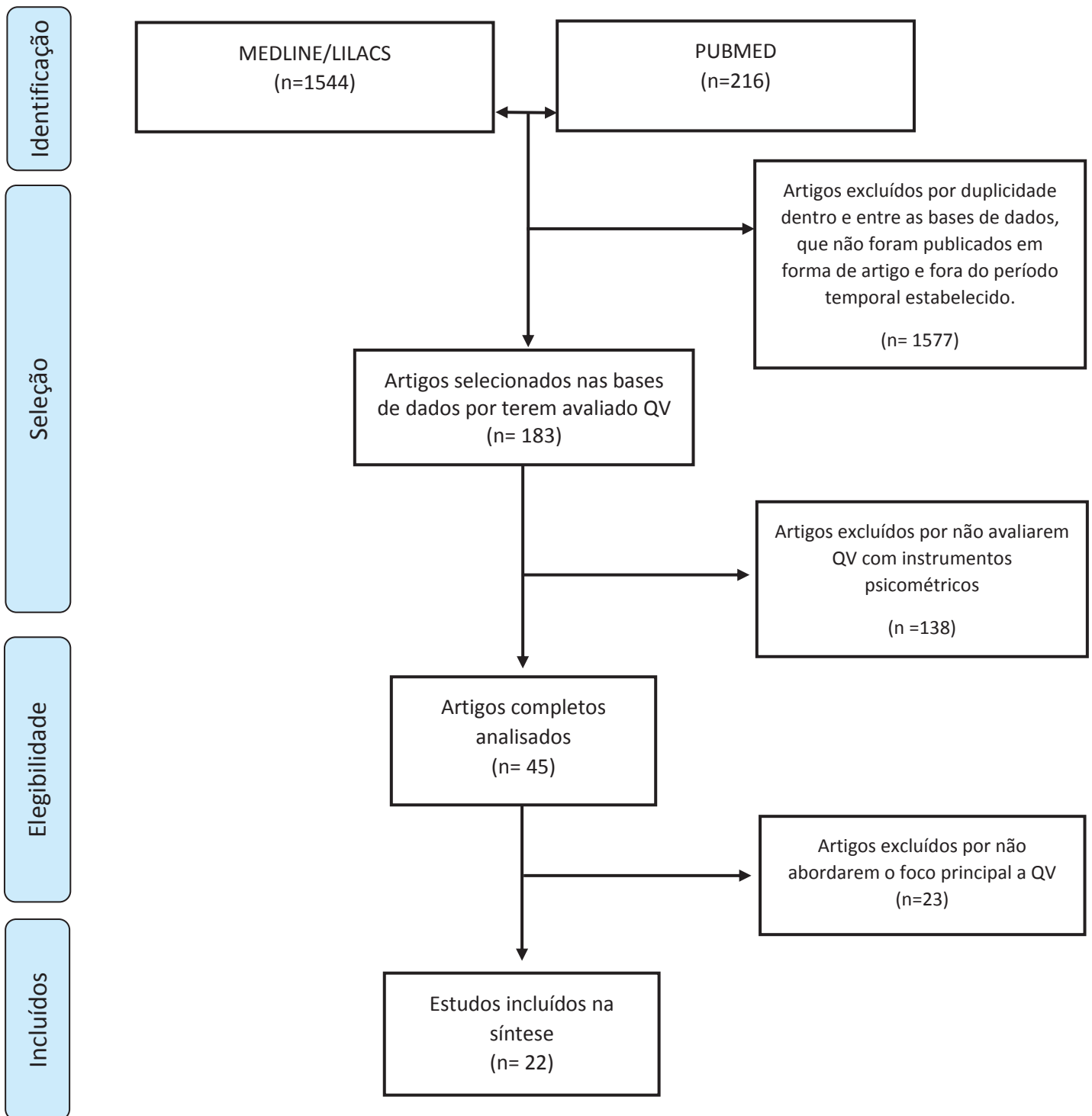
Para inclusão dos artigos na revisão, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os títulos e resumos foram analisados e posteriormente realizada leitura detalhada dos artigos completos, a fim de buscar resposta à questão norteadora do estudo.

Por fim, desenvolveu-se análise de conteúdo, interpretação e discussão dos resultados, destacando os trabalhos que trouxeram maior contribuição para responder ao problema de pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, ressalta-se que a autoria e as citações dos autores das publicações selecionadas para a amostra foram asseguradas.

## RESULTADOS

Conforme observa-se na Figura 2, a busca pelas obras resultou inicialmente em 1544 artigos na BVS e 216 na PubMed, totalizando 1760 produções encontradas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 152 artigos na BVS e 31 na PubMed, totalizando 183 artigos. Os artigos encontrados tanto na BVS quanto na PubMed, que não avaliaram a QV com instrumentos psicométricos foram excluídos, finalizando 45 artigos para leitura na íntegra.



**Figura 2.** Diagrama da seleção de artigos para revisão integrativa da literatura, elaborado à partir do *PRISMA*.

Após a leitura na íntegra, 22 artigos foram elegíveis para análise e construção do quadro sinóptico (Quadro 1), que contou com as seguintes variáveis: autor, ano, periódico, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência e instrumentos utilizados.

Observa-se no Quadro 1, que dos 22 artigos selecionados, quatorze são de corte transversal, quatro são coorte, dois são caso-controle, um é estudo de intervenção do tipo antes e depois e um misto (transversal e longitudinal). Na análise do período de publicação, 59,9% foram publicados nos últimos cinco anos (2013 - 2017). De acordo com a localização da população pesquisada, 32,9% foram do continente Americano, 28,4% da Europa, 23,8% da Ásia, 9,3% da Oceania e 5,6% Africano. O Brasil, Estados Unidos, Austrália e China, somam o maior percentual de publicações (45,5%).

O instrumento elaborado pela *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL Group) foi o mais utilizado nos estudos (45,5%) sendo nas suas formas completa, reduzida e adaptada (WHOQOL -100, WHOOL-Bref, WHOQOL-bref HIV respectivamente). Todas as publicações realizadas no Brasil, utilizaram os instrumentos do WHOQOL Group.

Outros instrumentos também foram aplicados como o *Short Form Health Survey* (SF-36) em 31,8% dos estudos e os instrumentos *Treatment Outcomes Profile* (TOP), *Lancashire Quality of Life Profile* (LQOLP), *Nottingham Health Profile* (NHP), Instrumento elaborado por XIAO que avalia QV e *Personal Wellbeing Index Adult* (PWI-A) com uma publicação cada.

O número da amostra variou entre 29 e 43093 participantes, com uma média de 2.637,47. O maior percentual eram consumidores de SPA do sexo masculino em 90,5% dos estudos, com média de idade variando entre 24,3 a 46,6 anos. Os participantes sem companheiro foram a maioria em 90,5% dos estudos. Sobre o histórico de detenção durante a vida, 22,7% dos estudos trouxeram essa informação.

As principais SPA investigadas nos estudos podem ser visualizadas na Tabela 1. Observa-se que opiáceos (59,0%), álcool (36,6%), cocaína (36,6%) e maconha (27,2%) são as SPA mais identificadas nos estudos. O início do uso da droga variou entre 16 e 32 anos de idade, e o tempo de uso na vida foi de 13,2 anos. A maioria (59,0%) dos estudos foi em populações que estavam ou haviam feito tratamento para o uso nocivo de SPA.

**Quadro 1.** Características gerais dos estudos analisados. Classificados por ordem cronológica.

<b>Autor/Ano/Periódico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>NE<sup>1</sup></b>	<b>Instrumentos</b>
COSTENBADER; ZULE; COOMES (2007) Drug Alcohol Depend	Informar o potencial de redução de novos danos na abordagem de populações que fazem uso de substâncias de alto risco determinando quais fatores de risco que são independentes da relação com QV que foi estabelecida, tem um melhor impacto na QV de consumidores de substâncias injetáveis fora do tratamento	Quase experimental tipo antes e depois	3	SF – 36
ASTAL et al. (2008) Substance Use & Misuse	Avaliar a prevalência de duplo diagnóstico de transtornos por uso de substâncias e transtornos não relacionados pelo uso de substâncias, e o seu impacto na QV.	Transversal	5	SF-12
WU, LI-TZY et al. (2010) Drug Alcohol Depend.	Identificar subtipos de consumidores de opiáceos que não eram de uso medicinal, através das variações de gênero, transtornos psiquiátricos e QV em uma amostra representativa de adultos.	Transversal	5	SF-12 V2
XIAO et al. (2010) Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes	Explorar alterações na QV nos primeiros 3 meses de tratamento em um laboratório de manutenção de metadona (MMT).	Coorte	4	Instrumento sobre QV criado por XIAO
GONZALES et al. (2011) The American Journal on Addictions	Avaliar a QV percebida usando SF-36 no momento da admissão para tratamento ambulatorial em uma clínica de dependentes de metanfetamina.	Transversal	5	SF-36
LIN; WU; DETELS (2011) Public Health	Explorar o apoio familiar percebido pelos clientes Manutenção de Metadona (MMT) e sua associação com a sua QV e uso concomitante de drogas ilícitas.	Transversal	5	WHOQOL-bref
MAEYER et al. (2011) European Addiction Research	Investigar a associação entre os domínios específicos de QV, dados sociodemográficos, variáveis relacionadas com a drogas e potenciais efeitos indiretos do uso da heroína na QV em indivíduos dependentes de opiáceos	Transversal, exploratório (parte de uma coorte)	5	LQOLP
BEST et al. (2012) Drug and Alcohol Review	Investigar o que significa ‘recuperação’ para aqueles que se descrevem em recuperação de álcool ou drogas.	Coorte	4	WHOQOL-bref
TRAN et al. (2012) Quality Life Research	Avaliar as mudanças nos padrões de consumo de drogas e saúde relacionados com QV entre consumidores de drogas HIV-positivos na primeira coorte de tratamento de MMT no Vietnã.	Coorte	4	WHOQOL-bref
BEST et al. (2013) Journal of Substance Abuse Treatment	Explorar associações entre as medidas subjetivas de QV, uso de drogas e atividades significativas (educação, emprego).	Transversal	5	TOP
MOREIRA et al., (2013) Ciência & Saúde Coletiva	Avaliar a QV dos consumidores de substâncias psicoativas e familiares, em comparação aos não consumidores, analisados por estratos socioeconômicos.	Transversal	5	WHOQOL-bref

SILVEIRA et al. (2013) Ciência & Saúde Coletiva	Investigar a QV, a autoestima e a autoimagem dos dependentes químicos do Instituto São José, São José (SC).	Transversal	5	WHOQOL - 100
FISCHER et al.(2013) Quality Life Research	Avaliar a QV de pessoas que injetam drogas	Transversal	5	WHOQOL-bref
MILLER et al. (2014) Drug and Alcohol Review	Examinar as medidas de bem-estar subjetivo e QV em consumidores de álcool e outras drogas em tratamento ambulatorial e determinar se o bem-estar subjetivo seria previsto pelo instrumento de QV e / ou pela gravidade da dependência.	Transversal	5	SF-8
PICC et al. (2014) Quality Life Research	Estimar variações na QV global no prazo de 12 meses após a desintoxicação de álcool e avaliar o valor preditivo de OQOL de recaída e de álcool	Longitudinal /Transversal	3	WHOQOL-bref
BAUMEISTER et al. (2014) Drug Alcohol Depend	Investigar os efeitos sobre as mudanças na QV ao longo de três meses em um centro de intervenção de saúde.	Longitudinal Caso- Controle	4	SF-12
CHAHUA et al. (2015) Quality Life Research	Identificar o impacto na QV dos consumidores de cocaína/heroína encontrados na rua, que tenham outros distúrbios mentais além dos distúrbios por substâncias.	Coorte	4	NHP
MOREIRA et al. (2015) Revista CEFAC	Investigar a qualidade de vida e voz, além das principais alterações perceptivo-auditivas e as medidas acústicas <i>jitter</i> , <i>shimmer</i> e <i>Glottal Noise Excitation</i> em consumidores de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas que buscaram um centro de tratamento para dependência química.	Transversal	6	WHOQOL-bref
YEN et al. (2015) Journal of the Chinese Medical Association	Investigar os fatores associados com a QV de usuários de drogas injetáveis.	Transversal	5	WHOQOL-bref
UBUGUYU et al., (2016) The International journal of drug policy	Identificar melhorias na qualidade de vida relacionada à saúde entre os clientes de manutenção com metadona em Dar es Salaam, Tanzânia.	Transversal	5	SF-12
LOZANO; ROJAS; FERNANDEZ (2016)	Analisar o impacto da comorbidade psiquiátrica e gravidade da dependência de usuários de substâncias e como ela afeta sua qualidade de vida relacionada à saúde.	Transversal	5	WHOQOL
SALMABADI et al., (2016)	Comparar a saúde espiritual e a qualidade de vida em pacientes viciados e não-viciados na cidade de Birjand, Irã.	Caso - Controle	4	PWI-A

NE: Nível de evidência; SF: Short Form Health Survey; WHOQOL: World health Organization Quality of life; TOP: Treatment outcomes profile; NHP: Nottingham Health Profile; LQOLP: Lancashire quality of life profile; PWI-A: Personal Wellbeing Index Adult.

**Tabela 1.** Principais SPA analisadas nos estudos que avaliam a qualidade de vida de consumidores de SPA publicados no período de 2006 a 2017.

<b>Droga estudada/identificada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Opiáceos (heroína, Metadona)	13	59,0
Álcool	8	36,3
Cocaína/Crack	8	36,3
Estimulantes (Anfetamina; Metanfetamina)	8	36,3
Maconha	6	27,2
Hipnóticos/Sedativos (Benzodiazepínicos; Tranquilizantes)	4	18,1
Produtos do Tabaco	2	9,0
Inalantes/solventes	2	9,0
Alucinógenos	1	4,5

Independente do instrumento utilizado, todos os estudos identificaram uma menor QV na população que faz abuso de droga. Quando o estudo se tratava de análise de intervenção, evolução de tratamentos propostos e inserção dos consumidores no mercado de trabalho, o índice de QV foi aumentado.

## DISCUSSÃO

O uso de SPA ocasiona problemas médicos<sup>(17)</sup>, sociais<sup>(18)</sup> e de saúde mental,<sup>(17, 19–24)</sup> tendo como risco a baixa QV<sup>(25)</sup>. As substâncias frequentemente utilizadas no Brasil são o álcool seguido do tabaco, maconha, cocaína, crack e solventes<sup>(26)</sup>. Nos países da Europa e Ásia, as substâncias mais utilizadas são Heroína, Cannabis e Metadona<sup>(17–22, 24, 25, 27)</sup>. Vale lembrar que no Brasil não existem clínicas especializadas e disponíveis para o tratamento de manutenção com metadona<sup>(28)</sup>.

A QV em saúde tem sido de grande interesse na toxicodpendência. Ela tornou-se um indicador de impacto nas estratégias terapêuticas e em programas de redução de danos, pois identifica as especificidades de cada indivíduo<sup>(8, 18, 21)</sup>. Consumidores de SPA apresentaram uma QV pior quando comparada a população em geral<sup>(8, 18, 19, 22, 23, 25–27, 29–32)</sup>, e a grupos específicos como pacientes obesos, profissionais da saúde<sup>(24)</sup>, portadores de doenças crônicas do coração, detentos e pessoas com lesões na medula espinhal<sup>(25)</sup>.

Os baixos níveis de QV em dependentes químicos estão relacionados ao surgimento de doenças físicas, exclusão social<sup>(17, 18, 33)</sup>, overdose, dependência financeira<sup>(33)</sup>, comorbidades psiquiátricas, complicações cardiovasculares e neurológicas<sup>(23)</sup>. Medidas de QV podem ajudar

a identificar as áreas essenciais da vida das pessoas que podem estar precisando de melhorias afim de aperfeiçoar o tratamento <sup>(22, 27)</sup>.

Estudos transversais que utilizaram o questionário de avaliação de QV SF-36, SF-12, SF-8, tiveram o componente Mental (MCS) mais afetado<sup>(21-23, 27, 29, 33)</sup>. Compõem esse componente os domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. São características presentes em consumidores de SPA, histórias anteriores de trauma sexual, físico e emocional, tentativas de suicídio, conflitos pessoais, policonsumo e a injeção da droga <sup>(8, 23, 34)</sup>. A SPA também é fonte de dor, pobreza e isolamento. Esses sentimentos geram consciência sobre seu comportamento e provocam sofrimento psíquico intenso, afetando a própria vida, de familiares, amigos e da sociedade<sup>(35)</sup>.

O instrumento LQOLP foi utilizado em apenas um estudo, que avaliou os efeitos diretos e indiretos do uso de SPA na QV durante o tratamento de manutenção com metadona (TMM)<sup>(18)</sup> à partir de nove indicadores como trabalho, situação de moradia, relações familiares, relações sociais, atividades de lazer, finanças, segurança pessoal e religião. Também contém uma medida global de bem-estar geral e uma medida global da QV <sup>(36)</sup>. A pesquisa traz que a QV não é afetada diretamente pelas características do uso da droga (tempo de consumo, uso recente, droga injetável) e sim, pelos fatores psicossociais que envolvem o indivíduo. O foco da melhoria da QV é baseada em fatores determinantes específicos do indivíduo, como melhores situações de habitação, oportunidades de trabalho entre outras que foquem os objetivos de vida de cada um, envolvendo aspectos biopsicossociais e não estritamente fatores relacionados a saúde física <sup>(8, 18, 33)</sup>.

Levantamento feito com consumidores de cocaína e heroína em Barcelona, recrutados fora dos serviços de saúde, tiveram todas as dimensões de QV afetadas, com destaque para a habilidade física e a dor, segundo instrumento NHP<sup>(21)</sup>.

A idade avançada tem sido associada negativamente com a QV em dependentes químicos <sup>(8, 24, 37)</sup>. Consumidores com idade entre 25 e 60 anos, foram associados a uma pior QV quando relacionados com dependentes mais jovens (18 e 24 anos), sendo esta faixa etária considerada neste estudo com 2,4 vezes mais chance de terem uma pior QV<sup>(8)</sup>. O abuso de substâncias por pessoas em idade avançada afeta todos os aspectos de vida, sendo mais frequentes os problemas físicos, psicológicos, com a autoestima, habilidade de enfrentamento e comprometimento das relações interpessoais<sup>(38)</sup>.

Quanto ao sexo, a prevalência de consumo de SPA é maior em homens que em mulheres<sup>(8, 17-22, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 37, 39, 40)</sup> e possuem uma melhor QV quando comparados ao



sexo oposto<sup>(8, 18, 19, 24, 25, 29, 34)</sup>. Acredita-se que isso deve ao fato das mulheres terem o domínio saúde mental mais afetado, por estarem mais expostas ao estresse, depressão<sup>(19, 34)</sup> e por incapacidade de adequação as atividades da vida cotidiana<sup>(41)</sup>. A percepção sobre a QV torna-se importante, pois podem incidir sobre a adesão e resultados do tratamento e devem ser considerados no planejamento da redução de danos<sup>(18, 23)</sup>.

Em relação ao estado conjugal, autores que analisaram a QV utilizando o WHOQOL-bref, mostraram que estar casado ou com algum companheiro, aumenta a empregabilidade e diminui o risco do uso de SPA, conseqüentemente melhoram a QV<sup>(24, 37)</sup>. Contudo, um estudo que utilizou o SF-36 em pacientes consumidores de metadona, observou que consumidores casados tiveram uma QV inferior no domínio mental em relação aos que não possuíam companheiro<sup>(23)</sup>. Acredita-se que essa diferença está relacionada a disfunção interpessoal entre as famílias, com altos índices de conflitos sociais. A presença de uma pessoa quimicamente dependente em casa está associada a perturbações na harmonia da vida familiar<sup>(8)</sup>.

O apoio social e da família estão positivamente relacionados com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, facilitando a adesão de novos tratamentos e no processo de recuperação<sup>(8, 24)</sup>. Melhor QV no aspecto social evita recaídas que estão diretamente relacionadas aos domínios social e ambiental<sup>(20)</sup>. A família auxilia o dependente a tomar decisões importantes, como iniciar o tratamento em clínicas especializadas e o incentiva a continuar em processo de abstinência por um longo período<sup>(37)</sup>.

A QV é percebida como pior quando associada ao consumo de substâncias múltiplas, especialmente com indivíduos fora do mercado de trabalho<sup>(8, 18, 20, 24, 25)</sup>. O desemprego está relacionado com a diminuição da relação familiar e a interrupção do tratamento. Destaca-se a dificuldade que esse grupo tem para entrar no mercado de trabalho, tendo em vista que muitos empregadores são relutantes ao receber propostas de pessoas que já foram tratados por vícios<sup>(18, 24, 37)</sup>. A independência propiciada pelo emprego aumenta a inclusão social durante e após o tratamento<sup>(27, 37)</sup>. Indivíduos com renda familiar abaixo de cinco salários mínimos foram três vezes mais propensos a experimentar uma QV ruim do que aqueles com rendimentos mais elevados<sup>(8, 34)</sup>. Condições financeiras estão diretamente relacionadas a QV, pois gera o sentimento de competência pessoal e o ajustamento psicológico<sup>(8, 42)</sup>.

Em estudo feito com consumidores no Brasil, via telefone<sup>(8)</sup>, retrata que indivíduos que estudaram menos de oito anos tinham uma QV pior em relação aos mais favorecidos intelectualmente. Esse dado não corrobora com outro estudo com consumidores em tratamento de Metanfetamina nos Estados Unidos, onde pessoas que estudaram mais de 12 anos tiveram

percepções ruins de estado de saúde mental em comparação à aqueles com nível de escolaridade baixo<sup>(23)</sup>. O uso de SPA entre pessoas com altos índices de escolaridade podem levar a um sentimento de fracasso por não terem sido capazes de cumprir as próprias expectativas e objetivos de vida que tinham idealizado antes do uso dessas substâncias<sup>(23)</sup>. É necessário estudar melhor a relação entre o grau de escolaridade e a QV, pois os estudos foram realizados com instrumentos distintos, podendo ser esse o motivo de tal desarmonia.

Em estudo longitudinal com dependentes de álcool, em tratamento para desintoxicação, os participantes foram acompanhados durante doze meses, fazendo três avaliações da QV. Observou-se que uma melhora significativa na QV ocorreu com aqueles que se mantiveram abstinentes durante todo o tratamento<sup>(30)</sup>. Abstinência e modificação de comportamento também aumentam a satisfação com os aspectos físicos, psicológicos, familiares, profissionais e de vida e com o funcionamento global, avaliada pela WHOQOL-bref<sup>(17, 18, 30)</sup>.

Estudos compartilham resultados semelhantes após pesquisa longitudinal em clínicas de Manutenção de Metadona na China<sup>(17)</sup> e Vietnã<sup>(33)</sup>. Nos primeiros dias de tratamentos, há uma melhora significativa de todos os domínios da QV, principalmente na saúde psicológica. Isto pode ser explicado pela liberação do fardo econômico e social do vício e também pelo apoio dos membros familiares e da equipe de saúde. Porém, os estudos retrataram que essa melhora não é crescente, ou seja ela se estabiliza. Já no domínio relações sociais, os valores pioraram ligeiramente após 30 dias de tratamento, mas ainda permanecem acima do encontrados no primeiro dia. Isso pode ser caracterizado por não compreensão dos membros da família, que projetavam que o tratamento de manutenção de metadona iriam resolver todos os problemas causados pelo vício, ou até mesmo pelo tempo de realização da pesquisa.

Pacientes que eram consumidores de substâncias ilícitas, passaram por um teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias. Após a indicação de tratamento, os pacientes receberam um livro de educação em saúde e assistiram a um vídeo, reforçando as orientações médicas sobre o risco do uso de SPA. Eles também receberam ligações telefônicas motivacionais duas a seis semanas após a primeira consulta. O grupo controle recebeu o livro e assistiram aos vídeos. Os pesquisadores perceberam que não houve mudança significativa entre os grupos, mas houve uma pequena melhora da saúde física nos grupos de intervenção. Preocupa-se com a melhoria da QV destes pacientes no início do tratamento, prevendo as consequências que abstinência pode trazer a longo prazo, pela exclusão social, problemas familiares, desemprego e a diminuição da QV. Enquanto as intervenções breves tem sido mostradas para reduzir o consumo de droga<sup>(29)</sup>. Os toxicodependentes buscam

ajuda para escapar das consequências negativas que o uso da droga traz. Portanto, reduzir o consumo de droga não é por si só um critério adequado para recuperação. O resultado final não deve ser apenas a abstinência e sim uma melhora na QV<sup>(29, 31)</sup>.

A intervenção de redução de danos entre consumidores de SPA oferece resultados a curto prazo. Mesmo que não haja uma abstinência total da substância, existe uma melhora na percepção da QV<sup>(17, 18, 26, 30, 40)</sup>. Conseqüentemente, quanto maior a gravidade do uso, pior serão as percepções do estado de saúde física e mental. Podem ser incluídos bem estar subjetivo, QV, felicidade e satisfação como objetivos de tratamento da toxicod dependência a longo prazo<sup>(27, 29, 43)</sup>. Os serviços de tratamento devem considerar a saúde mental dos consumidores como uma variável chave para o planejamento de tratamento<sup>(27)</sup>.

## CONCLUSÃO

A QV é afetada em grupos que fazem uso de SPA. Quanto maior a gravidade do uso, pior será a percepção do estado de saúde física e mental. Mulheres, com idade avançada, sem apoio social, desempregada, com baixa renda e usando substâncias múltiplas tiveram pior QV. A busca pela redução dos danos causados pelo uso de SPA tem oferecido uma melhora significativa da QV. Medidas de QV podem ajudar a identificar as áreas essenciais da vida de consumidores de SPA, afim de aperfeiçoar o tratamento das pessoas. Este estudo evidencia a vulnerabilidade deste grupo e a necessidade de medidas terapêuticas específicas.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. Drug use its health consequences. 2016; 15(1). Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2016/en/drug-use.html>.
2. Souza ER de, Schenker M, Constantino P, Correia BSC. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):667–76.
3. Laranjeira R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) [Internet]. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD); 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad-o-consumo-de-alcool-no-brasil-entre-2006-e-2012-press-release-dia-1004/>.
4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas 2013. [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 19]. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>.

5. Bartholomeu D, Montiel JM, Pessotto F, Jesus PP, Feliciano T. Avaliação da Ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*. 2014; 34(87):352–70.
6. Martello S, Fett CA. Uso de drogas psicotrópicas por policiais militares de Cuiabá e Várzea Grande. *Homens Mato - Revista Científica de Pesquisa em Segurança Pública [Internet]*. 2015 11(1): 64-83. Disponível em: <http://revistacientifica.pm.mt.gov.br/ojs2.4.3/index.php/semanal/article/view/218>.
7. Zubaran C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies : Current Opinion in Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry [Internet]*. 2009 [citado em 2016 Dec 3]; 22(3): 281-286. Disponível em: [http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2009/05000/Quality\\_of\\_life\\_and\\_substance\\_use\\_and\\_concepts\\_and.7.aspx](http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2009/05000/Quality_of_life_and_substance_use_and_concepts_and.7.aspx).
8. Moreira T de C, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, Ferigolo, M. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):1953–62.
9. Verdugo MA, Navas P, Gómez LE, Schalock RL. The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2012; 56(11):1036–45.
10. World Health Organization (WHO). WHOQOL -BREF Introduction, Administration, Scoring and generic version of the assessment [Internet]. 1996 [citado em 2016 Dez 4]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1).
11. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 82(3):375–91.
12. World Health Organization (WHO). Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine* 1982. 1998; 46(12):1569–85.
13. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48(2):335–45.
14. Crossetti M da GO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem : o rigor científico que lhe é exigido. [Internet]. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 2012 [citado em 2016 Dec 4]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/94920>.
15. Galvão CM. Evidence hierarchies. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006; 19(2):5–5.
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*. 2012; 42(9):410–7.
17. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2010; 53( Suppl 1):S116-20.
18. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, Nieuwenhuizen C van, Broekaert E. Exploratory Study on Domain-Specific Determinants of Opiate-Dependent Individuals' Quality of Life. *Eur Addict Res*. 2011; 17(4):198–210.

19. Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, Torrens, M. Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment. *Substance Use & Misuse*. 2008; 43(5):612–32.
20. Best D, Gow J, Knox T, Taylor A, Groshkova T, White W. Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug Alcohol Rev*. 2012; 31(3):334–41.
21. Chahua M, Sánchez-Niubò A, Torrens M, Sordo L, Bravo MJ, Brugal MT, Domingo-Salvany. Quality of life in a community sample of young cocaine and/or heroin users: the role of mental disorders. *Qual Life Res*. 2015; 24(9):2129–37.
22. Costenbader EC, Zule WA, Coomes CM. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis c infection. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 89(2–3):251–8.
23. Gonzales R, Ang A, Glik DC, Rawson RA, Lee S, Iguchi MY. Quality of Life among Treatment Seeking Methamphetamine-Dependent Individuals. *The American Journal on Addictions*. 2011; 20(4):366–72.
24. Yen Y-F, Chou P, Lin Y-S, Deng C-Y. Factors associated with health-related quality of life among injection drug users at methadone clinics in Taipei, Taiwan. *J Chin Med Assoc JCMA*. 2015; 78(5):292–8.
25. Fischer JA, Conrad S, Clavarino AM, Kemp R, Najman JM. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. *Qual Life Res*. 2013; 22(8):2113–21.
26. Moreira T de C, Gadenz C, Figueiró LR, Capobianco DM, Cunha K, Ferigolo M, Barros, HM, Cassol, M. Substance use, voice changes and quality of life in licit and illicit drug users. *Rev CEFAC*. 2015; 17(2):374–84.
27. Miller PG, Hyder S, Zinkiewicz L, Droste N, Harris JB. Comparing subjective well-being and health-related quality of life of Australian drug users in treatment in regional and rural Victoria. *Drug Alcohol Review*. 2014; 33(6):651–7.
28. Baltieri DA, Strain EC, Dias JC, Scivoletto S, Malbergier A, Nicastrì S, Jeronino C, Andrade AG. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2004; 26(4):259–69.
29. Baumeister SE, Gelberg L, Leake BD, Yacenda-Murphy J, Vahidi M, Andersen RM. Effect of a Primary Care based Brief Intervention Trial among Risky Drug Users on Health-related Quality of Life. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 0:254–61.
30. Picci RL, Oliva F, Zuffranieri M, Vizzuso P, Ostacoli L, Sodano AJ, Furlan, PM. Quality of life, alcohol detoxification and relapse: is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Qual Life Research*. 2014; 23(10):2757–67.
31. Best D, Savic M, Beckwith M, Honor S, Karpusheff J, Lubman DI. The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013; 45(3):273–9.
32. Salmabadi M, Farough Sadeghbojd M, Farshad MR, Zolfaghari S. Comparing the Spiritual Health and Quality of Life in Addicted and Non-Addicted Patients in the City of Birjand, Iran. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction [Internet]*. 2016 [citado em 25 Fev 2017]; 5(1). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867404/>.

33. Tran BX, Ohinmaa A, Duong AT, Do NT, Nguyen LT, Nguyen QC, Mills S, Jacobs P, Houston S. Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research*. 2012; 21(4):613–23.
34. Wu L-T, Woody GE, Yang C, Blazer DG. Subtypes of nonmedical opioid users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 112(1–2):69–80.
35. Semedo F. Qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas: um estudo comparativo entre internos da Comunidade Terapêutica e das Tendinhas do El- Shaddai [Internet]. 2016 [citado em 18 Ago 2016]. Disponível em: <http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/handle/10964/709>.
36. Souza LA de, Coutinho ESF. Associated factors to quality of life of patients with schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28(1):50–8.
37. Lin C, Wu Z, Detels R. Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health*. 2011; 125(5):269–74.
38. Pillon SC, Cardoso L, Pereira GAM, Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):742–8.
39. Lozano ÓM, Rojas AJ, Calderón FF. Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal Mental Health*. 2016; 0(0):1–8.
40. Ubuguyu O, Tran OC, Bruce RD, Masao F, Nyandindi C, Sabuni N, McCurdy SM, Mbwambo J, Lambdim, BH. Improvements in health-related quality of life among methadone maintenance clients in Dar es Salaam, Tanzania. *International Journal of Drug Policy*. 2016; 30:74–81.
41. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. *Revista Latina Americana de Enfermagem*. 2012; 20(1):167–74.
42. Mastropietro AP, Oliveira-Cardoso ÉA, Simões BP, Voltarelli JC, Santos MA. Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Rev Brasileira de Hematologia E Hemoterapia*. 2010; 32(2):102–7.
43. Silveira C da, Meyer C, Souza GR de, Ramos M de O, Souza M de C, Monte FG, Azevedo AC, Parcias SR, . Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):2001–6.

## 5.2. ARTIGO 2

### ANSIEDADE, IDEACÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA DE CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

#### Resumo

**Objetivo:** Comparar e correlacionar a intensidade da ideação suicida, o nível de ansiedade e a qualidade de vida (QV) de pessoas que consomem substâncias psicoativas (SPA) atendidos em um centro de atenção psicossocial (CAPS);

**Métodos:** Estudo de corte transversal, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com 62 consumidores de SPA. Os instrumentos utilizados foram WHOQOL-bref, Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Ideação Suicida (IS) de Beck (BSI).

**Resultados:** A QV esteve prejudicada em todos os domínios. Desempregados tiveram o domínio físico ( $p=0,008$ ) e psicológico ( $p=0,003$ ) mais prejudicados que outras situações ocupacionais. Distúrbios psiquiátricos como ansiedade e IS tiveram correlação positiva entre si e negativa com os domínios físico, psicológico e relações sociais da QV. A ideação suicida também esteve relacionada com a idade do primeiro uso da droga, quanto mais jovem o indivíduo consumia SPA maior era a intensidade dos pensamentos suicidas.

**Conclusão:** A baixa QV dos consumidores de SPA esteve relacionada com desemprego e a presença de transtornos psiquiátricos como ansiedade e IS.

**Descritores:** Qualidade de Vida. Ansiedade. Ideação Suicida. Consumidores de Drogas. Dependente Químico. Psicoativos.

#### Introdução

O número de consumidores de substâncias psicoativas (SPA) se mantém estável desde os últimos quatro anos. O número de pessoas que apresentam transtornos relacionados a esse consumo aumentou desproporcionalmente pela primeira vez em seis anos.<sup>1</sup> Somente na

América Latina, no ano de 2014, a cada um milhão de pessoas, 15,6 mortes estão relacionadas ao uso de drogas.<sup>2</sup>

A cada 36 horas, um jovem brasileiro morre de intoxicação aguda por álcool. Considerando todas as faixas etárias, o número de mortes causadas pelo álcool chegou a 6.944 em 2012, quase o dobro do registrado em 1996, dado mais antigo disponível no portal.<sup>3</sup> Pesquisa que analisou as 108 maiores cidades brasileiras revelou que 22,8% da população usam algum tipo de droga psicotrópica, excluindo o álcool e tabaco.<sup>4</sup> Em 2010, estudo realizado nas capitais brasileiras revelou que em Goiânia, mais de 31% dos jovens já experimentaram drogas durante a vida, dados considerados acima da média nacional.<sup>5</sup>

Um dos fatores motivadores e associados ao consumo de SPA é a ansiedade, seja durante o uso ou no momento de abstinência para obtenção de alívio desse transtorno mental.<sup>6-7</sup> Distúrbios psicológicos como ideação suicida, depressão, ansiedade e estresse estão positivamente relacionados ao consumo frequente de SPA e negativamente com a qualidade de vida (QV).<sup>8</sup> Consumidores de SPA são duas vezes mais propensos a ter uma QV pior.<sup>9-10</sup>

As implicações do consumo de SPA são imensuráveis, elas têm um amplo espectro no campo da saúde, da economia, da educação, do planejamento, da assistência social. A droga atinge o indivíduo e a comunidade de uma forma tão ampla que a convicção da complexidade em oferecer suporte aos diferentes setores de forma articulada e eficiente está ficando cada vez mais distante. Portanto, é necessário entender a complexidade e a multicausalidade do consumo de drogas e sua relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde da população. Novas políticas de saúde para os consumidores de SPA podem ser redirecionadas para as particularidades de cada indivíduo com princípios de uma atenção psicossocial integral, interdisciplinar e comunitária.<sup>11</sup>

Na região centro-oeste do Brasil, poucos estudos abordaram a temática e espera-se que os resultados possam contribuir na construção de políticas públicas direcionadas ao atendimento desta população. Destarte, o objetivo deste estudo foi comparar e correlacionar a intensidade da ideação suicida, o nível de ansiedade e a QV de pessoas que consomem SPA atendidos em um CAPS.

## **Métodos**

Estudo de corte transversal, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Ceres/Goiás, localizado na Mesorregião do Centro Goiano - Brasil Central. Em 2016 havia 582 pessoas cadastradas, sendo que destas, 129 são para tratamento do abuso de SPA.



Foram incluídos consumidores de SPA cadastrados no CAPS de Ceres, com idade igual ou superior a 18 anos e excluídos os consumidores que não estavam frequentando o CAPS e que não foram localizados após 3 tentativas de busca via ligação telefônica. Após a avaliação para o estudo foram retirados aqueles que apresentassem déficits cognitivos segundo o Mini Exame de Estado Mental (MEEM). Desta forma, a amostra foi composta por 62 participantes.

Os instrumentos utilizados no estudo foram: Ficha de Perfil Sociodemográfico, Mini Exame de Estado Mental (MEEM), *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI).

Na ficha de perfil sociodemográfico, elaborada pela pesquisadora, foram apresentadas desde dados pessoais, como sexo, idade, escolaridade, ocupação, religião, renda familiar, situação conjugal até questões específicas do uso de SPA, como idade do início do uso de drogas, tempo e vezes que recebeu tratamento, tempo de abstinência, hábitos de uso atual e uso anterior de substâncias.

Quanto ao efeito da SPA no organismo as drogas foram categorizadas em: depressoras, estimulantes e perturbadoras. Os hábitos de uso, foram considerados como uso na vida (uso de drogas pelo menos uma vez na vida), uso no ano (uso drogas pelo menos uma vez nos últimos doze meses), uso recente (usou drogas pelo uma vez nos últimos trinta dias) e uso frequente (usou drogas seis ou mais vezes nos últimos trinta dias), usuário leve (utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana), uso moderado (utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês) e usuário pesado (utilizou drogas diariamente durante o último mês).

O MEEM é um teste, composto por 11 questões que geram um escore máximo de 30 pontos. É usado para avaliar perdas cognitivas, orientação temporo-espacial, memória a curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia construcional, possibilitando uma avaliação do estado mental do paciente.<sup>12</sup> Indivíduos alfabetizados, que apresentarem pontuação igual ou superior a 25 (de um total de 30), foram considerados com processos cognitivos preservados. Já os não alfabetizados, acima de 13 pontos foram considerados com processos cognitivos preservados. Abaixo dessa pontuação (25 e 13 respectivamente), o indivíduo pode apresentar perda cognitiva.<sup>13</sup>

O WHOQOL-bref é um instrumento que define a QV, composto por 26 questões, sendo duas gerais de QV e as outras representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Estão agrupadas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente). As respostas são apresentadas em escala Likert (de um a cinco), em

que um é a pior condição, e cinco, a melhor. O escore de cada domínio varia entre zero (pior) e cem (melhor). Conta com uma versão em Português validada em uma população adulta não-idosa<sup>14</sup> e em uma população de pacientes adultos não-idosos deprimidos.<sup>15</sup>

A Escala BAI é composta por 21 questões que avaliam a presença e intensidade de sintomas na última semana. O instrumento gera um escore de 0 a 63 pontos, sendo que de 0 a 10 há uma indicação de grau mínimo de ansiedade, 11 a 19 ansiedade leve, 20 a 30 ansiedade moderada e 31 a 63 ansiedade grave<sup>16</sup>. Esta escala foi validada para o Brasil por Cunha.<sup>16</sup>

A Escala BSI é usada para detectar a intensidade da ideação suicida, sendo baseada na última semana, validada em português<sup>16</sup>.

Os testes BAI e BSI são instrumentos restritos a psicólogos, editados pela Editora Casa do Psicólogo, atualmente Editora Pearson, que mantém os direitos autorais. Os instrumentos foram adquiridos conforme a lei nº4.119/62, com o protocolo de autorização de uso nº135150709001635, de 13 de novembro de 2015.

Por meio do acesso aos prontuários, foi elaborado um banco de dados dos consumidores cadastrados no CAPS e catalogados em ordem alfabética e números arábicos. O estudo deu início após a leitura e assinatura do TCLE e subsequentemente a aplicação dos instrumentos nos consumidores que frequentam o CAPS de acordo com as rotinas da unidade (reuniões em grupo, terapia familiar e consultas).

O primeiro instrumento aplicado foi o MEEM, pois o mesmo foi utilizado como um dos critérios de inclusão no estudo. Logo em seguida, em um único momento, os instrumentos: Ficha de Perfil Sociodemográfico, WHOQOL-bref, BAI e BSI. As Escalas de Beck (ansiedade e ideação suicida), são de uso restrito aos psicólogos e por esse motivo, foram aplicadas pela psicóloga colaboradora da pesquisa. Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista. As pesquisadoras se colocaram ao lado do participante, para que o mesmo visualizasse o instrumento que estava sendo aplicado.

Os dados foram coletados e inicialmente plotados em uma planilha, com utilização do *software* Excel®, pacote Office (2013) e posteriormente analisados com a utilização do programa estatístico *Software R e Action R*. A descrição do perfil sociodemográfico dos consumidores de SPA foi apresentado por meio de tabelas de frequência com porcentagem, para as variáveis qualitativas, e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínima e máxima) em relação as variáveis quantitativas dos instrumentos WHOQOL-bref, BAI e BSI.

Para verificar a normalidade dados empregou-se o teste de Shapiro Wilk. Utilizou-se o teste de hipótese e Mann-Whitney para variáveis quantitativas com duas variáveis, Kruskal

Wallis para três ou mais variáveis. Para verificar a relação das variáveis sociodemográficas com os instrumentos BSI, BAI e WHOQOL-bref, foram aplicadas análises de correlação com o teste de Spearman e comparação múltipla. Essa mesma análise também foi aplicada para verificar a correlação entre as variáveis contínuas dos instrumentos BAI, BSI e WHOQOL-bref. Em todas as situações foi utilizado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), e IC 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – Goiás sob o parecer nº 1.343.201, em 30 de novembro de 2015 e está aprovado. A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o TCLE.

## Resultados

Dentre os 62 participantes a média de idade foi de 37,24 anos ( $\pm 12,31$ ). A maioria eram indivíduos do sexo masculino (74,19%), que cursaram o ensino fundamental incompleto ou completo (50,84%), que possuíam religião (74,19%) e não dispunham de companheiro (67,74%). Em relação ao perfil econômico, a maioria estava desempregado (82,26%) e com uma renda familiar de até dois salários mínimos (70,97%) (Tabela 1). Todavia parte dos participantes não contribuía na renda familiar (46,78%).

Parte da amostra estava em acompanhamento no CAPS há mais de 12 meses (38,77%) e 80,64% já haviam recebido tratamento anterior para o uso de SPA. No momento da coleta de dados, a maioria relatou fumar (72,58%) e beber (59,68%) e uma minoria referiu consumir outras SPA que não seja álcool e/ou cigarro (35,48%) (Tabela 1).

A adição de drogas ilícitas ocorreu com uma média de idade de 14 ( $\pm 5,4$ ) anos. Quanto ao tipo de substância utilizada na vida, 91,94% dos participantes fizeram uso de drogas depressoras (álcool, inalantes, hipnóticos e opiáceos). As substâncias mais utilizadas foram o álcool (90,32%), o tabaco e seus derivados (87,09%), maconha (58,06%) e cocaína/crack (51,61%). Quanto ao uso no mês e uso frequente, as substâncias estimulantes (tabaco, cocaína, crack, rebite e outras) foram mais utilizadas (77,42%). Grande parte dos entrevistados utilizava mais de uma substância ao mesmo tempo. A associação mais comum de SPA foi de álcool, tabaco e seus derivados e maconha em 51,61% dos participantes. Atualmente, 72,58% utilizam tabaco e seus derivados, 59,68% álcool e seus derivados, 58,06% maconha e 51,61% cocaína e seus derivados. Apenas um participante não fazia uso de múltiplas substâncias.

**Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e hábitos de consumo dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	25,81
Masculino	46	74,19
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	3	4,84
Ensino fundamental incompleto e completo	34	54,84
Ensino médio incompleto e completo	18	29,03
Ensino superior incompleto completo	7	11,29
<b>Possui religião</b>		
Não	16	25,81
Sim	46	74,19
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	20	32,26
Sem companheiro	42	67,74
<b>Ocupação</b>		
Empregado	11	17,74
Desempregado	51	82,26
<b>Renda familiar*</b>		
Até 2 salários mínimos	54	70,97
>2 e ≤ 4 salários mínimos	9	22,58
> 4 salários mínimos	4	6,45
<b>Tempo de tratamento no CAPS</b>		
Menos de 6 meses	16	25,75
≥ 6 e ≤ 12 meses	22	35,48
Acima de 12 meses	24	38,77
<b>Quantidade de vezes que recebeu tratamento</b>		
1ª vez que recebeu tratamento	12	19,36
Já recebeu tratamentos anteriores	50	80,64
<b>Hábito de fumar atualmente</b>		
Não	17	27,42
Sim	45	72,58
<b>Hábito de beber atualmente</b>		
Não	25	40,32
Sim	37	59,68
<b>Uso de SPA, exceto álcool e/ou cigarro atualmente</b>		
Não	40	64,52
Sim	22	35,48

\* Valor do salário mínimo considerado no momento da coleta de dados: R\$788,00

Dentre os transtornos mentais investigados, a ansiedade foi observada em todos os pacientes consumidores de SPA. Ressalta-se que o nível de ansiedade grave foi o mais prevalente (30,65%) e a ansiedade mínima e leve tiveram valores aproximados. A ideação suicida esteve presente em 20,97% dos participantes e a tentativa de suicídio em 35,48% (Tabela 2).

**Tabela 2 - Avaliação da ansiedade, ideação suicida e tentativa de suicídio dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)**

<b>Transtornos Mentais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ansiedade</b>		
Ansiedade mínima	17	27,41
Ansiedade Leve	15	24,19
Ansiedade Moderada	11	17,74
Ansiedade Grave	19	30,65
<b>Ideação Suicida</b>		
Sim	13	20,97
Não	49	79,03
<b>Tentativa de suicídio</b>		
Sim	22	35,49
Não	40	64,51

O domínio que apresentou melhor média foi relações sociais e físico e a menor média foi observada em meio ambiente. As médias dos quatro domínios foram baixas e aproximadas (Tabela 3).

**Tabela 3 - Média, desvio-padrão (DP), mínimo e máximo dos domínios da qualidade dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)**

<b>Domínios do WHOQOL-bref</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Físico	58,4	19,5	5,0	96,4
Psicológico	57,1	18,7	16,7	95,8
Relações sociais	60,5	22,3	16,7	100,0
Meio ambiente	56,9	16,6	12,5	90,6

WHOQOL-bref: *World Health Organization Quality of Life-Bref Questionnaire*.

Consumidores desempregados apresentaram pior QV nos domínios físico e psicológico do que aposentados e empregados. Observou-se diferença significativa no domínio físico entre grupo de desempregados em relação a aposentados e empregados. Não houve relação entre situação ocupacional, ideação suicida e ansiedade.

**Tabela 4 - Comparação entre a situação ocupacional e os domínios da QV, ideação suicida e ansiedade de consumidores de SPA, Brasil Central, 2016. (n=62)**

	<b>Aposentado</b>	<b>Desempregado</b>	<b>Empregado</b>	<b>Valor p</b>
Domínio Físico	70,83 ± 7,85	48,86 ± 3,21*	60,53 ± 3,35	0,008
Domínio Psicológico	75 ± 7,97	54,16 ± 4,04	62,73 ± 2,87	0,003
Domínio Relações Sociais	70,31 ± 7,60	55,82 ± 4,64	56,07 ± 3,76	0,17
Domínio Meio ambiente	70,31 ± 11,23	55,82 ± 4,64	56,07 ± 2,93	0,34
Ideação Suicida	-	2,68 ± 1,38	4,05 ± 1,26	0,30
Ansiedade	13,52 ± 8,68	26,182 ± 3,02	19,382 ± 2,07	0,10

Teste de Kruskal Wallis; \*Comparação múltipla: Diferença significativa entre grupo dos desempregados em relação a aposentados e empregados.

Houve correlação negativa entre a idade que o participante utilizou a substância ilícita pela primeira vez e a ideação suicida. A ideação suicida apresentou correlação negativa com os domínios físico, psicológico e relações sociais da QV e positiva com ansiedade. Houve correlação negativa entre ansiedade e os domínios físico, psicológico e relações sociais da QV. Ressalta-se que as correlações foram fracas, exceto entre ansiedade e o domínio físico da QV, que foi moderado (Tabela 5).

**Tabela 5 - Correlação entre idade do primeiro uso de SPA ilícita, QV, ideação suicida e ansiedade dos pacientes consumidores de SPA atendidos em um CAPS, Brasil Central, 2016. (n=62)**

		<b>Domínios da QV</b>				Ideação Suicida	Ansiedade
		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente		
Idade do 1º uso de SPA ilícita	r	-0,01	-0,17	0,04	-0,14	-0,33	-0,02
	p	0,92	0,23	0,75	0,32	0,02	0,88
Ansiedade	r	-0,52	-0,33	-0,36	-0,11	0,32	-
	p	0,00001	0,007	0,003	0,38	0,01	-
Ideação Suicida	r	-0,34	-0,39	-0,33	-0,18	-	0,32
	p	0,005	0,001	0,002	0,14	-	0,01

Indivíduos que já haviam tentado suicídio tiveram maior ideação suicida (p=0,004) e pior QV nos domínios psicológicos (p=0,007) e relações sociais (p=0,006). Não houve relação entre as variáveis sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, provedor do lar, tipo de droga utilizada, número de vezes que recebeu tratamento, tempo de abstinência e tempo de tratamento no CAPS e os domínios da QV, ideação suicida e ansiedade.

## Discussão

A média de idade dos participantes deste estudo (37,4 anos) é comum a consumidores de SPA que estão em tratamento.<sup>17-19</sup> Apesar do uso ser iniciado muito precocemente<sup>18, 20, 21</sup>, a procura por tratamentos é comum em pacientes adultos.<sup>17, 19</sup> Também é comum nesse grupo, indivíduos do sexo masculino, solteiros e com baixa escolaridade e renda familiar.<sup>17-18, 22</sup>

A partir do momento que a dependência se instala, ela torna-se prioridade na vida da pessoa que utiliza SPA, acarretando uma inversão de valores durante a convivência, gerando sentimentos de raiva, desesperança, culpa, distanciamento e abandono escolar, atingindo a vida dele e de todos que estão próximos a ele.<sup>17</sup>

O envolvimento com as drogas gera repetência escolar e conseqüentemente um alto índice de abandono escolar e baixa qualificação profissional. Acredita-se que a este seja um dos fatores desencadeadores do alto índice de desempregados. Torna-se preocupante, pois isto pode acarretar em problemas secundários como criminalidade, devido à necessita de dinheiro para sustentação do vício.<sup>17</sup>

Em estudo feito com detentos na cidade de Porto Alegre muitos relataram de uso de SPA e correlação positiva entre o uso de drogas com reincidência criminal, crime por roubo, traços de raiva, temperamento agressivo e sintomas depressivos.<sup>23</sup> Porém é complexo relacionar se o álcool desencadeia esses sentimentos e situações ou o contrário.<sup>17, 23-24</sup>

A religião foi relatada pela maioria dos participantes (74,19%). A religiosidade faz com que o homem reflita sobre si mesmo e as suas relações a espiritualidade se constitui de um sentimento íntimo existencial, uma busca pelo sentido de viver e estar no mundo e que não necessariamente vai estar ligado à crença em algo maior, como um Deus. A religião está associada a um menor consumo de SPA e melhores índices de recuperação. Quando praticada, a religiosidade aumenta o otimismo, a percepção de suporte social, a resiliência e diminui os níveis de ansiedade.<sup>26</sup> Portanto, é necessário algo além de relatar uma religião, é necessário empregar o *coping* religioso.

Estratégias positivas de *coping* religioso, apresentam correlação positiva com melhor saúde mental e QV e estratégias inversas teve correlação negativa com saúde física, depressão e QV. Pessoas com CRE tem menor probabilidade de abusar de SPA, ter atitudes de risco como delinquência e crimes.<sup>27</sup>

A média de idade (14 anos  $\pm$ 5,4) do primeiro uso de SPA deste estudo corrobora com pesquisa feita com pacientes internados em um Hospital Psiquiátrico.<sup>22</sup> Em pesquisa realizada nas cinco regiões do Brasil, 22% dos entrevistados declararam ter consumido álcool antes dos 15 anos. Estudo feito no Brasil com 59699 adolescentes mostrou que o uso de SPA entre adolescente é prevalente. O consumo de tabaco e outras drogas por adolescentes, além de ser considerado ilegal, foram apontados como situações de risco para uso de álcool.<sup>20</sup> A adolescência é marcada por um período de descobertas, transformações, curiosidades, revoltas pessoais, fuga dos problemas e exige do adolescente individualidade, autonomia e autoafirmação, o que muitas vezes o faz desafiar os limites impostos pela sociedade, tornando-o suscetível ao uso de SPA.<sup>28</sup>

Vários estudos obtiveram relações entre variáveis sociodemográficas, tempo de tratamento, abstinência, domínios de QV, ideação suicida e ansiedade. Porém, neste estudo apesar de todos esses dados estarem abaixo dos valores esperados para um grupo em tratamento, não houve relação estatística nesta população. Acredita-se que esse resultado pode ter ocorrido pelo tamanho da população ou pela instabilidade de frequência nas consultas, pois apesar do longo tratamento, muitos não iam regularmente às consultas.

Vários padrões de policonsumo também foram encontrados em estudo feito em 5 países latino americano.<sup>29</sup> O policonsumo frequentemente é praticado entre derivados do tabaco, álcool e maconha sendo que, eles são considerados um fator de risco para introdução de outras substâncias nocivas como cocaína.<sup>19, 29</sup> Em vários estudos<sup>19, 21, 23</sup> o uso de álcool, maconha e cocaína foram os mais presentes nesta população<sup>24</sup>.

O álcool é utilizado como um potencializador ou inibidor de substâncias. Associado a estimulantes como a cocaína, reforça seus efeitos, tendendo o usuário a consumir doses cada vez maiores. Já associada ao crack, o álcool é utilizado para diminuir os efeitos colaterais, como boca seca. O alto consumo de tabaco em grupos que buscam tratamento para dependentes de drogas é comum, sendo em média quatro vezes mais frequente que na população em geral.<sup>19</sup>

Associado ao álcool e ao tabaco, a maconha esteve presente na maioria dos consumidores de SPA, sendo considerada a substância ilícita mais consumida em nosso país.<sup>1</sup> O uso prolongado dessa substância está relacionada ao fato de ser considerada uma das primeiras drogas a serem consumidas pela facilidade do acesso. O consumo desta substância é considerado um fator de risco para dependência de substâncias ilícitas, pois ao ser consumida abre uma o caminho para o uso de múltiplas.<sup>19</sup>



As drogas alucinógenas foram as menos utilizadas neste estudo e corrobora com a literatura<sup>19</sup>. Consideradas de uso esporádico e ligadas a eventos específicos como festas e ritos religiosos, são utilizadas na iniciação do uso de SPA, não sendo comum seu uso prolongado.<sup>19</sup>

Dentre os consumidores de SPA, a ansiedade grave prevaleceu (30,65%), conforme outros estudos.<sup>5, 27-28</sup> A ansiedade quando em demasia está associada ao comportamento agressivo, impede o controle dos impulsos emocionais e prejudica as relações sociais.<sup>23</sup> A ansiedade associada ao uso de SPA tem grande relevância clínica, sendo que implica em um pior prognóstico, incluindo má resposta ao tratamento e aumento do risco de suicídio<sup>32</sup>, diminuindo a QV.<sup>33</sup>

A associação entre ansiedade e ideação suicida esteve presente em uma revisão da literatura, onde 90% dos casos de suicídio estavam associados a um transtorno mental. Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são a depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e SPA, ansiedade e esquizofrenia, agravando-se quando essas condições acontecem de forma análoga.<sup>34-35</sup>

As tentativas de suicídio são o principal fator de risco para suicídio. Para cada suicídio estima-se que pelo menos dez tentativas ocorreram. Estima-se que após a tentativa, o risco para suicídio aumente em até cem vezes. No Brasil, observou-se que ao longo da vida 2,8% das pessoas tentaram suicídio.<sup>35</sup> Observa-se a vulnerabilidade os participantes deste estudo onde, 35,49% dos participantes tentaram suicídio.

A ideação suicida consiste em pensamentos de cunho suicida, sem passar ao plano da ação motora. As ideações são mais prevalentes do que as tentativas de suicídio e estas, por sua vez, mais prevalentes que o ato suicida fatal. Estima-se que 3% a 13% dos indivíduos que tentaram suicídio morrerão por essa causa.<sup>35</sup>

Existe uma linha crescente de associação entre problemas relacionados ao uso de substâncias com doenças psiquiátricas comuns (depressão, ansiedade, transtornos de humor e outros), crimes e violência. A violência gera agressividade, impulsividade e hostilidade a terceiros, bem como ao próprio indivíduo consumidor (ideação suicida, tentativa de suicídio, suicídio e outros). Essa violência interpessoal interfere no progresso do tratamento e manutenção da abstinência.<sup>36</sup>

No presente estudo os domínios da QV de uma forma geral estiveram prejudicados. O uso de SPA ocasiona problemas médicos<sup>37</sup>, sociais<sup>38</sup> e de saúde mental,<sup>37, 39-44</sup> tendo como risco a baixa QV.<sup>45</sup>

Acredita-se que o meio ambiente seja o domínio mais prejudicado pois ele reflete a segurança física, proteção e disponibilidade de recursos financeiros.<sup>14</sup> A vulnerabilidade da pessoa que usa droga, se reflete pelas condições em que ele vive. A baixa renda em decorrência do alto índice de desemprego, a insegurança familiar.<sup>44</sup>

Dados divergentes foram encontrados em estudo feito com dependentes químicos em tratamento em uma unidade de referência para dependentes em Santa Catarina. Os autores retrataram a QV esteve pouco prejudicada.<sup>46</sup> Vale ressaltar que a maior parte das características sociodemográficas foram divergentes ao deste estudo, como melhor escolaridade, renda familiar, a maioria estava empregado, o que pode ter influenciado positivamente na QV.

A QV é um conceito complexo por sua subjetividade, multidimensionalidade, bipolaridade e mutabilidade. Diante de tais aspectos torna-se evidente que a noção de QV propõe uma quebra de paradigmas, tendo em vista que envolve elementos complexos e difíceis de serem mensurados.<sup>25</sup>

Este estudo desperta para uma reflexão sobre a Política Nacional de Saúde Mental tendo visto que, os resultados encontrados divergem dos esperados a pacientes dentro de serviços públicos de saúde. Os pacientes em tratamento (sendo a maioria há mais de 12 meses) apresentaram altos índices de ansiedade, ideações suicidas, várias tentativas de tratamento, condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa QV. Acredita-se que o fortalecimento dessa política deve ser repensado na perspectiva de entender a singularidade de cada indivíduo, não só em teoria, mas também na prática.

## **Conclusão**

Os participantes deste estudo foram maior parte do sexo masculino, com baixa escolaridade, desempregados, sem companheiros e fizeram uso de várias SPA durante a vida. A facilidade do acesso a substâncias como álcool e o tabaco acabaram sendo as mais consumidas. A QV esteve prejudicada em todos os domínios, principalmente nos domínios ambiental e psicológico. O domínio físico também esteve prejudicado e foi relacionado com indivíduos desempregados. A ansiedade grave foi a mais presente e teve correlação negativa com os domínios físico e psicológico e relações sociais da QV e positiva com a ideação suicida.

Enfatiza-se a importância de políticas e protocolos institucionalizados que foquem a avaliação da QV e os fatores que a influenciam. Nesse sentido, ressalta-se a importância de ações de prevenção para abuso dessas drogas na população de forma geral, bem como

estratégias específicas que atentem para a problemática de abuso de drogas lícitas pelos pacientes de CAPS, mesmo entre aqueles cujo principal motivador da busca pelo tratamento foram as drogas ilícitas. Vale ressaltar também a importância de estratégias para impedir a utilização ou as condições de uso nas populações, bem como de prevenção e tratamento de doenças e morbidades associadas à dependência química.

Dentre as limitações do estudo têm-se o delineamento transversal, que impossibilitou a relação causal entre as manifestações descritas. A análise comparativa entre serviços não foi possível, pois no município havia apenas um CAPS. Ainda assim, este estudo fornece aspectos relevantes a serem considerados na formulação de estratégias de assistência à saúde e desperta a possibilidade de novas pesquisas envolvendo aspectos multidimensionais para entender como pacientes em tratamento apresentam altos índices de ansiedade, ideações suicidas e baixa QV.

## Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Relatório Mundial de Drogas 2016. World Drug Report 2016 [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 3]. Available from: <http://www.unodc.org/wdr2016/>.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas 2013. Relatório mundial sobre drogas [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 19]. Available from: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>.
3. Ministério da Saúde (MS). Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS - DATASUS [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/minas-gerais/noticias-minas-gerais/513-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus>.
4. Laranjeira R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) [Internet]. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD); 2012 [cited 2016 Dec 3]. Available from: <http://inpad.org.br/lenad-o-consumo-de-alcool-no-brasil-entre-2006-e-2012-press-release-dia-1004/>.
5. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Drogas Psicotrópicas [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://www.cebrid.com.br/drogas-psicotropicas/>.
6. Lopes AP, Rezende MM. Anxiety and the use of psychoactive substances among adolescents. *Estud Psicol Camp*. 2013; 30(1):49–56.
7. Carvalho AF, Nardi AE, Quevedo J. Transtornos Psiquiátricos Resistentes ao Tratamento: Diagnóstico e Manejo. Artmed Editora; 2015.

8. Armstrong G, Nuken A, Samson L, Singh S, Jorm AF, Kermode M. Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. *BMC Psychiatry*. 2013; 13(1):151.
9. Zubaran C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies: *Current Opinion in Psychiatry*. [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 3]. Available from: [http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2009/05000/Quality\\_of\\_life\\_and\\_substance\\_use\\_concepts\\_and.7.aspx](http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2009/05000/Quality_of_life_and_substance_use_concepts_and.7.aspx).
10. Moreira TC, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):1953–62.
11. Abreu AMM, Parreira PMSD, Souza MH do N, Barroso TMM de A, Abreu AMM, Parreira PMSD, et al. Profile of consumption of psychoactive substances and its relationship to sociodemographic characteristics: a contribution to a brief intervention in primary health care, rio de janeiro, brazil. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 6]; 25(4). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072016000400315&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072016000400315&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
12. Cardoso HF, Baptista MN, Ventura CD, Branão EM, Padovan FD, Gomes MA. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. *Diaphora*. 2014; 12(2):42–8.
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):01–7.
14. Fleck MP de A. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):33–8.
15. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MAK, Fleck MPA. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res*. 2005; 14(2):561–4.
16. Cunha JA. Manual da versão em português das ESCALAS BECK. 1ª. Casa do Psicólogo; 2001.
17. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Clinical sociodemographic profile of chemically dependents under treatment: record analysis. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(2):234–41.
18. Cunha SM da, Araujo RB, Bizarro L, Cunha SM da, Araujo RB, Bizarro L. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. *Trends Psychiatry Psychother*. 2015; 37(3):126–32.
19. Ribeiro D do R, Carvalho DS de, Ribeiro D do R, Carvalho DS de. Drug use of groups in distinct phases of treatment in Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drug (CAPS-AD). *J Bras Psiquiatr*. 2015; 64(3):221–9.
20. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Barreto SM, Neto M, De OL, et al. Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(1):52–62.

21. Almeida RMM de, Flores ACS, Scheffer M. Suicidal ideation, problem solving, expression of anger and impulsiveness in dependents on psychoactive substances [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 24]. Available from: <http://repositorio.caminhosdocuidado.org/handle/handle/160>.
22. Silveira JLF da, Oliveira RL de, Viola BM, Silva TM da, Machado RM. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Rev RENE*. 2014; 15(3):436–46.
23. Tavares GP, Scheffer M, Almeida RMM de. Drugs, violence and emotional aspects in prisoners. *Psicol Reflex E Crítica*. 2012; 25(1):89–95.
24. Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss PM. Quality of life and health: a necessary debate. *Ciência Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7–18.
25. Melo C de F, Sampaio IS, Souza DL de A, Pinto N dos S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estud e Pesquisa em Psicol*. 2015; 15(2):447–64.
26. Sanchez Z van der M, Nappo SA. Religious intervention and recovery from drug addiction. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):265–72.
27. Panzini RG, Bandeira DR. Spiritual/religious coping scale (SRCOPE Scale): elaboration and construct validation. *Psicol em Estudo*. 2005; 10(3):507–16.
28. Pratta EMM, Santos MA dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *SMAD - Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2006; 2(2):01–17.
29. Herrera RA, Prieto SR, Veloza GM, Riquelme HG, Nóbrega MPSS, Mitchell C, et al. Simultaneous polydrug consumption among undergraduate students of health sciences of seven universities in five Latin American countries and one Caribbean country: gender, legal and social implications. *Texto Contexto - Enferm*. 2012; 21(SPE):17–24.
30. Bartholomeu D, Montiel JM, Pessotto F, Jesus PP de, Feliciano T. Avaliação da Ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação. *Boletim - Acad Paulista Psicologia*. 2014; 34(87):352–70.
31. Batista LACSB, Nunes PHG, Moreira FA. Aspecto dual da maconha na ansiedade e no humor. *Rev Biologia [Internet]*. 2014; 13(1):36-42 [cited 2016 Nov 24]. Available from: <http://www.ib.usp.br/revista/node/185>.
32. Yoshimi NT, Campos LM, Simão MO, Torresan RC, Torres AR, Yoshimi NT, et al. Social anxiety symptoms in alcohol-dependent outpatients: prevalence, severity and predictors. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65(2):117–26.
33. Lozano ÓM, Rojas AJ, Calderón FF. Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *J Ment Health*. 2016; 2(2):1–8.
34. BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002; 1(3):181–5.
35. Botega NJ, Botega NJ. Suicidal behavior: Epidemiology. *Psicol USP*. 2014; 25(3):231–6.
36. Claro HG, Oliveira MAF, Titus JC, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR, et al. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. *Rev Lat Americana Enfermagem*. 2015; 23(6):1173–80.

37. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2010; 53 Suppl 1:S116-120.
38. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, Nieuwenhuizen C van, Broekaert E. Exploratory Study on Domain-Specific Determinants of Opiate-Dependent Individuals' Quality of Life. *Eur Addict Res*. 2011; 17(4):198–210.
39. Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, et al. Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment. *Subst Use Misuse*. 2008; 43(5):612–32.
40. Best D, Gow J, Knox T, Taylor A, Groshkova T, White W. Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug Alcohol Rev*. 2012; 31(3):334–41.
41. Chahua M, Sánchez-Niubò A, Torrens M, Sordo L, Bravo MJ, Brugal MT, et al. Quality of life in a community sample of young cocaine and/or heroin users: the role of mental disorders. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2015; 24(9):2129–37.
42. Costenbader EC, Zule WA, Coomes CM. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis c infection. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 89(2–3):251–8.
43. Gonzales R, Ang A, Glik DC, Rawson RA, Lee S, Iguchi MY, et al. Quality of Life among Treatment Seeking Methamphetamine-Dependent Individuals. *Am J Addict*. 2011; 20(4):366–72.
44. Yen Y-F, Chou P, Lin Y-S, Deng C-Y. Factors associated with health-related quality of life among injection drug users at methadone clinics in Taipei, Taiwan. *J Chin Med Assoc JCMA*. 2015; 78(5):292–8.
45. Fischer JA, Conrad S, Clavarino AM, Kemp R, Najman JM. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. *Qual Life Res*. 2013; 22(8):2113–21.
46. Silveira C da, Meyer C, Souza GR de, Ramos M de O, Souza M de C, Monte FG, et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):2001–6.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No artigo de revisão integrativa da literatura, foi percebido que as pessoas que consomem SPA tende a ter uma QV prejudicada em relação a população em geral. Quanto maior é o consumo pior será o estado de saúde física e mental. Mulheres, idade avançada, pessoas solitárias, em situação de desemprego e de baixa renda tendem a ter uma pior QV. A procura por tratamentos tem oferecido melhores percepções da QV.

No artigo original, o perfil dos usuários de droga corrobora com o da literatura, sendo em sua maioria homens, solteiros, com baixa escolaridade e renda familiar. Os domínios de QV estavam prejudicados, todos os pacientes apresentação algum nível de ansiedade e houve sentimentos de ideação suicida.

Os domínios físico e psicológico da QV estiveram relacionados com indivíduos desempregados. Conforme literatura, o uso de drogas acarreta problemas escolares, de formação profissional e social, acarretando em altos índices de desemprego e possível envolvimento com criminalidade.

A idade do primeiro uso da SPA esteve relacionada com altos níveis de ideação suicida. Quanto menor a idade ao experimentar a droga maior será os sentimentos de ideação suicida. Houve correlação positiva entre ansiedade e ideação suicida. Esses transtornos tiveram correlação negativa com a QV, reforçando a convicção de que a pessoa que consome SPA está suscetível a várias consequências tanto sociais quanto de saúde.

Variáveis como sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, tipo de SPA que utiliza, número de vezes que recebeu tratamento, tempo de abstinência e tempo de tratamento não tiveram relação com os domínios da QV, ideação suicida e ansiedade. Novas estratégias de assistência à saúde desta população devem ser traçadas envolvendo a particularidade de cada indivíduo.

## REFERENCIAS

- ABREU, A.M.M. Profile of consumption of psychoactive substances and its relationship to sociodemographic characteristics: a contribution to a brief intervention in primary health care, Rio de Janeiro, Brazil. **Rev.Texto e Contexto – Enfermagem**. v.25, n.4. 2016.
- ALMEIDA, R. M. M. DE; FLORES, A. C. S.; SCHEFFER, M. Ideação Suicida, Resolução de Problemas, Expressão de Raiva e Impulsividade em Dependentes de Substâncias Psicoativas. **Psicologia. Reflexão e Crítica**. v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013.
- ARAGÃO, A. T.M.; MILAGRES, E.; FIGLIE, N. B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, v. 14, n.1, p.117-123. 2009.
- ARMSTRONG, G. et al. Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. **BMC Psychiatry**. 2013.
- ASTALS et al., Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. **Substance Use & Misuse**, v. 43, n. 5, p. 612–632, 1 jan. 2008.
- BABAIE E, RAZEGHI N. Comparing the effects of methadone maintenance treatment, therapeutic community, and residential rehabilitation on quality of life and mental health of drug addicts. **Addict Health**. 5(1-2): 16-20. 2013
- BALTIERI, D. A. et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 259–269, dez. 2004.
- BARROS, M. A.; PILLON. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista eletrônica de Enfermagem**. v.08, n.01, p.144-149. 2006.
- BARTHOLOMEU, D. et al. Avaliação da ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 87, p. 352–370, dez. 2014.
- BATISTA, L. A. C. S. B; NUNES, P.H.G; MOREIRA, F.A. Aspecto dual maconha na ansiedade e no humor. **Revista de Biologia**. v.13, n.1, p.36-42, 2014.
- BAUMEISTER, S. E. et al. Effect of a Primary Care based Brief Intervention Trial among Risky Drug Users on Health-related Quality of Life. **Drug and alcohol dependence**, v. 0, p. 254–261, 1 set. 2014.
- BERLIM, M. T. et al. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**, v. 14, n. 2, p. 561–564, mar. 2005.



BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181–185, out. 2002.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.

BEST et al. Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital. **Drug and Alcohol Review**. v. 31, n. 3, p. 334–341, maio 2012.

BEST et al. The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**. 45, 273–279. 2013

BRITO, A.S. **Alcoolismo associado a transtornos mentais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. 2014

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M, F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 421-431, 2014.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**. v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.

BOTEGA, N. BERTOLETE, J.M. HETEM, L. A. BESSA, M. A. Prevenção do comportamento suicida . Revista Debates – Associação Brasileira de Psiquiatria. Ano 2, nº1, 2010. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/PSQDebates\\_7\\_Janeiro\\_Fevereiro\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf)>

BOTEGA, N. J.; BOTEGA, N. J. Suicidal behavior: Epidemiology. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014.

BOTEGA, N.IJ. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.12, p.2632-2638, 2009.

BRASIL – Ministério da Justiça - OBID – Observatório brasileiro de Informações Sobre Drogas. 2015. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11250&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico)>

\_\_\_\_\_. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de álcool e drogas psicotrópicas no Brasil 2005**. 2005

\_\_\_\_\_. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. **VI Levantamento Nacional Sobre O Consumo De Drogas Psicotrópicas Entre**

**Estudantes Do Ensino Fundamental E Médio Das Redes Públicas E Privada De Ensino Em 27 Capitais Brasileiras. 2010**

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça do Brasil. Observatório Brasileiro Sobre Drogas. 2015. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. Acessado em 13/06/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a consumidores de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2003

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção nº34 Básica. Saúde Mental. Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica**. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS - DATASUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/minas-gerais/noticias-minas-gerais/513-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus>>. Acesso em: 6 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Drogas Psicotrópicas – CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/drogas-psicotropicas/>>. Acesso em: 6 dez. 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID. **Informações sobre drogas**. Brasília. 2007

BÜCHELE F, COELHO EBS, LINDNER SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. **Cien Saude Colet**. v. 14, n.1, p.267-273, 2009.

CAPISTRANO, F. C. et al. Clinical sociodemographic profile of chemically dependents under treatment: record analysis. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 234–241, jun. 2013.

CARDOSO, H.F. et al. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**. v.12, n.2, p.42-48, 2014.

CARVALHO, A. F.; NARDI, A.E.; QUEVEDO, J. **Transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento: diagnóstico e manejo** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Atmed, 2015.

CASTILHO, A. R. G.L et al . Transtornos de ansiedade. Revista. Brasileira. De Psiquiatria., v. 22 ,supl. 2 ,p. 20-23, 2000.

CHAHUA et al. Quality of life in a community sample of young cocaine and/ or heroin users: the role of mental disorders. **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**, v. 24, n. 9, p. 2129–2137, set. 2015.

CLARO, H. G. et al. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1173–1180, dez. 2015.

COMPTON, W. M., THOMAS, Y. F., CONWAY, K. P., COLLIVER, J. D. Developments in the Epidemiology of Drug Use and Drug Use Disorders. **American Journal of Psychiatry**.v.162, n.8, 2005.

CORDEIRO LRO, OLIVEIRA MS, SOUZA RC. The scientific production of Psychosocial Care Centers. **Revista Escola de enfermagem . USP**. v.46, n.1, p.119-23.

COSTENBADER, ZULE, COOMES. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis c infection. **Drug Alcohol Depend** . 89(2-3): 251–258. 2007.

CROSSETTI . Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 33(2), 8-9. 2012

CUNHA, J.A. Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2001.

CUNHA, S. M. DA et al. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 37, n. 3, p. 126–132, set. 2015.

DE MAEYER, J. et al. Exploratory Study on Domain-Specific Determinants of Opiate-Dependent Individuals' Quality of Life. **European Addiction Research**, v. 17, n. 4, p. 198–210, 2011.

FILGUEIRAS et al. Avaliação da ansiedade por meio do teste de associação implícita. **Núcleo de Neuropsicologia clínica e experimental**. Seção III. p.218-228, 2012.

FISCHER et al. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. **Quality of Life Research** 22:2113–2121, 2013.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FREITAS, J. L. et al. Revisão bibliométrica das produções acadêmicas sobre suicídio entre 2002 e 2011. **Psicologia em pesquisa**. v.7, n.2, p.251-260, 2013

FREITAS, et al. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2012.

GALVÃO, C. M. Evidence hierarchies. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 5–5, jun. 2006.

GIBBIE et al. The relationship between personality disorders and mental health, substance use severity and quality of life among injecting drug users. **MJA**, v.195, n. 3, 2011.

GONZALES et al. Quality of Life among Treatment Seeking Methamphetamine-Dependent Individuals. **The American Journal on Addictions**, v. 20, p. 366–372, 2011.

HERRERA RODRÍGUEZ, A. et al. Simultaneous polydrug consumption among undergraduate students of health sciences of seven universities in five Latin American countries and one Caribbean country: gender, legal and social implicacions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 17–24, 2012.

HOFMANN, S.G.; WU, J.Q.; BOETTCHER H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. **J Consult Clin Psychol**. v. 82, n.3, p.375-91, 2014.

KATZ, L.Y., COX. B.J., CLARA, I.P., OLESKI, J., SACEVICH, T. Abuso de substâncias contra a dependência e a estrutura de transtornos mentais comuns. **Compr Psychiatry**. v.52, n.6, 2011.

KRUEGER, R.F. A estrutura de transtornos mentais comuns. **Arch Gen Psychiatry**. v.56, n. 10,1999.

LARANJEIRA, R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). [s.l.] **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas (INPAD)**, 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad-o-consumo-de-alcool-no-brasil-entre-2006-e-2012-press-release-dia-1004/>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

LIMA, A. F. B. S. **Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. Dissertação– Curso de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LIN,C., WU,Z., DETELS, R. Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. **Public Health**. v. 125, n. 5, p. 269–274, maio 2011.

LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. **Estudos de psicologia**, v. 30, n. 1, p. 49–56, mar. 2013.

LOZANO, Ó. M.; ROJAS, A. J.; CALDERÓN, F. F. Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? **Journal of Mental Health**. 2016.

MALTA, D. C. et al. Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 52–62, fev. 2014.

MARCON, S. R. et al. Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 167–174, fev. 2012.

MARTELLO, S.; FETT, C. A. USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS POR POLICIAIS MILITARES DE CUIABÁ E VÁRZEA GRANDE. Homens do Mato - **Revista Científica de Pesquisa em Segurança Pública**, v. 11, n. 1, 14 jan. 2015.

MASTROPIETRO, A. P. et al. Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, n. 2, p. 102–107, 2010.

MAYER et al. Exploratory Study on Domain-Specific Determinants of Opiate-Dependent Individuals' Quality of Life. **European Addiction Research**. V.17, p.198–210, 2011.

MEDEIROS, K. T et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de consumidores. **Psicologia em estudo**. v.18, n.2, p. 269-279, 2013.

MELLO, Inaiá Monteiro. Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática.– São Paulo: **Editora Atheneu**, 2008.

MELNYK, B. M. et al. The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. **The Journal of Nursing Administration**, v. 42, n. 9, p. 410–417, set. 2012.

MENDES; SILVEIRA; GALVÃO Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. **Texto Contexto Enferm**, 17(4), 758–764. 2008.

MELNYK BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare:a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott **Williams & Wilkins**; 2011.

MELO, C.F et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e pesquisas em psicologia**. V.15, n.2, 447-464, 2015.

MILLER, M., AZRAEL, D., HEMENWAY, D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. **Annals of Emergency Medicine**. v.43, n.6, 2004.

MILLER et al., Comparing subjective well-being and health-related quality of life of Australian drug users in treatment in Regional and Rural Victoria. **Drug and Alcohol Review** . v. 33, p. 651–657, 2014.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOREIRA, T. DE C. et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1953–1962, jul. 2013.

MOREIRA, T. DE C. et al. Substance use, voice changes and quality of life in licit and illicit drug users. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 374–384, abr. 2015.

MOSCICKI, E. H. Epidemiology of suicidal behavior. Suicide and Life-Threatening Behavior. **The Official of The American Association of Suicidology**. v.25, n.1, p.22-35. 1995.

NAVARRO, M. C. C.; MARTINEZ, M.C. P.. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana**. v. 20, n. 6, p. 1161-1168, 2012 .

NIEDERAUER, K.G. et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID-10**. 2015. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>

\_\_\_\_\_. RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde mental nova concepção nova esperança. 2001

PANZINI, R. G; BANDEIRA, D.R. Spiritual/religious coping scale (SCOPE Scale): elaboration and construct validation. **Psicologia em Estudo**. V.10, n.3, p.507-516, 2005.

PICCI, R. L. et al. Quality of life, alcohol detoxification and relapse: is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**, v. 23, n. 10, p. 2757–2767, dez. 2014.

PILLON, S. C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 742–748, dez. 2010.

PORTUGAL, F. B.; CORRÊA, A. P. M.;SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.6, n.5,p. 2-13. 2010.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. v. 2, n. 2, 2006.

PRATTA, E.M.M et al. O processo saúde-doença e a dependência química: **interfaces e evolução**. *Psicologia: Teoria e pesquisa*. v. 25, n.2, p.205-211. 2009.

RIBEIRO, J.L.P.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estado da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**. v.5, n.2, p. 229-239, 2004.

RIBEIRO, D. DO R. et al. Drug use of groups in distinct phases of treatment in Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drug (CAPS-AD). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 221–229, set. 2015.

RODRIGUES, et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2012.

SALMABADI, S.E et al. Comparing the Spiritual Health and quality of life in addicted na Non-Addicted patients in the city of Birjand, Iran. **International Journal High Risk Behaviors & Addiction**. 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867404/>.

SANTOS, D. N.; ALMEIDA-FILHO, N.; CRUZ, S. S.; SOUZA, S.S.; SANTOS, E.C ; BARRETO, L.M; OLIVEIRA, I.R. Mental disorders prevalence among female caregivers of children in a cohort study in Salvador, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2005

SANCHEZ, Z.M; NAPPO, S. A. Religious intervention and recovery from drug addiction. **Rev. Saúde Pública**. v.42, n.2, 265-72, 2015.

SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**., Ribeirão Preto, v.22, n.133, 2014.

SEMEDO, F. Qualidade de vida em consumidores de substâncias psicoativas: um estudo comparativo entre internos da Comunidade Terapêutica e das Tendinhas do El-Shaddai. Disponível em: <<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/handle/10964/709>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

SILVEIRA, C.D.A. et al., Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.7, p. 2001-2006, 2013.

SILVEIRA, J. L. F. DA et al. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. **Rev. RENE**, v. 15, n. 3, p. 436–446, 201406.

SOARES, C. B., HOGA, L. A. K., PEDUZZI, M., SANGALETI, C., YONEKURA, T., & SILVA, D. R. A. D. (2014). Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335–345, abr. 2014.

SOUZA, E. R. et al. Consumo de substancias lícitas e ilícitas por Policiais da Cidade do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, março 2013.

SOUZA, L. A. DE; COUTINHO, E. S. F. Associated factors to quality of life of patients with schizophrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 50–58, mar. 2006.

SILVEIRA, C. et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.7, p.2001-2006, 2013.

SILVEIRA, J.L.F et al. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. **Rev. Rene**. v.15, n.3, p.436-446, 2014.

TAKEI, E. H.; SCIVOLETTO, S. Como diagnosticar e tratar ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57, n.7, p. 665-678, 2000.

TAVARES, G. P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. DE. Drugs, violence and emotional aspects in prisoners. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 1, p. 89–95, 2012.

TRAN et al. Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**, v. 21, n. 4, p. 613–623, maio 2012.

TRAN et al. Associations between alcohol use disorders and adherence to antiretroviral treatment and quality of life amongst people living with HIV/AIDS. **BMC Public Health**. 2014.

UNITED NATIONS. United Nations Office On Drugs And Crime - UNODOC. **World Drug Report 2012**. New York, 2012

\_\_\_\_\_. United Nations Office On Drugs And Crime - UNODOC. **World Drug Report 2013**. New York, 2013.

\_\_\_\_\_. United Nations Office On Drugs And Crime - UNODOC. **World Drug Report 2014**. New York, 2014.

\_\_\_\_\_. United Nations Office On Drugs And Crime - UNODOC. **World Drug Report 2015**. New York, 2015.



\_\_\_\_\_. United Nations Office On Drugs And Crime - UNODOC. World Drug Report 2016. New York, 2016.

Ubuguyu O et al. Improvements in health-related quality of life among methadone maintenance clients in Dar es Salaam, Tanzania. **International Journal of Drug Policy**. 2016; 30:74–81.

VASCONCELOS, T.C et al. Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.39, n.1, p.135-142, 2015.

VENTEGODT S, MERRICK J. Drogas Psicoativas e Qualidade de Vida. **Sci Mundo J** v.3, p.694-706, 2003.

VERDUGO, M. A. et al. The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 56, n. 11, p. 1036–1045, 1 nov. 2012.

WASSERMAN D, CARLI V, WASSERMAN C, APTER A, et al., Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. **BMC Public Health**. v. 10, p.192, 2010.

World Health Organization (WHO). Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. **Bulletin of the World Health Organization**, v.59, n. 2, p. 225-4, 1981.

\_\_\_\_\_. **WHOQOL -BREF Introduction, Administration, Scoring**, 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1)>. Acesso em: 4 dez. 2016

\_\_\_\_\_. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine** (1982), v. 46, n. 12, p. 1569–1585, jun. 1998.

\_\_\_\_\_. PUBLIC HEALTH ACTION FOR THE PREVENTION OF SUICIDE. A framework. **WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**. 2012

\_\_\_\_\_. **International Classification of Diseases (ICD)**. 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F10-F19>>

WU et al. Subtypes of Nonmedical Opioid Users: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Drug Alcohol Depend.** v.112, n.1, p.69-80, 2010.

XIAO, L. et al. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** (1999), v. 53 Suppl 1, p. S116-120, fev. 2010.

YEN et al. Factors associated with health-related quality of life among injection drug users at methadone clinics in Taipei, Taiwan. **Journal of the Chinese Medical Association**. v. 78, p.292-298, 2015.

YOSHIMI, N. T. et al. Social anxiety symptoms in alcohol-dependent outpatients: prevalence, severity and predictors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 2, p. 117–126, jun. 2016.

ZALESKI, M. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.28, n.2, p.142-148, 2006.

ZUBARAN C, FORESTI K. Quality of life and substance use: concepts and recent trends...: **Current Opinion in Psychiatry**. Disponível em: <[http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2009/05000/Quality\\_of\\_life\\_and\\_substance\\_use\\_\\_concepts\\_and.7.aspx](http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2009/05000/Quality_of_life_and_substance_use__concepts_and.7.aspx)>. Acesso em: 3 dez. 2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A. FICHA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

- FICHA  
Nº \_\_\_\_\_
- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS**
1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_
  2. Sexo: ( ) 1 masculino, 2 feminino
  3. Cor autorreferida: ( ) 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 indígena
  4. Escolaridade em anos de estudo: ( ) 1. analfabeto, 2. 1º grau ou fundamental incompleto; 3. 1º grau ou fundamental completo; 4. 2º grau ou médio incompleto, 5. 2º grau ou médio completo; 6. Superior incompleto; 7. Superior completo
  5. Religião: ( ) 1 Católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 não tem, 5 outra: \_\_\_\_\_
  6. Ocupação: ( ) 1 desempregado, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudantes
  7. Hábito de fumar: ( ) 1 sim, 2 Não
  8. Número de cigarros/dia: ( ) \_\_\_\_\_
  9. Estado civil: ( ) 1 solteiro, 2 casado ou maritalmente, 3 viúva, 4 divorciada/separada
  10. Tempo de relacionamento em meses: ( ) \_\_\_\_\_
  11. Renda familiar: ( ) 1 abaixo de R\$788,00, 2 R\$788,00 a R\$1.576,00, 3 R\$1.577,00 a R\$2.364,00, 4 R\$2.365,00 a 3.152,00 5 acima de R\$3,153,00
  12. Provedor da família: ( ) 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros: \_\_\_\_\_
  13. Qual é a sua principal situação de emprego atual? ( ) 1. Turno Integral (35+ h/trabalho), 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho 4. Fora do mercado de trabalho 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)
  14. Tempo de tratamento no CAPS AD: \_\_\_\_\_
  15. Quantas vezes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? \_\_\_\_\_
  16. Quantos anos você tinha quando usou drogas a primeira vez? \_\_\_\_\_
  17. Quantos anos você tinha quando consumiu álcool pela primeira vez? \_\_\_\_\_
  18. Há quanto tempo vocês está abstinente (sem utilizar álcool e drogas)? \_\_\_\_\_
  19. Hábito de beber: ( ) 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/semana, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
  20. Uso de drogas: ( ) 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês
  21. Qual tipo de droga utiliza? \_\_\_\_\_
  22. Tempo de uso de drogas:
    - ( ) Uso de drogas pelo menos uma vez na vida (Uso na vida)
    - ( ) Usou drogas pelo menos uma vez nos últimos doze meses (Uso no ano)
    - ( ) Usou drogas pelo uma vez nos últimos trinta dias (Uso recente ou uso no mês)
    - ( ) Usou de drogas seis ou mais vezes nos últimos trinta dias (Uso frequente)
    - ( ) Utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana (Usuário leve)
    - ( ) Utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês (Usuário moderado)
    - ( ) Utilizou drogas diariamente durante o último mês (Usuário pesado)

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **ANSIEDADE, IDEIAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA DE CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**. Meu nome é **ANAMARIA DONATO DE CASTRO PETITO**, sou a pesquisadora responsável, mestranda em Atenção à Saúde. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável **ANAMARIA DONATO DE CASTRO PETITO** nos telefones: (62) 9154-6995/ (62) 3323-1564, ou através do e-mail **anamariapetito@gmail.com** Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Essa pesquisa será realizada no CAPS que você está cadastrado, na cidade de Ceres e você irá responder cinco questionários, sendo uma ficha de perfil sociodemográfico, um para exame de estado mental e os outros para avaliação da ansiedade, ideação suicida e qualidade de vida. As avaliações serão realizadas no dia que você tiver consulta no CAPS. Dois destes cinco instrumentos serão aplicados pela psicóloga da equipe de pesquisadoras. Este estudo tem como benefício fortalecer o campo de pesquisa no Estado de Goiás na área da saúde, com foco em temas pouco pesquisados como a ansiedade, ideação suicida e qualidade de vida de pessoas que usam drogas. Este estudo tem como objetivo analisar o quanto a ansiedade, a ideação suicida impactam na qualidade de vida dos consumidores de substâncias psicoativas (SPA), visando construir programas e ações que ofereçam suporte para que os consumidores de SPA fiquem melhor assistidos, contribuindo assim para um progresso no tratamento bem como evitando recaídas.

Os procedimentos realizados na pesquisa são relativamente seguros, por se tratar de aplicação de questionário. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, sendo que neste estudo a possibilidade de risco se refere ao psicológico, pois você poderá refletir sobre aspectos da sua vida que você não tinha pensado antes. Outro risco se refere ao desconforto pelo tempo exigido ou até constrangimento pelo teor dos questionamentos, podendo acarretar em estado de ansiedade, decepção e desmotivação. Para minimizar esses riscos, eu (Anamaria Donato), irei proceder a entrevista com cautela, suavizando a linguagem e respeitando os limites das respostas que você me der. Caso você demonstre os sinais descritos acima, você terá assistência imediata e integral para atender as complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa. Como sua participação é voluntária, você também poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou constrangimento. Para diminuir o constrangimento, as entrevistas serão realizadas em sala restrita separado das outras pessoas para garantir a sua privacidade. Durante toda a pesquisa você pode contar com o apoio da pesquisadora, inclusive da pesquisadora psicóloga, podendo tirar suas dúvidas à medida que elas forem surgindo.

A participação na pesquisa é voluntária. Você não receberá nenhum tipo de gratificação financeira ou terá custos por participar da pesquisa, pois as entrevistas serão realizadas no mesmo local em que você já faz tratamento. Caso você tenha algum gasto por causa de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, bastando comprovar o valor gasto e a relação com a pesquisa. Você é livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. As despesas da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora. Por ser voluntário, o motivo de recusar-se não irá acarretar qualquer

penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora irá oferecer assistência integral e gratuita por qualquer dano, seja ele imediato ou tardio, direto ou indireto, relacionado à participação da pesquisa. Esta assistência será oferecida em qualquer momento, não só durante ou após o término do estudo, mas também tardiamente, desde que seja detectado o problema. Caso o dano por causa da pesquisa seja comprovado, você terá direito à indenização de acordo com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os procedimentos metodológicos da pesquisa serão esclarecidos por mim (pesquisadora) antes e durante todo o estudo. Em caso de dúvidas adicionais você poderá procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- Goiás, no endereço; Av. Universitária 1.069, Setor Universitário - Goiânia - GO - CEP 74605-010, Área IV bloco D e telefone; (62) 3946-1512.

Os dados coletados e todas as informações obtidas na pesquisa serão armazenados por um período de cinco anos em local reservado, sob minha responsabilidade (pesquisadora), Anamaria Donato de Castro Petito. Após este período, todo o material será incinerado para garantir o sigilo dos resultados da pesquisa. Os resultados obtidos serão repassados em forma de palestra no CAPS e serão convidados a equipe da unidade e os participantes da pesquisa.

Caberá a mim pesquisadora o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, caso seja identificado indício de algum transtorno/sintoma que você (participante) ainda não esteja sendo tratado, a informação será revelada ao médico, a você e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com sigilo profissional, seu nome e suas respostas não serão divulgados, apenas os resultados do grupo como um todo. As informações do estudo serão divulgadas somente para fins científicos, sendo revelados por meios de eventos científicos e Revistas Científicas, em forma de artigo.

Pesquisadora responsável: Anamaria Donato de Castro Petito – (62) 9154-6995

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Ceres, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, discuti com a pesquisadora Anamaria Donato sobre minha decisão em participar dessa pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que seu eu sofrer qualquer tipo de dano resultante de minha participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terei direito à assistência imediata e integral. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

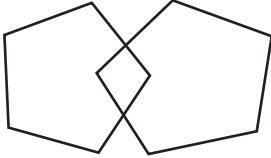
Assinatura do participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_

Participante

## ANEXOS

## ANEXO A. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação Temporal	Qual é o (a) Dia da semana?	1	
	Dia do mês?	1	
	Mês?	1	
	Ano?	1	
	Hora aproximada	1	
	<b>Total</b>	<b>5</b>	
Orientação espacial	Onde estamos?		
	Local genérico(residência hospital, clínica)?	1	
	Local específico (andar, setor)?	1	
	Bairro ou rua próxima?	1	
	Cidade?	1	
	Estado?	1	
	<b>Total</b>	<b>5</b>	
Memória de fixação	Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. (Repita até as três palavras serem repetidas, máx. 5 vezes)		
	Vaso	1	
	Carro	1	
	Tijolo	1	
	<b>Total</b>	<b>3</b>	
	Ou pedir para soletrar ao contrário a palavra MUNDO		
Atenção e cálculo	100-7= (93)            O	1	
	93-7= (86)            D	1	
	86-7= (79)            N	1	
	79-7= (72)            U	1	
	72-7= (65)            M	1	
	<b>Total</b>	<b>5</b>	
Memória de evocação	Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão 1 de "Registros". Estabeleça um ponto para cada resposta correta.		
	Vaso	1	
	Carro	1	
	Tijolo	1	
	<b>Total</b>	<b>3</b>	
Linguagem	Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.		
	Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	1	
	Seguir comando verbal: Pegue esse papel com a mão direita	1	
	Dobre o papel ao meio	1	
	Coloque o papel na mesa	1	
	Ler e seguir o comando da frase: "feche os olhos"	1	
	Escrever uma frase lógica (ignorar ortografia)	1	
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	
Praxia Construtiva	Copiar o desenho 	1	
<b>AVALIAÇÃO do escore obtido</b>		<b>TOTAL DE PONTOS OBTIDOS</b> _____	
Para indivíduos alfabetizados, ≥ 25 pontos: processos cognitivos preservados. Já os não alfabetizados, ≥ 13 pontos: processos cognitivos preservados.			

## ANEXO B. INQUÉRITO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-BREF

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL GROUP

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. <b>Por favor, responda a todas as questões</b> . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência <b>as duas últimas semanas</b> . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:						
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	
Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:						
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	①	2	3	④	5	
Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio						
<b>Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.</b>						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre



26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

**ANEXO C. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)**



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				
				Total

**PEARSON**

Copyright© 1991 by NCS Pearson, Inc.  
Copyright© 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa  
Todos os direitos reservados.



© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda  
Tradução e adaptação brasileira.  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.  
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

## ANEXO D. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IDEIAÇÃO SUICIDA DE BECK



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

## Parte 1

<p><b>1</b> 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de viver.</p> <p>2 Não tenho desejo de viver.</p> <p><b>2</b> 0 Não tenho desejo de morrer.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de morrer.</p> <p>2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.</p> <p><b>3</b> 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.</p> <p>1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.</p> <p>2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p><b>4</b> 0 Não tenho desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de me matar.</p> <p>2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.</p> <p><b>5</b> 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.</p> <p>1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.</p> <p>2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <p><b>Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</b></p>
---	--

\_\_\_\_\_ Subtotal da Parte 1

<p><b>20</b> 0 Nunca tentei suicídio.</p> <p>1 Tentei suicídio uma vez.</p> <p>2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p> <p><b>Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.</b></p> <p><b>21</b> 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.</p> <p>1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.</p> <p>2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>
---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Parte 2

\_\_\_\_\_ **Escore Total**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.  
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo®  
Livraria e Editora Ltda. BSI é um logotipo da Psychological Corporation.

## Parte 2

<p><b>6</b> 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.</p> <p>1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.</p> <p>2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.</p> <p><b>7</b> 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.</p> <p>1 Tenho idéias freqüentes de me matar.</p> <p>2 Penso constantemente em me matar.</p> <p><b>8</b> 0 Não aceito a idéia de me matar.</p> <p>1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.</p> <p>2 Aceito a idéia de me matar.</p> <p><b>9</b> 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p><b>10</b> 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p><b>11</b> 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.</p> <p>1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p>2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> <p><b>12</b> 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p>1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2 Tenho um plano específico para me matar.</p>	<p><b>13</b> 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p>1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p><b>14</b> 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p><b>15</b> 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p>1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p><b>16</b> 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p>1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p>2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p><b>17</b> 0 Não escrevi um bilhete suicida.</p> <p>1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.</p> <p>2 Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p><b>18</b> 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p><b>19</b> 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
<p><b>Passe para o Grupo 20.</b></p>	



## ANEXO E. PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS INSTRUMENTOS DE BECK

Recebemos de VALOR DO CONHECIMENTO COMERCIO os produtos/serviços constantes da NFe indicada ao lado		<b>NF-e</b> <b>Nº: 000.012.479</b> <b>SÉRIE: 1</b>												
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR													
<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>VALOR DO CONHECIMENTO</b> <b>COMERCIO DE LIVROS</b> RUA SIMAO ALVARES, 1020 PINHEIROS - 05417-020 SAO PAULO - SP FONE: (11)3034-3600		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <b>N.º 000.012.479</b> <b>SÉRIE 1-FOLHA 1/1</b>												
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC DEST NAO CONTRIB</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL 143139819110		CHAVE DE ACESSO 3515 1119 5102 1000 0158 5500 1000 0124 7910 2780 3416 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfc.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135150709001635 13/11/2015 13:30:39 C.N.P.J. 19.510.210/0001-58												
<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>ANAMARIA DONATO DE CASTRO PETITO</b> ENDEREÇO <b>AVENIDA T- 5, Apartamento n 1501</b> MUNICÍPIO <b>GOIÂNIA</b>		CNPJ / CPF 024.173.961-65 DATA DE EMISSÃO 13/11/2015 CEP 74230-045 DATA DE SAÍDA 13/11/2015 HORA DE SAÍDA 13:27:48												
FONE / FAX (62)3323-1564		ESTADO <b>GO</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL												
<b>FATURA/DUPLICATAS</b> NÚMERO 12479/1 VENCIMENTO 25/11/2015 VALOR 320,30		NÚMERO VENCIMENTO VALOR NÚMERO VENCIMENTO VALOR												
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b> BASE DE CÁLC. ICMS 0,00 VALOR DO ICMS 0,00 BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00 VALOR ICMS SUBST. 0,00 V. APROX. TRIBUTOS 11,13(4,20%) VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 265,00		VALOR DO FRETE 55,30 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO 0,00 OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS 0,00 VALOR DO IPI 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 320,30												
<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> NOME / RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO QUANTIDADE 1 ESPÉCIE <b>CAIXAS</b> MARCA <b>VALOR DO CONHECIMENTO</b> NÚMERO PESO BRUTO 1,245 PESO LÍQUIDO 1,245		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF UF INSCRIÇÃO ESTADUAL												
<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESC. %	B.CÁLC. DO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
000000195027	ESCALA BECK - - CASA DO PSICOLOGO	49019900	041	6.108	CJ	1,0000	265,0000	265,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Trib aprox RS: 11,13 Federal e 0,00 Estadual Fonte: IBPT/FECOMERCIO SP 50176W End. Entrega: AVENIDA T-5 Apartamento n 1501 SETOR BUENO GOIANIA - GO Nro. Pedido: 19921 Resp.: S - MARIO SERGIO VALOR INCIDENCIA DE ICMS, CONF. ART 7, XIII DO RICMS-SP														
RESERVADO AO FISCO														
VTA E HORA DA IMPRESSÃO: 13/11/2015 13:28:15														

## ANEXO F. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANSIEDADE, IDEIAÇÃO SUICIDA E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Anamaria Donato de Castro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49251115.1.0000.0037

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.343.201

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Mestrado em Atenção à Saúde, da PUC Goiás, sob a responsabilidade da aluna Anamaria Petito, sob a supervisão da profa. Dra. Cejane Prudente. A equipe é composta por pesquisadoras da área da enfermagem e por uma psicóloga. Será um estudo de corte transversal com amostra composta por usuários de SPA cadastrados em um CAPS, com idade igual ou superior a 18 anos. Os instrumentos utilizados no estudo serão uma ficha de perfil sociodemográfico, o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Os pesquisadores esperam direcionar melhor o atendimento aos usuários e seus familiares à partir da correlação dos resultados encontrados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão bem especificados em objetivos primários e secundários.

- Primário: correlacionar o nível de ansiedade, a intensidade da ideação suicida e a QV de usuários de SPA.
- Secundário: escrever o perfil sociodemográfico de usuários de SPA atendidos em um CAPS; analisar a intensidade da ideação suicida, o nível de ansiedade e a QV de usuários de SPA atendidos em um CAPS AD; relacionar as variáveis idade, sexo, escolaridade, renda familiar,

**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: 1.343.201

religião, tipo e tempo de uso de SPA com a intensidade da ideação suicida, o nível de ansiedade e a QV dos usuários dessas substâncias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No projeto e no TCLE este tópico está de acordo com a Resolução 466/12. A pesquisadora expõe como benefício a possibilidade de fortalecer o campo de pesquisa no Estado de Goiás na área da saúde, com foco em temas pouco pesquisados como a ansiedade, ideação suicida e QV em usuários de SPA, atendidos por um CAPS, visando construir programas e ações que ofereçam suporte para que estes fiquem melhor assistidos e assim contribuindo para um progresso no tratamento, bem como evitando recaídas.

Os riscos seriam mínimos e, mais especificamente dois: - psicológicos, pois poderá fazer o usuário refletir sobre assuntos que antes não havia pensado; - constrangimento pelo teor dos questionamentos, podendo acarretar estado de ansiedade, decepção e desmotivação. Contudo, será oferecida assistência imediata e integral para atender as complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa. Além disso, para minimizar o constrangimento, as entrevistas serão realizadas em salas restritas, e separado de outras pessoas para que seja garantida a privacidade do entrevistado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de relevância social

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

Apresentou todos os termos necessários e redigidos de modo adequado.

**Recomendações:**

Não há.

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

Sem pendências. As pesquisadoras responderam e alteraram adequadamente a todas as pendências.

**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. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

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



Continuação do Parecer: 1.343.201

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_571266.pdf	21/10/2015 09:34:22		Aceito
Outros	RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS.pdf	20/10/2015 22:48:52	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALTERADO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	20/10/2015 22:46:06	Anamaria Donato de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	20/10/2015 22:42:29	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	Curriculo_Ellen.pdf	10/09/2015 21:42:13	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	Curriculo_Elisangela.pdf	10/09/2015 21:41:54	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	Curriculo_Ana_Cristina.pdf	10/09/2015 21:41:32	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	Curriculum_Anamaria.pdf	10/09/2015 21:29:08	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	Curriculum_Cejane.pdf	10/09/2015 21:20:36	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	AVALIACAO_QUALIDADE_DE_VIDA.pdf	09/09/2015 01:51:05	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	MINI_EXAME_ESTADO_MENTAL.pdf	09/09/2015 01:48:13	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Outros	PERFIL_SOCIODEMOGRAFICO.pdf	09/09/2015 01:46:20	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	09/09/2015 01:36:13	Anamaria Donato de Castro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COPARTICIPANTE.pdf	09/09/2015 01:33:47	Anamaria Donato de Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**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: 1.343.201

GOIANIA, 30 de Novembro de 2015

---

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

**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

## ANEXO G. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM



Diretrizes para Autores

### Diretrizes para Autores

#### 1 APRESENTAÇÃO

A Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE) foi criada em 1976, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo para divulgação de seus trabalhos. Quarta publicação mais antiga no país e primeira da área no estado do Rio Grande do Sul, a RGE surgiu após a Revista Brasileira de Enfermagem, Enfermagem em Novas Dimensões (não mais em circulação) e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Está indexada no MEDLINE (desde 1986) e na base SCOPUS. Na área de Enfermagem, vem sendo classificada desde 2009 no estrato B1 Internacional do Qualis-Periódicos, conjunto de procedimentos criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação.

A RGE, publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é editada em duas versões: impressa (ISSN 0102-6933) e eletrônica (E-ISSN 1983-1447). A publicação em meio eletrônico teve início em maio de 2008, com o uso da plataforma SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas). Encontram-se disponibilizados *online* os resumos dos artigos publicados desde 1983 e textos completos desde 1998. A partir de 2010 a RGE passa a integrar a biblioteca eletrônica SciELO.

A abreviatura de seu título é Rev Gaúcha Enferm, que deve ser utilizada em bibliografias, notas de rodapé, referências e notas bibliográficas.

#### Fontes de indexação

##### Bases Internacionais

CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature

CUIDEN - Base de datos de Enfermería en español

EMBASE

International Nursing Index

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LAPTOC - Latin American Periodicals Tables of Contents

LatIndex - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

MEDLINE/PubMed

MEDLINE Complete - EBSCOhost Research Databases

SCOPUS

Scielo Citation Index

##### Bases Nacionais

BDENF - Base de Dados em Enfermagem

SciELO - Scientific Electronic Library Online  
 Periódicos da Capes  
 Rev@Enf Portal de Revistas de Enfermagem  
**Participação em catálogos coletivos/diretórios**  
 CCN - Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Periódicas (IBICT)  
 Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde  
 Diadorim - Diretório das Políticas Editoriais das Revistas Científicas Brasileiras  
 DOAJ - Directory of Open Access Journals  
 SHERPA/RoMEO - Publisher copyright policies & self-archiving

## Publicação

A Revista Gaúcha de Enfermagem é publicada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## Missão

Contribuir para a divulgação do conhecimento na área da saúde, publicando a produção científica de interesse para a Enfermagem.

## 2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A Revista Gaúcha de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (*peer-review*), omitindo-se os nomes dos autores e consultores, para avaliação do conteúdo e adequação técnico-científica do manuscrito. No entanto, a decisão final quanto à publicação compete à Comissão Editorial. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Revista Gaúcha de Enfermagem.

A Comissão Editorial (CED) é formada por docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, com as funções de Editor-Chefe, Editor-assistente e Editores de Área, com o apoio de servidores técnico-administrativos (secretário e bibliotecária) e alunos de pós-graduação. Para a avaliação dos manuscritos, a Revista conta com a colaboração de pareceristas de instituições assistenciais, de ensino e de pesquisa nacionais e internacionais.

A Revista apoia os princípios da Declaração de Helsinque, e exige que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e seguido as exigências legais para pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo o consentimento informado, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (<http://www.bioetica.ufrgs.br/diraber.htm>).

A Revista apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas.

A Revista recomenda enfaticamente a não fragmentação de relatórios de uma mesma pesquisa em múltiplos manuscritos.

Os artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados não serão aceitos para publicação.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial da RGE.

O processo de avaliação de um artigo na RGE compreende as etapas de pré-avaliação, **encaminhamento e monitoramento da avaliação, avaliação pelos pareceristas, reformulações do manuscrito pelos autores, avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores, parecer biblioteconômico, tradução e editoração do artigo, definição da publicação e publicação online.**

### **2.1 Pré-avaliação**

O manuscrito, após submissão à RGE via *online*, passa por processo de pré-avaliação coordenado pelo Editor Assistente, que avalia o atendimento às normas de publicação, relevância do artigo, bem como aspectos básicos do método e redação científica. Nesta etapa, poderão ser solicitadas adequações, com o envio de *check list*, mediante o retorno dos autores e, tendo atendido as solicitações, será encaminhado ao Editor de Seção. Caso não atenda, será recusado sem emissão de parecer consubstanciado.

Caso os autores não se manifestem em até cinco dias após o envio do *check list*, o Editor Assistente enviará um segundo aviso, e não havendo resposta também em até cinco dias, arquivará esta submissão. O processo de submissão deverá ser reiniciado.

### **2.2 Encaminhamento e monitoramento da avaliação**

O Editor de Seção selecionará dois pareceristas *ad hoc*, especialistas na temática e no método do artigo em avaliação, e encaminhará o manuscrito para avaliação por meio de formulário específico. Caberá, ainda, ao Editor de Seção o monitoramento e encaminhamento do processo de avaliação. Ao receber o retorno dos pareceristas fará o encaminhamento à CED.

### **2.3 Avaliação pelos pareceristas**

A identidade do(s) autor (es) e da sua instituição de origem será mantida em sigilo para os dois consultores *ad hoc* bem como vice-versa e a avaliação se dará de forma independente.

Os artigos que cumprem as normas da Revista serão avaliados pelos dois consultores no que se refere ao mérito, originalidade, pertinência de seu conteúdo, qualidade acadêmica, conveniência de publicação e relevância para a Enfermagem e áreas afins.

Os pareceres dos pareceristas serão apreciados pelo Editor de Seção, que encaminha aos autores, quando os pareceres sugerem reformulações, ou à CED, quando os pareceres sugerem recusa do manuscrito.

### **2.4 Reformulações do manuscrito pelos autores**

O manuscrito, com as primeiras reformulações solicitadas pelos pareceristas *ad hoc*, acompanhado por carta explicitando as alterações realizadas, deve retornar ao Editor de Seção por e-mail no prazo máximo de sete (7) dias consecutivos. Fora desse prazo será considerada nova submissão. O Editor de Seção encaminhará o manuscrito reformulado para avaliação da CED.

### **2.5 Avaliação da CED e comunicação da decisão aos autores**

A CED, com base nos pareceres dos pareceristas *ad hoc*, avaliará o manuscrito e decidirá pelo aceite, encaminhamento aos autores para novas reformulações ou pela recusa de publicação. A CED é o fórum que decide pela publicação ou não do manuscrito. Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer uma das possibilidades o autor é comunicado.

### **2.6 Parecer biblioteconômico**

O manuscrito aprovado pela CED para publicação é encaminhado para Parecer Biblioteconômico. Nesta etapa, o manuscrito ainda poderá ser encaminhado aos autores com fins de reformulações no que tange a adequações às normas da RGE.

## 2.7 Tradução e editoração do artigo

Juntamente com a carta de aceite da publicação, solicitar-se-á ao(s) autor (es) a tradução do manuscrito para o idioma inglês, a ser realizado por uma das empresas indicadas pela RGE. Cabe exclusivamente ao(s) autor(es) a escolha e contato com esta empresa. Após este processo, o manuscrito será encaminhado para editoração (diagramação e publicação).

## 2.8 Definição da publicação

A CED definirá o volume e o número da RGE em que o artigo será publicado e comunicará ao(s) autor(es).

A prova tipográfica será realizada pelo Editor Chefe.

## 2.9 Publicação online

Após a diagramação, será divulgada a versão *online* em PDF do volume/número da RGE em que o artigo será publicado. O autor, identificando a necessidade de solicitar uma **errata**, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível distribuição.

## 3 INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

### 3.1 Orientações gerais

Os artigos devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Bem como serão aceitos manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, *online* pelo *site*:

**<https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>**

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, **deverá ser efetuado pagamento das taxas** de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); e de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

**(<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>)**

A **taxa de submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O documento de depósito bancário deverá ser digitalizado e anexado como documento suplementar. A **taxa de publicação** deverá ser efetuada no momento de recebimento da carta de aceite da CED.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, *e-mail* e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da

Revista (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número e data do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

**Conflitos de interesses** podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

Ao ser designado para publicação, o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês, cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

### 3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, \*, etc.) e alíneas [a), b), c)....).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas e relatos de caso devem ter, no máximo, 10 páginas.

A Revista publica as seguintes seções:

**Editorial:** é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

**Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica.

Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

**Artigos de revisão sistemática:** são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>). **Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

**Artigos de revisão integrativa:** são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafl, Broome, dentre outros). **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

**Artigos de reflexão:** são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo)**;

**Relatos de caso:** são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo)**.

Os manuscritos devem conter:

**Título:** coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

**Resumo:** o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

**Objetivo:** (objetivo geral)

**Métodos:** (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

**Resultados:** (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

**Conclusões:** (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

**Palavras-chave:** ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

**Título em outros idiomas:** indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

**Introdução:** deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

**Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos:** deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

**Resultados:** devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

**Discussão:** deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

**Conclusões ou Considerações Finais:** devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

**Referências:** devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2013, disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

**Citações:** devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se



expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4).

Alguns autores acreditam que...(1,4-5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”(7).

Os manuscritos ainda podem conter:

**Depoimentos:** frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

**Ilustrações:** no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

**Símbolos, abreviaturas e siglas:** conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

**Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.**

**Deve ser evitada a apresentação de apêndices** (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

### Artigos de periódicos

#### 1. Artigo padrão

Até seis (6) autores, indicar todos; sete (7) autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

Araújo VE, Witt RR. O ensino de enfermagem como espaço para o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):117-23.

Griffiths C, Kaur G, Gantley M, Feder G, Hillier S, Goddard J, et al. Influences on hospital admission for asthma in south Asian and white adults: qualitative interview study. *BMJ*. 2001 Dec;323(7319):962-6.

## **2. Instituição como autor**

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

## **3. Sem indicação de autoria**

Signal-averaged electrocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1996;27(1):238-49.

## **4. Volume com suplemento**

Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, Grünblatt E, Hock C, Scheltens P, et al. Trabalho de consenso de força-tarefa da WFSBP# sobre marcadores biológicos das demências: contribuição da análise do LCR e do sangue para o diagnóstico precoce e diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin*. 2009;36 Supl. 1:1-16.

Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*. 2007;12 Suppl. 1:4-10.

## **5. Fascículo com suplemento**

Dimeo FC. Effects of exercises on cancer-related fatigue. *Cancer*. 2001;92(6 Suppl.):1689-93.

## **6. Fascículo com número especial**

Cunha MLC. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. *Rev Gaúcha Enferm*. 2000;21(esp):70-83.

## **7. Volume com parte**

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

## **8. Fascículo sem número**

Letourneau MA, MacGregor DL, Dick PT, McCabe EJ, Allen AJ, Chan VW, et al. Use of a telephone nursing line in a pediatric neurology clinic: one approach to the shortage of subspecialists. *Pediatrics*. 2003 Nov;112:1083-7.

## **9. Fascículo sem volume**

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

## **10. Nenhum volume ou número de fascículo**

Silva RC. Indivíduos HIV-positivos em atendimento. *JAMA*. 2002:1-6.

## **11. Paginação em algarismos romanos**

Chadwick R, Schüklenk U. A política de consenso ético. *Bioética*. 2002;16(2):iii-v.

## **12. Indicação do tipo de artigo (se necessário)**

Silveira DT. As tecnologias da informação e comunicação e sua aplicação no campo de atuação da enfermagem [editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):453-4.

## **Livros e outras monografias**

### **13. Pessoa física como autor**

Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

### **14. Organizador, editor, compilador como autor**

Guimarães JLM, Rosa DD, organizadores. Rotinas em oncologia. Porto Alegre: Artmed; 2008.

### **15. Instituição como autor e publicador**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.

Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de bolso da saúde do viajante. Brasília (DF); 2005.

### **16. Capítulo de livro**

Pizzichini E, Pizzichini M. Concepções sobre asma brônquica. In: Silva LCC, organizador. Condutas em pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 263-5.

### **17. Livro com indicação de série**

Braunstein F, Pépin JF. O lugar do corpo na cultura ocidental. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. (Epistemologia e sociedade; 162)

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

### **18. Trabalho apresentado em evento**

Menezes GMS, Aquino EML. Trabalho noturno na enfermagem. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar-ação terapêutica da enfermagem; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn/BA; 1999. p. 309-21.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

### **19. Dissertação e Tese**

Schmith MD. Acolhimento e vínculo no Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

### **20. Artigo de jornal**

Quinalia E. Para aprender nas férias. Metro. 2012 dez. 12;6(1446):20 (Educação)

### **21. Documento jurídico**

Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 1996 jul 3;134(128 Seção 1):12277-9.

### **22. Verbetes de dicionário**

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

### **23. Material em fase de publicação**

Kirschbaum DIR. História da enfermagem psiquiátrica no Rio Grande do Sul: parte I. Rev Gaúcha Enferm. No prelo; 2003.

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. Forthcoming 2002.

### **Material eletrônico**

As expressões “disponível em” e “citado”, em Espanhol são “*disponible en*” e “*citado*”, e em Inglês, “*available from*” e “*cited*”.

### **24. Artigo de periódico em formato eletrônico**

Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2008 [citado 2009 fev 15];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.

### **25. Artigo com Digital Object Identifier (DOI):**

Zhang M, Holman CD, Preço SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan 07; 338: a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752

### **26. Monografia em formato eletrônico**

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. O diagnóstico do câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 1999 [citado 2008 jun 23]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=31](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=31).

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

### **27. Trabalho disponível em anais em meio eletrônico**

Stuchi RAG, Carvalho EC. Control de presión arterial e ingesta de sal: creencias de portadores de enfermedades coronarias. In: Anales del 9º Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, 1º Coloquio Internacional de Investigación en Enfermería; 2000 mayo 29-jun 3; Habana, Cuba [CD-ROM]. Habana: Cubana; 2000. p. 60.

### **28. DVD e CD-ROM**

Ministério da Saúde (BR). Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos [DVD]. Brasília (DF); 2012.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

### **29. Homepage / Web site**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez 12, citado 2012 dez.13]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/>.

### **30. Parte de uma área homepage / Web**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2000- [atualizado 2012 dez 12, citado 2012 dez 13]. Histórico; [aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/histórico>

## **Banco de dados na Internet**

### **31. Banco de dados aberto**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000- [citado 2001 mar 08]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

### **32. Banco de dados fechado**

Estatísticas sociais [Internet]. Brasília (DF): IBGE; c2000 [atualizado 2001 dez 12; citado 2012 dez 13]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>

### **33. Blogs**

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2000- [citado 2009 fev 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

### **34. Contribuição para um blog**

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 09 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008- . [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>.

## **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

3. O texto segue os requisitos de formatação da Revista segundo as Diretrizes para Autores, encontradas no menu "Sobre">"Submissões">"Diretrizes para autores".
4. O título deve ter, no máximo, 15 palavras.
5. O texto indexado não deve conter nenhuma informação que possa identificar os autores. Informações sobre os autores deve ser incluída apenas **nos metadados** (passo 2).
6. O título, o resumo e os descritores devem vir com suas equivalências em espanhol e inglês.
7. Os resumos não devem ultrapassar 150 palavras. Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**.
8. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, \*, etc.] e alíneas [a), b), c)...).
9. O texto deve conter o número de palavras e de referências preconizado para cada seção da Revista (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão).
10. No texto, substituir o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto e eliminando expressões do tipo "Segundo...", "De acordo com...".
11. As referências devem seguir o estilo *Vancouver* e ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples.
12. A declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais deve ser assinada por todos os autores e encaminhada como documento suplementar à Revista conforme modelo contido nas Diretrizes para Autores

#### Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta Revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a Revista. Em virtude da Revista ser de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições própria, em aplicações educacionais e não-comerciais, estando licenciados sob uma Licença Creative Commons tipo (CC) BY-NC.

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta Revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## ANEXO H. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA TEXTO E CONTEXTO

### TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM TEXT & CONTEXT NURSING / TEXTO & CONTEXTO ENFERMERÍA

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5 cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3 cm e a margem direita e inferior de 2 cm.

Letra *Times New Roman* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis. As tabelas, quadros e figuras devem ter espaçamento simples e letra *Times New Roman* 12.

A página de identificação e o manuscrito (documento principal) devem ser elaborados e enviados em arquivos independentes.

**Página de identificação:** deve conter a) título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s), afiliação institucional e endereço eletrônico; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência; e) Se houver agradecimentos, devem constar nesta página.

Na **página de identificação** devem, ainda, ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do manuscrito nos seguintes itens: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

#### **Estrutura/seções**

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s) do estudo, método, principais resultados e conclusão. Abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME e disponível na internet no *site*: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores universalmente aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

### **Tabelas**

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível

em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014 (n=209);**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;



- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Times New Roman*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS<sup>12</sup>

### Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme abaixo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

### Figuras

Não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

### Fotos

- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidas;
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

A forma de menção é a mesma para as tabelas, e o título segue as mesmas orientações para os quadros.

**Citações no texto:** as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separados por um hífen.

Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

**Citações no texto para artigos na categoria Revisão.** O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão “et al.”.

**Exemplos:**

Segundo Oliveira et al.,<sup>9</sup> entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.<sup>9</sup>

**Citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas.

Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.<sup>1:30-31</sup>

As citações de pesquisa qualitativa (*verbatim*) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem itálico**. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade (e7)*.

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:**

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index*

*Medicus* (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>) e *International Nursing Index*.

Não há limite para o número de referências nos manuscritos.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos; citação em inglês das referências que estejam disponíveis *on-line* nesse idioma; restringir o uso de referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e/ou que não possam ter o impacto científico medido (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais) ou obras de reduzida expressão científica.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

#### **Artigo de periódico com até 6 autores**

Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):950-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000400950&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000400950&lng=en)

#### **Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 07]; 24(4):1071-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en).

#### **Artigo cujo autor é uma organização**

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and pro insulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002; 40(5):679-86.

#### **Artigo sem indicação de autoria**

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

**Artigo publicado em fascículo com suplemento**

Andrade ACS, Peixoto SV, Friche AAL, Goston JL, César CC, Xavier CC, et al. Social context of neighborhood and socioeconomic status on leisure-time physical activity in a Brazilian urban center: The BH Health Study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Mar 17]; 31(Suppl 1):136-47. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001300136&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300136&lng=en)

**Artigo publicado em numero com suplemento**

Nowinski CJ, Victorson D, Debb SM, Gershon RC, .Input on NIH Toolbox inclusion criteria. *Neurology*. March 12, 2013; 80 (1 Supplement 3):S7-12.

**Artigo publicado em número especial**

Morera JAC, Parada AR, Ogowewo B, Gough H, Alava MMS, Zeferino MT, et al. The role of family relations, spirituality and entertainment in moderating peer influence and drug use among students of eight universities from five countries in Latin America and three from the Caribbean. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 17]; 24(Spe):106-16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000600106&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600106&lng=en)

**Artigo num periódico sem fascículo e sem volume**

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

**Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002; 16(2):iii-v.

**Artigo contendo retratação**

Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(2):169. Retraction of: Feifel D, Moutier CY, Perry W. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(12):909-11.

**Artigos com erratas publicadas**

Callegari DC, Correa JA, Pires OC, Braga RBC, Gimbo AFM, Souza AA, et al. Efeito hiperálgico da fentolamina, por via subaracnoidea, em ratos. Rev Bras Anesthesiol. 2015 Abr; 65(2):111-6. Errata em: Rev Bras Anesthesiol. 2016 Fev; 66(1):111-4.

**Artigo republicado com correções**

Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. Mol Cell Endocrinol. 2002; 188(1-2):22-5. Corrigido e republicado de: Mol Cell Endocrinol. 2001; 183(1-2):123-6.

**Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)**

Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública; 43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

**Artigo no prelo**

Baggio MA, Erdmann AL. The occurrence of the care 'of us' in the movements and fluctuations of the interactive processes in the hospital environment. Texto Contexto Enferm. 2016 prelo.

**Artigo com numero no lugar de paginação tradicional**

Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29; 360(5):e6. PubMed PMID: 19179309.

**Artigo de jornal**

Conselho da UFSC aprova adesão do Hospital Universitário à Ebserh. Diário Catarinense, 2015 Dez 01; Notícias.

**Livros****Livro padrão**

Dornelles S, Padilha MI, Ramos FRS, Silva DGV, Leopardi MT, Erdmann AL. Investigação em Enfermagem de Reabilitação um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Porto (PT): Universidade do Porto; 2014.

**Capítulo de livro**

Vargas MAO, Marques AMFB, Schoeller SD, Ferrazzo S, Ramos FRS, Heineck LH . Bioética social: delineando modos de cuidar em enfermagem. In: Sousa FGM, Backes DS, organizadores. Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis (SC): Editora Papa-livro; 2015.

**Livro com organizador, editor ou compilador**

Padilha MI, Borenstein MS, Santos I, organizadores. Enfermagem – Historia de uma profissão. 2ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2015.

**Livro editado por uma organização**

Ministério da Saúde (BR). As cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

**Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada**

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [199?].

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991.

**Livro na íntegra na internet**

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial [internet]. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2007. [cited 2016 Mar 03]. Available from: <http://books.scielo.org/id/j94p9>

**Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15- 18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

**Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Brasil. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

#### **Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2014.

#### **Tese/Dissertação**

Alvarez AG. Tecnologia persuasiva na aprendizagem da avaliação da dor aguda em enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2014.

#### **Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

#### **Mapa**

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

#### **Dicionários**

Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Curitiba (PR): Editora Positivo; 2014.

#### **Homepage/web site**

Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from:<http://portalsaude.saude.gov.br/>

**Legislação na internet**

Brasil. Lei 13021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014. [cited 2016 Mar 06]. Available from:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm)

**Material eletrônico**

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

Waterkemper R, Prado ML, Medina JLM, Reibnitz KS. To be the shadow – awareness of undergraduate nursing students: a case study. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):1079-86. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000401079&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401079&lng=en). Epub Nov 24, 2015.

Ferreira AC. História de vida de pessoas com deficiência física adquirida [dissertação da internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PNFR0923-D.pdf>

**Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização**

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho – 2013 [internet]. Brasília (DF): 2015 [cited 2016 Mar 07].

Available from: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/>

**Relatórios de organizações**

Ministério da Saúde (BR). IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2010. Relatório final.

**Homepage na internet**

Revista Texto e Contexto Enfermagem [internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015 [cited 2016 Mar 06]. Available from: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/>



**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br> e, em outras línguas, se necessário, consultar: International Nursing Index, Index Medicus ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>.

## **ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS, REVISÕES SISTEMÁTICAS, METANÁLISES, ESTUDOS OBSERVACIONAIS EM EPIDEMIOLOGIA E ESTUDOS QUALITATIVOS**

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do [ICMJE](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR e os *Uniform Requirements for Manuscripts* do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

[Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)

[ClinicalTrials.gov](#)

[International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)

[Netherlands Trial Register](#) (NTR)

[UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)

[WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

[Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos \(ReBEC\)](#)

A **Texto & Contexto Enfermagem** defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos 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 (ensaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos). Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Ensaio clínico randomizado – CONSORT ([checklist e fluxograma](#)).

Revisões sistemáticas e metanálises – PRISMA ([checklist e fluxograma](#)).

Estudos observacionais em epidemiologia – STROBE ([checklist](#))

Estudos qualitativos – COREQ ([checklist](#)) 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.