
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Perfil do usuário de substâncias atendido na Estratégia de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul: Entendendo a problemática em busca de perspectivas de cuidado

Ana Lúcia Moreira Garcete
Orientador: Profa Dra Anne Orgler Sordi

Porto Alegre, dezembro de 2017.

ANA LÍDIA MOREIRA GARCETE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Perfil do usuário de substâncias atendido na Estratégia de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul: Entendendo a problemática em busca de perspectivas de cuidado

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Prevenção e Assistência a Usuários de Drogas

Orientador(a): Anne Orgler Sordi

Porto Alegre, dezembro de 2017

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação do(a) Prof(a) Dra Anne Orgler Sordi

Aprovada por:

Profa Dra Anne Orgler Sordi – MPAD/HCPA
Presidente

Prof Márcio Camatta – HCPA
Membro

Prof Dr Thiago Pianca – HCPA
Membro

Paula Fillipon – HCPA
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Maíra e Tomás. Meus companheiros na vida, me amparando nos momentos decisivos. Juntos amadurecemos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, exemplos de como proceder na vida e na profissão, demonstrando sempre determinação e carinho. Obrigada pelo amor e apoio, nos momentos em que mais precisei.

Aos meus familiares, em especial minha avó e minhas tias, modelos de mulheres (além de minha mãe), que um dia espero conseguir ser.

Algumas pessoas que me fortaleceram e que se não estivessem comigo não teria como ter chegado aqui: Marcos e sua família (que ainda considero minha) e meus colegas de trabalho, que são minha família em Veranópolis e Cotiporã. Espero que vejam um pouco de vocês neste trabalho!

À minha orientadora Anne, que com tanta paciência me guiou para finalização desta etapa, orientando e ensinando-me a pesquisar. Muito obrigada por cada momento e pela realização desse trabalho.

Ao meu colega no Núcleo de Apoio à Atenção Básica Cristiano pelo carinho, apoio e companheirismo.

Aos meus amigos, em especial: Fernanda, Daniel, Eliane, Daniele, pela cumplicidade e pelos conselhos nas horas de insegurança.

E, por fim, aos pacientes que pelo consultório transitaram. Obrigada pela confiança e pela oportunidade de trabalharmos juntos.

“Parece extremamente improvável que a humanidade, de um modo geral, jamais seja capaz de passar sem Paraísos Artificiais. A maioria dos homens e mulheres leva uma vida tão sofredora em seus pontos baixos e tão monótona em suas eminências, tão pobre e limitada, que os desejos de fuga, os anseios para superar-se, ainda por uns breves momentos, estão e têm estado sempre entre os principais apetites da alma”.

Aldous Huxley – As Portas da Percepção (1954)

RESUMO

Transtorno relacionado ao uso de substância psicoativa (TUSP) configura-se atualmente como um problema de saúde pública. Esta realidade chama a atenção inclusive em cidades de pequeno índice populacional. Mesmo nestas, é imperativo que o cuidado ao usuário siga um protocolo de atendimento organizando e direcionando o cuidado. Porém, para criação de tal dispositivo, há necessidade de se conhecer o perfil da população que busca atendimento. Dessa forma, o presente projeto descreve o perfil de gravidade de uso de substâncias da população de Cotiporã, um município de 4 mil habitantes situado no estado do Rio Grande do Sul. Como instrumento para tal, foi utilizado o ASI-6 light, além da Entrevista Diagnóstica do DSM V e um questionário de dados sócio demográficos, para complementação dos dados. Foram entrevistados 16 pacientes que procuraram (ou que seus familiares tenham procurado) a Unidade de Saúde da Família de Cotiporã entre janeiro e dezembro de 2016, para acompanhamento devido uso de substâncias psicoativas, o que resultou num perfil de usuários, em sua maioria do sexo masculino, tendo como substância de predileção o álcool e apresentando comorbidades clínicas e psiquiátricas devido ao uso. A partir destes achados, foi sugerido um Protocolo Municipal de atendimento ao usuário de substância psicoativa que contempla tais questões, trazendo como sugestões de atividades um acompanhamento com base na dinâmica da Entrevista Motivacional, grupos de apoio e autoajuda, como o Alcoólicos Anônimos, grupos de Prevenção de Recaídas, além de atendimentos clínicos e psiquiátricos individuais que contemplem as comorbidades encontradas.

Palavras chave: Protocolos Clínicos (Clinical Protocols); Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias (Substance-Related Disorders); Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy)

ABSTRACT

Psychoactive substance use related disorder (TUSP) is currently a public health problem. This reality calls attention, even in cities with a small population index. Even in those, it is imperative that user care follows an organized and directed protocol. However, to create such a device it is necessary to know the profile of the population that seeks care. Thus, the present project describes the severity profile of substance use in the population of Cotiporã, a municipality of 4 thousand inhabitants located in the state of Rio Grande do Sul. As an instrument for this, the ASI-6 light was used, in addition to the DSM V Diagnostic Interview and a demographic data questionnaire to complement the data. We interviewed 16 patients who sought (or their family members searched for) the Family Health Unit of Cotiporã between January and December 2016 for follow-up due to the use of psychoactive substances, which resulted in a profile of users, mostly males, having as a preferred substance alcohol and presenting clinical and psychiatric comorbidities due to the use. Based on these findings, it was suggested a Municipal User Service Protocol for psychoactive substance that contemplates such issues, bringing as a suggestion of activities a follow-up based on the dynamics of the Motivational Interview, support and self-help groups, such as Alcoholics Anonymous, Relapse Prevention groups, as well as individual clinical and psychiatric visits that contemplate the comorbidities encountered.

Key-words: Clinical Protocols; Substance-Related Disorders; Family Health Strategy

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	10
CAPITULO UM.....	12
3 INTRODUÇÃO.....	12
3.1 Diagnóstico e Prevalência dos Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas.....	12
3.2 Histórico do Tratamento para Dependência de Álcool e Outras Drogas no Brasil.....	13
3.3 Avaliação e Perfil de Usuários de Substâncias Psicoativas.....	16
3.4 O Instrumento de Coleta de Dados ASI 6 LIGHT.....	20
3.5 Modelos de Tratamento.....	20
4 OBJETIVOS.....	22
4.1 Objetivo principal.....	22
4.2 Objetivos secundários.....	22
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
5.1 Amostra.....	22
5.2 Delineamento do Estudo.....	22
5.3 Procedimentos.....	23
5.4 Análise dos Dados.....	23
6 RESULTADOS.....	23
7 DISCUSSÃO.....	27

CAPÍTULO DOIS	31
8 INTRODUÇÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COTIPORÃ.....	31
8.1 Motivação para a mudança dos padrões nocivos	33
9 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COTIPORÃ.....	34
9.1 Avaliação e Triagem.....	34
9.2 Aconselhamento e Intervenção Breve	37
9.3 Entrevista Motivacional.....	39
9.4 Visita Domiciliar Motivacional	40
9.5 Prevenção de Recaídas.....	41
9.6 Avaliação Clínica e Psiquiátrica	42
9.7 Desintoxicação Ambulatorial.....	43
9.8 Encaminhamento para Internação.....	44
9.9 Encaminhamento para Grupo de Autoajuda: Alcoólicos Anônimos.....	44
9.10 Fluxograma de encaminhamentos dos pacientes com Transtorno Relacionado ao Uso de Substâncias Atendidos Na ESF de Cotiporã:.....	45
9.11 Sugestão de Cronograma de Atividades Semanal	46
10 CONCLUSÃO.....	46
11 BIBLIOGRAFIA.....	48
12 ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	51
13 ANEXO II- Addiction Severity Index 6 Light	53
Lista de Álcool e Drogas	66
14 ANEXO III – Entrevista Diagnóstica DSM V	70
15 ANEXO IV – Questionário Sócio-demográfico.....	80

1 APRESENTAÇÃO

Durante o andamento deste curso tive a oportunidade de conhecer algumas realidades dos mais diversos dispositivos que compõem a Rede de Atendimento ao usuário com transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Frente a este rico e novo repertório, descortinaram-se possibilidades de atendimento a mim desconhecidas e comprovadamente eficazes. Como escolher quais tecnologias de atendimento melhor se aplicam a realidade local?

Este questionamento traz o cerne do trabalho que aqui descrevo. Para melhor apreciação, o presente trabalho será apresentado em dois capítulos: a primeira contextualiza a problemática e a situação do município, bem como traz a descrição do perfil do usuário de substância que procura atendimento na Estratégia de Saúde da Família local. Na segunda parte, é sugerido, a partir do perfil encontrado, um Protocolo Municipal de Atendimento à este paciente, contemplando suas áreas que necessitam de um acompanhamento, conforme previsto por instrumento de mensuração de gravidade da dependência, o Addiction Severity Index, sendo utilizada sua sexta versão *light*.

2 JUSTIFICATIVA

Os indivíduos que apresentam problemas com uso abusivo de drogas não integram uma população de características homogêneas, diferindo em diversos aspectos entre si. Características pessoais podem estar relacionadas às drogas de escolha, motivações para uso, realidades psíquicas e perfil socioeconômico e cultural diversos, o que mostra a necessidade de diferentes tipos de abordagens para tratamento que contemplem essas especificidades (Santos, 2007).

Todavia, mesmo sendo o abuso de substância considerado um problema de Saúde Pública que ainda cresce em incidência, principalmente em cidades menores, os dispositivos e as tecnologias da rede de atenção ainda são defasados nestas localidades. Nesta realidade, os profissionais que atendem essa população carecem de subsídios teóricos para implementar o cuidado adequado a estes sujeitos em sofrimento psíquico. Por este motivo, ao adentrar neste curso e escrever este trabalho, procuro descrever a realidade do transtorno relacionado ao abuso de substância no município onde trabalho.

O município de Cotiporã fica localizado na região da serra gaúcha e possui uma população de 4 mil habitantes. Em Cotiporã não há Centro de Atenção Psicossocial, apenas um Núcleo de Apoio à Atenção Básica – Saúde Mental, que faz matriciamento de duas Equipes de Saúde da Família. Todavia, o sistema ainda carece de aperfeiçoamento no atendimento de dependentes químicos. O cuidado direcionado ao usuário de substâncias se dá de forma fracionada, a equipe não segue um protocolo, e os atendimentos não se baseiam em qualquer instrumento a não ser a experiência do profissional.

No município de Cotiporã, de maio de 2013 a maio de 2014, ocorreram 57 internações pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo mais de 90% destes por álcool, na faixa etária de mais de 50 anos de idade. Quando há necessidade de internação para tratamento por uso de substâncias, a família procura o serviço de saúde, geralmente apresentando queixas de conflitos familiares importantes. Tendo chegado ao esgotamento e saturação no ambiente doméstico, muitas vezes são verificadas situações de violência doméstica.

Devido à carência de recursos terapêuticos apresentados pelo município aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se imperioso a estruturação de um protocolo de atendimento a esta população, baseado nas evidências mais atuais no que se refere ao tratamento da dependência química. Faz-se necessário então, conhecer qual o perfil dos indivíduos que buscam este atendimento, a fim de estruturar um protocolo de atendimento que contemple as suas necessidades. (Kessler & Faller, 2010).

CAPITULO UM

3 INTRODUÇÃO

3.1 Diagnóstico e Prevalência dos Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas

Transtorno relacionado ao uso de substância psicoativa (TUSP) configura-se atualmente como um problema de saúde pública no mundo. No Brasil, embora em voga atualmente a discussão a respeito da legalização da maconha e sobre o tratamento dos usuários de crack, a droga mais utilizada segue sendo o álcool (Laranjeira et al. , 2012).

Comparando os dois anos em que o Levantamento Nacional de álcool e Drogas (LENAD) foi realizado (um estudo em 2006 e outro em 2012), podemos inferir que ocorreu um aumento na proporção da população que costuma beber 5 doses ou mais – em 2006, 71% dos que se declaram não abstêmios informaram beber até 4 doses em uma ocasião regular de consumo de bebida alcoólica e 29% declararam beber 5 doses ou mais. Em 2012, a proporção observada daqueles que bebem 5 doses ou mais em uma ocasião habitual passou para 39%, crescendo tanto entre homens quanto entre as mulheres, aproximadamente 10 pontos percentuais em relação ao estudo anterior (Laranjeira et al., 2012).

Para classificação e diagnóstico desta patologia, a comunidade médica utiliza tanto critérios encontrados na Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição atualmente, quanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição. Neste trabalho, tomarei como referencial base o último citado, que traz algumas mudanças nos conceitos gerais e classifica o TUSP conforme gravidade.

“Nele, o Transtorno engloba dez classes distintas de drogas, e nesta edição somou os antigos critérios para abuso e dependência conservando-os com mínimas alterações: a exclusão de ‘problemas legais recorrentes relacionados à substância’ e inclusão de ‘craving ou um forte desejo ou impulso de usar uma substância’. O diagnóstico passou a ser acompanhado de critérios para Intoxicação, Abstinência, Transtorno Induzido por Medicação/Substância e Transtornos Induzidos por Substância Não Especificados.

O DSM-5 exige dois ou mais critérios para o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância e a gravidade do quadro passou a ser classificada de acordo com o número de

critérios preenchidos: dois ou três critérios indicam um transtorno leve, quatro ou cinco indicam um distúrbio moderado e seis ou mais critérios indicam um transtorno grave.” (Araújo & Neto, 2014, p.80)

É importante ressaltar o impacto do TUSP na saúde geral dos pacientes, e nos agravos crônicos em saúde como um todo. Em nosso país, 6% da população (11 milhões de pessoas) apresentam TUSP com sinais representativos de gravidade. Entre os pacientes atendidos na área de captação da cidade de Ribeirão Preto-SP, por exemplo, entre 1998 e 2004, 28,5% dos atendimentos efetuados em unidade de emergência psiquiátrica e 6,9% das admissões em enfermaria psiquiátrica em hospital geral foram devido a TUSP (Do Amaral, Malbergier, & De Andrade, 2010).

No período de janeiro a setembro de 2008, no Brasil, ocorreram 78.601 internações hospitalares por abuso e dependência de álcool e substâncias psicoativas e no Rio Grande do Sul esse número foi de 8.542. O que correspondeu a 0,4% e 0,8% da população brasileira e gaúcha, respectivamente (Wendt & Appel, 2008).

O uso de substâncias em si constitui-se em problema prevalente, mas também está relacionado a outros agravos à saúde. Entre as visitas a referida emergência psiquiátrica, o álcool está associado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes de automóvel, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% das quedas fatais. Além das causas externas, o álcool também está relacionado a uma grande variedade de doenças que pode incluir hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, doenças do fígado e do estômago e câncer de mama e de esôfago (Do Amaral et al., 2010).

O uso de cocaína/crack está relacionado a problemas respiratórios, dor precordial, problemas cardiocirculatórios e hipertermia. O ecstasy, além dos problemas cardiovasculares e hipertermia, também pode causar hiponatremia e rabdomiólise. Muitas das mortes em setores de emergência relacionadas a drogas envolvem o uso de duas ou mais substâncias (Do Amaral et al., 2010).

3.2 Histórico do Tratamento para Dependência de Álcool e Outras Drogas no Brasil

É relativamente recente a visão de que o problema com uso de drogas é uma questão de saúde. As políticas do governo brasileiro na área de álcool e outras drogas iniciaram no século XX, sendo criada uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e

o comércio de drogas no Brasil (Machado & Miranda, 2007). Talvez por isso o usuário de substâncias, nesta realidade, ainda seja tratado como infrator e não como um sujeito que necessita de atendimento e cuidado.

Ao longo do século XX, o aporte jurídico-institucional criado para lidar com o uso de substâncias visava apenas o controle do consumo das drogas ilícitas, proibindo e criminalizando o uso. Previa punições, regulamentadas por leis e decretos, que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e em hospitais psiquiátricos.

O cenário foi modificado com a entrada dos saberes da medicina no acompanhamento deste tocante, na década de 1970. Mesmo assim, alguns dispositivos criados para tratamento mantêm o caráter punitivo e restritivo, não diferenciando claramente os papéis da equipe de saúde e das instituições reguladoras e vigilantes. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que embasam e sustentam as práticas de saúde nessa área (Gabrich & Silva, 2015).

Nos últimos anos, há uma crescente veiculação de informações sobre o uso de substâncias psicoativas, nas quais os usuários são apresentados como sujeitos subjugados ao “poder” da droga. A marginalização destes indivíduos tem instigado a implementação de algumas medidas opressoras a favor de tratamentos ditos necessários a sua abstinência total (a “cura”), o que legitima ações que ferem a autonomia destes sujeitos (Gabrich & Silva, 2015) .

Em contrapartida, com o surgimento da preocupação de diversas entidades com as doenças transmissíveis, principalmente pelo uso de injetáveis, na década de 90, começa a delinear-se uma nova visão: a de reduzir os males causados pelo compartilhamento e pelo uso abusivo das substâncias. O Programa Nacional de Ação Antidrogas propôs que prevenção, tratamento e repressão andassem em conjunto. Porém ainda não tratava da redução de danos, trabalhando com foco em ações da Justiça e não da Saúde. Esta ótica foi adotada a partir de 1994, com o surgimento de projetos de redução de danos, para conter a disseminação do vírus HIV e da AIDS (Machado & Miranda, 2007).

Muitos foram os avanços desde então: a criação do Sistema Nacional Antidrogas, (composto pela Secretaria Nacional Antidrogas e pelo Conselho Nacional Antidrogas), em

1998; a formulação da Política Nacional Antidrogas, no mesmo ano; a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Nesta última citada é que vemos o verdadeiro avanço: tratar e reabilitar os usuários de substâncias, de forma integrada e articulada (Silveira et al., 2003) .

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que nos direciona a superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Nessa perspectiva, foca iniciativas que visam o cuidado subjetivo, individual e centrado nos territórios, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, com o objetivo norteador da inclusão social.

Para isso o Ministério da Saúde disponibiliza os seguintes componentes na Rede de Atenção Psicossocial: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

A atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde se dá através de dispositivos que trabalham articulados nesta rede, a saber: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Também compõem a rede as ações de saúde mental na Atenção Básica, as ações de inclusão social pelo trabalho e o Programa de Volta para Casa (P. D. C. A. V. Duarte, Stempliuk, & Barroso, 2009).

É diretriz política que internação de usuários de álcool e outras drogas seja de curta duração e deva ser priorizada em leitos de atenção integral em hospitais gerais, com acompanhamento na rede territorial do sujeito (nos CAPS) (P. D. C. A. V. Duarte et al., 2009).

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (2014), em seu site institucional, infere que a pauta do uso de substâncias tem sido entendida e tratada de forma reducionista. Este fato resultaria em ações não resolutivas e produtoras de estigma e exclusão em relação aos usuários (Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, 2014). A complexidade causal deste fenômeno envolve determinantes socioeconômicos e culturais, o que exige respostas complexas, interdisciplinares e intersetoriais.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção em Rede de Saúde parte da premissa de que apenas diferentes dispositivos de cuidado, funcionando de forma articulada e pactuada, são capazes de garantir aos usuários de substâncias psicoativas o acesso com qualidade. Com isso se garantiria a continuidade e integralidade da atenção, nos diversos momentos e modalidades de atendimento.

A estruturação da Linha de Cuidado para Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas nos municípios e macrorregiões do RS implica toda uma nova formulação que dê luz a este modelo, mas que ainda não é realidade em muitos locais do n o s s o E s t a d o (Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, 2014).

Com este fato em mente, é imperativo repensar as práticas em atendimento em saúde a pessoas que sofrem de tal patologia.

3.3 Avaliação e Perfil de Usuários de Substâncias Psicoativas

Embora a Política Nacional sobre Álcool e Drogas venha se modificando ao longo destes últimos anos, os avanços no tratamento ao sujeito que sofre de transtornos relacionados ao uso de substância carecem de protocolos nacionais bem estabelecidos. Ainda encontramos profissionais que atendem na ponta da rede de saúde que delineiam o tratamento baseados apenas em saberes empíricos, ou na sua própria vivência no serviço.

É neste contexto que me encontro trabalhando num serviço de saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que possui 4 mil habitantes. Em um ano de serviço neste município, pude experimentar um crescente número de internações relacionadas ao uso abusivo de substâncias. Apesar de não apresentar grandes números populacionais, este município vem enfrentando dificuldades com o atendimento de dependentes químicos.

Durante o desenvolver da prática clínica, se torna evidente a necessidade de padronização nas avaliações e triagem de pacientes, para nortear o tratamento e até mesmo avalia-lo. Instrumentos já validados, inclusive para populações específicas, são bem conhecidos em psiquiatria e psicologia.

Existem instrumentos que identificam precocemente o envolvimento problemático com substâncias. Nestes é o foco a maior sensibilidade, enquanto nos instrumentos de diagnóstico há ênfase na especificidade (Rosário, 2011). Eles podem ser instrumentos de aplicação rápida, ou

escalas mais extensas que levam mais de 30 minutos de aplicação. Podem abranger somente as a relação do sujeito com a substância, como abranger múltiplos aspectos da vida deste sujeito, resultando numa avaliação mais dinâmica e completa (Rosário, 2011).

Instrumentos como o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Cut down Annoyed Guilty Eyed Openner (CAGE), Drug Use Screening Inventory (DUSI), Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), entre outros, perfazem os instrumentos utilizados para triagem. Esses instrumentos são interessantes para identificar os sujeitos com risco para problemas relacionados ao uso álcool e outras substâncias psicoativas e, a partir disso, serem avaliados e orientados de uma forma mais elaborada. De uma forma mais ampla, Short Alcohol Dependence Data (SADD),Alcohol Dependence Scale (ADS),Drug Abuse Screening Test (DAST) ,e o próprio ASI avaliam aspectos mais abrangentes do paciente e dos problemas relacionados ao uso de substâncias.

A maioria dos instrumentos de avaliação e diagnóstico em psiquiatria e psicologia são traduções e adaptações de instrumentos desenvolvidos em outros países. Na nossa realidade, a possibilidade de utilizá-los na atenção primária contribui para identificação de casos mais graves, facilitando o gerenciamento dos recursos disponíveis (Duarte & Bodin, 2000)

Neste cenário, instrumento bastante consagrado na avaliação da gravidade dos problemas relacionados ao uso de substância é o Addiction Severity Index (ASI), que atualmente está em sua 6ª versão. A definição de gravidade adotada pelo ASI é a existência da “necessidade de tratamento adicional”(Kessler & Pechansky, 2006).

Sendo um instrumento multidimensional, ele avalia o paciente de forma ampla, evidenciando as vulnerabilidades a serem trabalhadas em cada plano terapêutico. Ele acaba sendo bastante útil na prática clínica, pois antes de se iniciar um tratamento, é imperativo avaliar os prejuízos que a substância acarreta na vida do usuário (Kessler & Faller, 2010).

Normalmente, a referida escala é utilizada no início do tratamento, e seus escores fornecem um perfil geral da gravidade dos problemas em cada área específica. Este fato o torna seu uso altamente relevante para a prática clínica. E um de seus principais pontos fortes é a versatilidade, visto que pode ser utilizada em momentos distintos do acompanhamento: no planejamento do tratamento, avaliação dos resultados e encaminhamento do paciente (Kessler & Faller, 2010).

Uma análise adequada e abrangente é essencial tanto para o desenvolvimento de um tratamento apropriado quanto para a realização de estudos sobre a efetividade das intervenções propostas e problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas (Fernandes, Colugnati, & Sartes, 2015). Dessa forma, a possibilidade de descrever o perfil das vulnerabilidades de uma população de usuários de substâncias, direciona a proposição de protocolos de atendimento que visem uma assistência apropriada das necessidades destes usuários.

É evidente que cada indivíduo deve ser avaliado em sua singularidade, para que se possa elencar suas motivações para o envolvimento com a substância. No entanto, a literatura relata perfis de indivíduos que estariam em maior risco quanto a esta patologia, dependendo de características como idade, gênero, escolaridade, etc.

Esse fato pode ser observado em estudos que indicaram que o uso, abuso ou a dependência de substâncias em geral (cocaína, inalantes, sedativos, tranquilizantes e outras substâncias) contam com uma maior prevalência de homens que mulheres (Wendt & Appel, 2008). Um destes estudos concluiu que a maior incidência de dependência do crack ocorreu em homens, sendo mais provável que a patologia ocorresse em pessoas de baixa renda, com pouca escolaridade e sem emprego formal (Oliveira & Nappo, 2008).

Ainda em relação ao gênero, Wendt e Appel (2008) compilaram resultados de outros três estudos que demonstraram o uso concomitante de álcool com outras substâncias também ser maior para homens que mulheres. Em geral, a iniciação para o uso de álcool e tabaco precede ao primeiro uso de substâncias ilícitas. O que pode levar aos usuários de substâncias ao uso concomitante de várias substâncias, principalmente em homens.

Quanto a faixa etária, 7,8 milhões de brasileiros adultos, (5,8% do total da população adulta) declarou já ter usado maconha alguma vez na vida. Entre os adolescentes esse número é de 597 mil indivíduos (4,3%) dentre quase 14 milhões de adolescentes brasileiros. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declaram ter usado e 3,4% dos adolescentes – representando mais de 3 milhões de adultos e 478 mil adolescentes em todo país (Laranjeira, 2012.).

Quando analisamos o perfil de usuários de substâncias conforme sua droga de escolha, pode-se inferir quais modalidades de tratamento serão mais efetivas para ele. Conhecer e

compreender a forma como os usuários se relacionam com a droga, as condições que se associam ao consumo, bem como a possibilidade de tratar esse transtorno podem contribuir para apontar caminhos que qualifiquem os modelos de cuidado e ajudem a reduzir estigmas (Marques & Cruz, 2000) .

Para diversos grupos de substâncias há dados sugestivos de uma redução da probabilidade de abstinência com o aumento da frequência de uso, o que também leva a maior ocorrência de danos e menor probabilidade de adesão e efetividade nas intervenções (Horta et al., 2016). Nesses casos, tratamentos ambulatoriais de alta intensidade podem ter um impacto importante.

Seguindo ainda este raciocínio que relaciona o tipo de substância a uma determinada população e suas demandas, tem crescido a proposição de estudos sobre as drogas sintéticas. Estas aparecem frequentemente ligadas a relações sexuais desprotegidas e outras situações em que o usuário, normalmente adulto jovem, se expõe a um comportamento sexual mais vulnerável e inseguro. Estes estudos apontam a necessidade de políticas que atendam todas as necessidades destes indivíduos, que ainda não se enquadram na maioria dos modelos de tratamento oferecidos de rede (Remy, 2013).

O álcool, como anteriormente já citado, ainda é a substância mais consumida no Brasil. Estudos apontam que essa população conta em sua maioria com indivíduos do sexo masculino, da faixa etária dos 21 aos 40 anos, pardos, solteiros, de baixa escolaridade e desempregados (Almeida, Pinheiro, Vianna, & Pequeno, 2014). Como perfil, muitos dos alcoolistas encontram-se desamparados quanto a sua situação familiar, uma vez que o abuso da substância ocasiona desentendimentos e posteriores cobranças. Sendo assim, eles sentem-se acolhidos nos modelos de atendimento ancorados em grupos de auto-ajuda, como o Alcoólicos Anônimos (Lima & Braga, 2012).

Dessa forma, percebemos que apesar de haver muitos fatores comuns entre usuários de variadas substâncias psicoativas, algumas características são mais relevantes conforme o tipo de droga de escolha. Assim, é importante que as particularidades do perfil dos usuários de substância de cada localidade sejam estudadas e avaliadas, para que essas necessidades sejam contempladas nos programas de atendimento oferecidos.

3.4 O Instrumento de Coleta de Dados ASI 6 LIGHT

O ASI 6 foi desenvolvido por Thomas McLellan e colegas do Center of Studies of Addiction, na Filadélfia, EUA. Constitui-se de uma entrevista semi-estruturada com duração de 45 a 90 minutos, podendo ser aplicada por entrevistadores treinados. É dividida em sete áreas de avaliação, a saber: médica, status ocupacional, aspectos legais, sócio-familiar, psiquiátrica, uso de álcool, e uso de outras drogas (Fernandes, Colugnati, & Sartes, 2015).

Cada área possui questões objetivas que estimam o número, a extensão e a duração dos sintomas-problema, durante toda vida do indivíduo e especificamente, nos últimos 30 dias que antecedem a avaliação. Além disso, o relato subjetivo do paciente sobre a gravidade dos problemas atuais e a necessidade de intervenção em cada área são analisados em conjunto.

A sua sexta versão, utilizada atualmente, teve seu desenvolvimento coordenado pelos Drs. Arthur I. Alterman, John S. Cacciola e Thomas McLellan, sendo um projeto elaborado na Universidade da Pensilvânia (Centro de Estudos para desenvolvimento de instrumentos em adição) e financiado pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA).

O instrumento foi validado para a população Brasileira por Kessler, em 2012. Em 2015 Sartes, Colugnati e Fernandes publicaram um artigo sobre estudo e avaliação de uma escala reduzida desta versão, o ASI 6 Light. Os autores demonstraram que essa nova versão se tornou um instrumento de fácil manejo e de rápida aplicação, contendo os itens que melhor avaliam a gravidade de problemas.

O ASI Light reduz para, em média, 17,7 minutos a aplicação, mantendo os construtos das sete áreas do ASI-6, preservando a avaliação de maneira consistente. Utilizando apenas 96 das 252 questões originais (344 itens), é uma versão mais breve e otimizada (Fernandes, Colugnati, & Sartes, 2015). Esta versão do instrumento está em processo de validação para a população Brasileira.

3.5 Modelos de Tratamento

Uma vez que se conhece o perfil de gravidade e sócio demográfico do sujeito atendido, é mais fácil delinear o caminho a ser percorrido durante o tratamento, no formato de protocolos desenhados com bases científicas e com evidências de sua efetividade.

Um modelo de atendimento aplicado em diferentes contextos é o Modelo Matrix de atendimento (U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services, 2006). Este tem uma abordagem ambulatorial intensiva, destinada a integrar várias intervenções: sessões individuais, materiais de terapia cognitivo comportamental apresentados em grupo, educação familiar, e exames de monitoramento da abstinência. Desta forma, atendem-se as nuances que circundam o transtorno relacionado ao uso de substância.

Foi desenvolvido inicialmente nos anos 80 na Califórnia, Estados Unidos, para pacientes que necessitavam de atendimento por abuso de cocaína e metanfetamina. Na época, os tratamentos vigentes focavam no abuso de álcool, não sendo muito efetivos para outras substâncias (U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services, 2006). Para criar um modelo abrangente e eficaz, os profissionais do Instituto Matrix elaboraram um protocolo de atendimento que contempla alguns elementos de técnica cognitivo comportamental, prevenção de recaídas, sessões individuais e em grupo de psicoeducação e atendimento de famílias, bem como grupos de apoio (exemplo: AA).

Traçando caminho similar, um modelo brasileiro de protocolo de atenção em Saúde Mental está descrito no livro intitulado “Ferramentas para Descomplicar a Atenção Básica em Saúde Mental”. Moldado em três partes, é um instrumento que visa facilitar problemas relativos à saúde mental na Atenção Básica (ABS). É fruto de trabalho conjunto de professores de psiquiatria da Universidade Federal de Juiz de Fora, discentes e técnicos do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital Universitário da UFJF, profissionais da rede básica e especialistas em saúde mental do SUS de Juiz de Fora.

A proposta de trabalho trazida neste livro pode ser aplicada em qualquer sistema ou modelo gerencial de atendimento à saúde, tanto no âmbito privado, quanto no SUS. Apresenta possibilidades no tocante ao rastreamento de transtornos mentais ou de trabalho com grupos de risco, aborda aspectos clínicos e diagnósticos, opções terapêuticas e a tomada de decisão entre cuidar ou encaminhar os usuários a especialistas. E ainda orienta estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o atendimento da clientela habitual da ABS (Friedrich, 2005).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

Descrição do perfil de gravidade de uso de substâncias do usuário de substância psicoativa que procura ESF em Cotiporã RS.

4.2 Objetivos secundários

Descrição do perfil sócio-demográfico dos usuários de substâncias que buscam atendimento na ESF de Cotiporã;

Conhecer a gravidade do uso de substâncias da população que busca atendimento em Cotiporã;

Conhecer as principais áreas de vulnerabilidade relacionadas ao uso de substâncias nestes usuários, sendo estas mensuradas através do ASI-6 Light, a saber: médica, status ocupacional, aspectos legais, sócio-familiar, psiquiátrica, uso de álcool, e uso de outras drogas;

Propor um Protocolo Municipal de Atenção ao Usuário de Substância Psicoativa.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Amostra

A amostra deste estudo consiste em pacientes maiores de 18 anos que procuraram (ou que sua família tenha procurado) a Estratégia de Saúde da Família de Cotiporã, de janeiro a dezembro de 2016, relatando ter problemas relacionado ao abuso de substância psicoativa.

5.2 Delineamento do Estudo

Estudo transversal, descritivo, do perfil sociodemográfico e do perfil de gravidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em uma amostra de usuários de substância do município de Cotiporã/RS.

5.3 Procedimentos

A partir do levantamento dos atendimentos para a população que perfaz a amostra deste estudo, foram elencados os sujeitos e realizado contato, ou por via telefônica ou por visita domiciliar, de forma a convidá-los a participar da pesquisa.

Num contato inicial, 35 pacientes perfaziam esta amostra. Destes, 16 aceitaram vir a unidade para realização da entrevista.

Aos que aceitaram comparecer à ESF para realização da entrevista e aplicação dos instrumentos de coleta foi explicado detalhadamente o objetivo da pesquisa, e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO I).

A seguinte fase foi a coleta de dados, que consistiu na aplicação do ASI 6 light (ANEXO II) e da Entrevista Diagnóstica DSM V (ANEXOIII). Para complementação dos dados, participante ainda respondeu a um e questionário de dados sociodemográficos (ANEXO IV).

5.4 Análise dos Dados

Foi feita a média e o desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico para descrever as variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas.

As informações colhidas nos instrumentos foram computadas em um banco de dados no programa Excel., após passar para o banco de dados fornecido pela pesquisadora que analisou as propriedades psicométricas do ASI 6 LIGHT, baseada na Teoria de Resposta ao Item paramétrica de dois parâmetros, calculou os escores finais de cada constructo do material

Uma vez conhecidos os escores absolutos de cada constructo do ASI 6 LIGHT, procedeu-se uma análise descritiva para conhecer o perfil do usuário, observando quais as áreas pontuaram mais (áreas de maior vulnerabilidade da população estudada).

6 RESULTADOS

Foram entrevistados 16 sujeitos. A amostra foi constituída principalmente por homens (62,75%). A maioria declarou-se branco (93,75%) solteiro (97,5%) e com filhos (62,5%). Metade dos indivíduos entrevistados trabalham com carteira assinada, sendo que 37,5 % participam do mercado de trabalho de maneira informal ou realizado bicos (31,25% e 6,25%, respectivamente), demonstrando que a maioria desta população (87,5%) está exercendo

atividade laboral. A principal substância de abuso foi o álcool (56,25%), seguido por cocaína (31,5%). Não houve relato de drogas sintéticas ou injetáveis, nem envolvimento com hipnóticos e ansiolíticos. Resultados expostos na Tabela 1.

Tabela 1 Características sócio demográficas da amostra

Variável	Resultado n (%)
Gênero masculino	10 (62,5%)
Cor da pele branca	15 (93,75%)
Estado civil:	
Solteiro	12 (75%)
Separado/divorciado	1 (6,25%)
Casado	3 (18,75%)
Idade*	37 (24-67)
Possui filhos	10 (62,5%)
Anos de estudo:	
Até 8 anos	5 (31,25%)
8 anos	2 (12,5%)
Até 11 anos	5 (31,25%)
12 anos ou mais	4 (25%)
Situação laboral:	
Desemprego	1 (6,25%)
Trabalho com carteira assinada	8 (50%)
Trabalho informal	5 (31,25%)
Aposentadoria	1 (6,25%)
Bicos	1 (6,25%)
Diagnóstico pelo DSM-V	
Álcool	
• Ausente	7 (43,75%)
• Leve	2 (12,5%)
• Moderado	2 (12,5%)
• Grave	5 (31,25%)
Cocaína	
• Ausente	11 (68,75%)
• Leve	0
• Moderado	0
• Grave	5 (31,25%)
Maconha	
• Ausente	15(93,75%)
• Leve	0
• Moderado	0
• Grave	1 (6,25%)

*média, mínimo e máximo

Quanto aos escores do ASI 6 LIGHT, pontuam entre 4 e -4, sendo que 4 é o indicativo de maior gravidade e -4 de não haver evidencia de gravidade para a área questionada pelo constructo do instrumento.

Observa-se que nos resultados da amostra coletada não estão incluídos os escores da área relativa a emprego e sustento. Isso porque na metodologia utilizada para análise do material, esta área não pode ser pontuada.

Nos resultados presentes no estudo de Marcorela (2010) que utilizou a Teoria de Resposta ao Item paramétrica (que baseou a análise deste estudo), não foi possível identificar índices para validação, indicando que a Teoria de Resposta ao Item paramétrica não foi adequada para avaliação desta área, pela forma com que os itens são apresentados. Esta área, segundo a autora, deve utilizada somente para coletar informações pragmáticas, não sendo adequada para avaliar o construto teórico (Marcorela & Sartes, 2010).

Na figura 1 estão apresentados os escores de gravidade do ASI 6 LIGHT, distribuídos nos constructos de acordo com resultado de cada sujeito da amostra. Chama atenção os escores da área médica que variam entre 1 e -4. Isso significa que estes pacientes se preocupam com problemas médicos e sugere que apresentem necessidade de tratamento para resolver esses problemas clínicos. (Marcorela & Sartes, 2010).

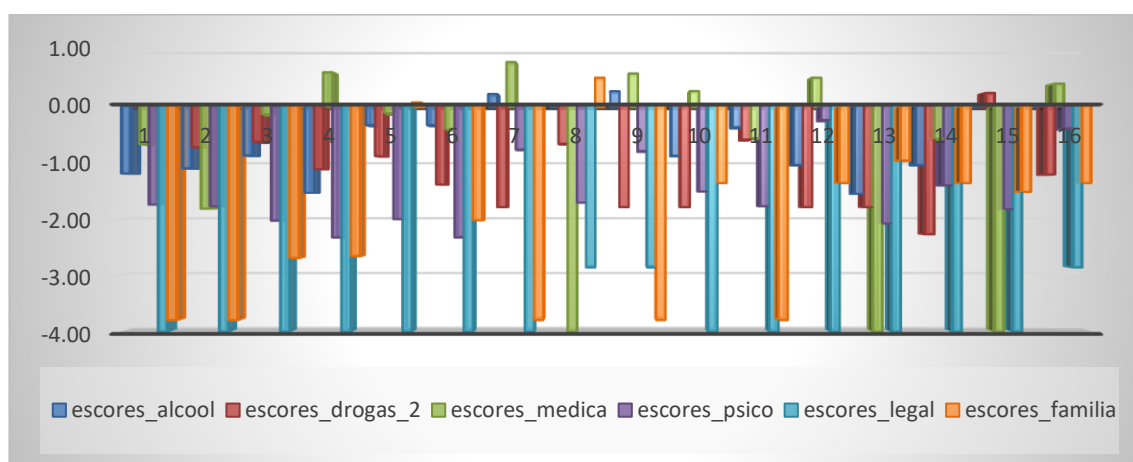


Figura 1. Perfil de gravidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas por indivíduo para cada área do ASI-6 Light.

Na figura 2 estão apresentadas as médias dos resultados dos escores do ASI 6 LIGHT, distribuídos nas áreas do instrumento. Observa-se que as áreas que mais pontuaram são as áreas

de problemas médicos (-0,60) e relacionados ao álcool (-0,61), seguidas pela área de problemas relacionados às drogas (que não álcool e tabaco) (-1,14) e área psiquiátrica (-1,27), sendo que a área de questões relacionadas aos problemas com justiça e problemas legais foi a que menos pontuou, tendo sua média de -3,78.

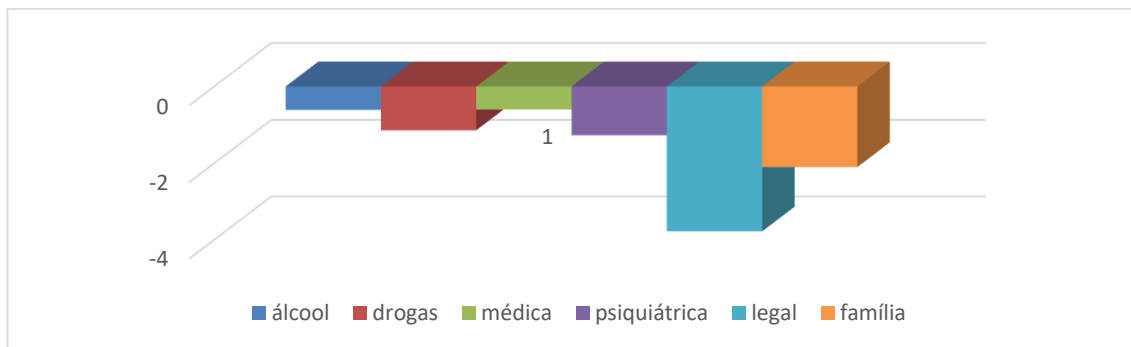


Figura 2. Perfil de gravidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas na amostra por área do ASI-6 light.

7 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo da população deste município de pequeno porte refletem a realidade da população brasileira quanto ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que a maioria da amostra é masculina (Wendt & Appel, 2008) e tem o álcool como principal substância de abuso (Laranjeira, 2012). Sendo da Serra gaúcha, e tendo como uma das suas principais fontes de renda a produção de uva e vinho, é notável que o consumo de bebidas alcoólicas é dado como banal e corriqueiro nesta região. Isso favorece esta visão de que o consumo não é exacerbado, embora, após esta pesquisa, demonstre-se, por vezes, nocivo para estes usuários.

Ao observarmos as áreas da vida do sujeito que o instrumento avalia, é notável que o envolvimento com a substância impacta com maior gravidade na saúde destes usuários, observado pela maior pontuação no ASI 6 LIGHT na área médica. É importante salientar que o abuso de álcool agrava questões de saúde do usuário, uma vez que os etilistas crônicos apresentam diversas patologias relacionadas ao consumo nocivo, como anteriormente citados: hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, doenças do fígado e do estômago e câncer de mama e de esôfago (Do Amaral et al., 2010).

As áreas de envolvimento com álcool, drogas ilícitas, e psiquiátrica também pontuaram com índices mais altos, o que nos aponta a necessidade de acompanhamento nestes tocantes da vida do paciente atendido no município de Cotiporã.

Uma hipótese ao início deste estudo era que a área que avalia a situação familiar do paciente seria uma das que mais pontuariam na avaliação, uma vez que é uma realidade recorrente destes atendimentos os conflitos familiares (Silva, 2015). Porém uma das hipóteses para a pontuação desse fator ter sido baixa na amostra pode ser o fato de que os pacientes que ainda mantêm ou buscam acompanhamento na unidade sejam exatamente aqueles que ainda recebem algum estímulo da família para mudar o comportamento.

Quanto a área de problemas legais e envolvimento com a justiça, era esperado que pontuasse menos, uma vez que os pacientes em questão já fazem parte de um perfil de usuários que não apresenta esta como principal característica. É descrito na literatura que os usuários de crack e cocaína é que teriam um perfil mais contraventor e/ou com traços antissociais (Dualibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008).

A partir destes dados é possível inferir que um Protocolo de Atendimento Municipal deve englobar prioritariamente problemas relacionados a saúde dos usuários de álcool e cocaína, bem como suas comorbidades psiquiátricas, e que os problemas legais e relacionados a justiça provavelmente não sejam prioritários para esta população, uma vez que o resultado foi muito próximo de -4, que é indicativo de não haver gravidade.

Pode se então delinear estratégias conhecidas na ciência médica que sejam pertinentes a tal população, como um acompanhamento com base na dinâmica da Entrevista Motivacional, grupos de apoio e autoajuda, como o Alcoólicos Anônimos, grupos de Prevenção de Recaídas, além de atendimentos clínicos e psiquiátricos individuais que contemplem as comorbidades encontradas. A abordagem no atendimento de serviços que pertencem a atenção primária atinge uma variedade grande de indivíduos e possibilita o acompanhamento no decorrer de bastante tempo. Estes indivíduos, ao adentrarem o serviço, podem ser abordados com intervenções breves, preventivas e que podem ser realizadas em usuários com um padrão de uso pesado ou nocivo antes que ocorram danos à saúde ou que desenvolvam um padrão de uso de dependência (Dihel, Cordeiro, & Laranjeira, 2011).

Os profissionais da equipe do Programa de Saúde da Família podem incorporar, em suas atividades de rotina, um momento destinado a triagem e aplicação de intervenções breves a estes pacientes. Nessa triagem, podem ser utilizados instrumentos como as escalas e os questionários para tal, verificando padrão de consumo e envolvimento com as substâncias, de modo a sugerir o encaminhamento destes sujeitos dentro do serviço ou para apoio especializado (Dihel et al., 2011).

Apesar dos grupos de autoajuda direcionados para estes pacientes não estarem contemplados atualmente nas políticas públicas como um dispositivo formal da rede de atenção, e não ocorrerem nas dependências das unidades de saúde, representam a participação da sociedade civil na rede de atenção. São organizações que desenvolvem um ambiente que encoraja interações sociais através de atividades de grupo ou relações individuais com o intuito de reabilitar e dar suporte a indivíduos com características similares, entre seus pares. Tais grupos são fonte importante de apoio a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool (Lima & Braga, 2012).

Quanto a motivação do paciente usuário de substâncias psicoativa atendido no âmbito de Atenção Básica, é conhecida uma estratégia que alia a proximidade territorial que existe nesta modalidade, com a técnica de Entrevista Motivacional: a Visita Domiciliar Motivacional. É uma busca ativa de pacientes faltosos ou menos motivados para o tratamento, que promove a saúde enquanto busca conhecer o sujeito em seu ambiente, tornando mais eficaz a ação. E traz para mais próximo do paciente seus familiares e pessoas de convívio cotidiano, o que enriquece a rede de apoio tecida para abarcar as necessidades dele (Dihel et al., 2011).

É fato que o presente estudo encontra algumas limitações, sendo o número de pacientes que compõe a amostra a principal delas. Sendo um município de pequeno porte, os habitantes tornam-se muito próximos e conhecidos, que dificulta a obtenção de dados relativos a um assunto que ainda é visto como tabu, embora seja um problema de saúde municipal. Talvez, para uma próxima coleta deva anteriormente ser feita uma sensibilização a respeito do assunto, para que a população se torne mais receptiva a inquéritos deste gênero.

A temática do uso de substância psicoativa, em qualquer instância, traz no contexto forças políticas envolvidas (Alarcon & Jorge, 2012). Logo, o apoio a este tipo de discussão no âmbito municipal poderia ser maior, visto que acarreta problemas de ordem médica e agrava problemas sociais presentes nas famílias dos habitantes, mesmo em municípios do interior.

No entanto, como já foi elencado anteriormente, é de grande importância mapear esta população quanto a gravidade de seu envolvimento com substâncias para propor estratégias e possibilidades de atendimento que contemplem sua singularidade e sejam resolutivas.

CAPÍTULO DOIS

8 INTRODUÇÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COTIPORÃ

Estima-se que os Transtornos decorrentes do uso prejudicial do álcool e de outras drogas (com exceção do tabaco) atinjam cerca de 6% da população, constituindo um problema relevante de saúde pública. E, por vezes, o primeiro contato do paciente para tratamento de problemas relacionados com o uso de substâncias acontece em uma Unidade Básica de Saúde. Ali existe um ambiente no qual o estigma é menor, sendo também menor a resistência do indivíduo às possíveis intervenções que visam à melhoria e à manutenção de uma vida saudável (Dihel et al., 2011).

No município de Cotiporã, os profissionais de saúde mental da atenção primária trabalham no modelo do apoio matricial. Nesta modalidade, uma equipe de especialistas em áreas diversas do saber oferece suporte às duas ESF responsáveis pela comunidade local. As equipes de apoio se co-responsabilizam pelos casos, estruturando a sua forma de atuação conforme a necessidade. Desta forma, é criado um espaço de educação permanente e troca de saberes, além de fornecer suporte técnico especializado e possibilitar intervenções que auxiliam a equipe a ampliar sua capacidade de atuação em saúde mental.

A atenção primária à saúde é um importante ambiente para realização de ações relacionadas às formas de uso de substâncias capazes de gerar prejuízos à saúde e ao bem-estar do paciente, de sua família e de seu círculo social. Nessa perspectiva, devido à gama de profissionais que atuam neste ambiente, e da diversidade de seus saberes, é necessário um guia, um protocolo de atendimento que possa basear cientificamente estas ações.

Protocolo é definido como um conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão das evidências científicas disponíveis e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborada, tendo como objetivo nortear o acompanhamento dos indivíduos com determinada patologia, ajudando os profissionais de saúde e seus pacientes em sua tomada de decisão (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012).

O Caderno de Atenção Básica número 34 traz as principais orientações que estão convencionadas em território nacional sobre saúde mental (Brasil. Ministério da Saúde, 2013).

O assunto saúde pública é transpassado por diversos discursos políticos, que norteiam as práticas e, no que tange a saúde mental, especialmente álcool e drogas, não é diferente.

Segundo a National Treatment Agency (NTA), na Inglaterra, programas de intervenções para uso de substâncias, dentro da atenção primária deveriam abranger quatro vertentes: 1. Triagem de usuários e encaminhamento para serviços de referência e tratamento, bem como fornecimento de atendimento médico clínico. (Intervenção que deve ser prevista em toda e qualquer equipe de atenção primária). 2. Avaliação da triagem e redução de danos, com possibilidade de orientações e intervenções breves, feitas pela equipe de base. 3. Prescrição de medicamentos para usuários, (já dentro de um plano de tratamento). Esse tipo de intervenção poderia ser feito por médicos generalistas. 4. Monitoração médica de desintoxicação ambulatorial, o que pode ser feito por alguns médicos generalistas, de acordo com os protocolos e contratos específicos para necessidades locais (Dihel et al., 2011).

Para sugestão deste Protocolo, além das questões acima explicitadas, deve-se ter em mente as áreas de vulnerabilidades que foram observadas na descrição da população a quem estas diretrizes objetivam atender.

Como citado na primeira parte do trabalho, o instrumento para mensurar a abrangência que este protocolo deveria ter foi o ASI 6 LIGHT, que obteve como resultado o seguinte: as áreas que mais pontuaram são as áreas de problemas médicos (-0,60) e relacionados ao álcool (-0,61), seguidas pela área de problemas relacionados às drogas (que não álcool e tabaco) (-1,14) e área psiquiátrica (-1,27), sendo que a área de questões relacionadas aos problemas com justiça e problemas legais foi a que menos pontuou, tendo sua média de -3,78. Foi avaliado neste instrumento também a área de emprego/sustentabilidade, mas, como igualmente já explanado, os escores desta área não podem ser analisados como os demais, sendo tomados os resultados absolutos de cada questão, quando pertinente, para compor a avaliação dos pacientes.

Desta forma, propõe-se um protocolo enfocando primariamente em usuários crônicos de álcool, com comprometimento e preocupação com sintomas clínicos. Com base neste perfil e na literatura que evidencia as técnicas mais eficazes para o manejo de usuários de substâncias em uma rede de atendimento primário, como é a caracterizada neste município, sugerem-se as seguintes técnicas a serem abordadas: avaliação e triagem, manejo de desintoxicação ambulatorial, atendimentos baseados na técnica de entrevista motivacional, grupo de prevenção de recaídas. Além disso, é necessário um médico psiquiatra para avaliar e medicar

comorbidades, e fortalecimento de parceria dos grupos de autoajuda, com os Alcoólicos Anônimos. Para além destes cuidados, sugere-se também um fluxo de encaminhamento para internação quando necessário.

8.1 Motivação para a mudança dos padrões nocivos

Importante discorrer um pouco sobre a teoria de motivação para mudança, uma vez que serve como base para o início do processo de tratamento do usuário. Se este não se percebe pronto para mudar, ou mesmo não denota esta necessidade, os discursos dos profissionais de saúde tornam-se vazios frente ao sujeito em tratamento. A baixa adesão e falta de motivação para o tratamento frequentemente acarretam recaídas (Sousa, Ribeiro, de Melo, Maciel, & Oliveira, 2013).

Como muitos dos usuários crônicos já passaram por diversos serviços de tratamento, é evidente a necessidade de avaliar seu grau de motivação para iniciar um tratamento que se torne mais efetivo (Sousa et al., 2013). Ao conceituar motivação, Figlie, Dunn e Laranjeira (2004), descrevem que seria estado de prontidão ou avidez para a mudança, que pode variar de um momento para outro, e pode ser entendido como uma condição interna que sofre influência de fatores externos. Para Bittencourt (2009), pode ser conceituada como algo que faz o indivíduo agir, ou o processo de estimulá-lo à ação.

No Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, o momento de prontidão para mudança é um estado que passa por quatro fases, a saber: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção.

O primeiro é observado quando não existe intenção de mudança, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema: o sujeito não o percebe como um problema. A Contemplação é o estágio em que ele parece estar se conscientizando de que há um problema, mas a característica marcante desta fase é ambivalência quanto à perspectiva de mudança.

O estágio da Ação ocorre quando o paciente inicia a modificação de seu comportamento-problema, escolhendo uma estratégia para concretizar esta mudança, tomando atitudes para tal. A ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, sendo as alterações realizadas nesse estágio em busca da solução muito mais visíveis do que as realizadas durante os anteriores. Por fim, a Manutenção é o estágio que constitui o grande desafio no processo de

mudança. A estabilização do comportamento em foco é a marca deste estágio (Sousa et al., 2013).

9 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE COTIPORÃ

9.1 Avaliação e Triagem

A triagem e avaliação inicial tem como objetivo também o acolhimento deste paciente ao serviço de saúde, sendo essencial para a continuidade do tratamento. Não apenas pode ser decisiva para o engajamento do paciente, como pode desencadear o processo de mudança muito antes da sua conclusão (Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Florianópolis., 2010).

Neste momento deve-se coletar dados gerais do indivíduo, a fim de planejar seu cuidado, além de investigar queixas ou alterações do seu estado de saúde. Importante tomar conhecimento de sua condição social e econômica, pois este fator influenciará na sua continuidade no tratamento.

Este atendimento inicial pode ser breve, sem deixar de ser empático e flexível. Atender para que o profissional não demonstre uma postura julgadora, pois o assunto de uso de substâncias é ainda visto como tabu, o que dificultaria observar a gravidade de envolvimento com a substância.

Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e influenciam positivamente no engajamento e no planejamento do tratamento. Devem-se evitar confrontos e só estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente.

Avaliação inicial deve começar com uma anamnese clínica geral, para então passar para uma entrevista com o foco no uso propriamente dito. Nesta entrevista, algumas questões podem ser abordadas: frequência de consumo e último episódio, substância de preferência, quantidade, local onde se dá o consumo (cena de consumo).

A seguir deve se avaliar o grau de comprometimento da vida do usuário, o quanto o uso está comprometendo suas atividades diárias (lazer, trabalho, vida social e familiar), o quanto se modificou da sua vida em função do consumo. Neste momento observa se o sofrimento

envolvido com o uso, se abusivo, da substância e pode-se avaliar se o paciente apresenta motivação para mudar este padrão.

Existem alguns sinais que são evidenciam um uso nocivo e risco para saúde do paciente, tais quais: faltas frequentes no trabalho ou na escola, histórico de traumas ou acidentes frequentes, sintomas como depressão, ansiedade, hipertensão arterial, disfunção sexual, sintomas gastrointestinais, distúrbio do sono (Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Florianópolis., 2010).

Alguns sinais no exame físico deste usuário também são indicativos de gravidade, de uso ressentido ou de comprometimento maior como: tremor (mesmo que leve), odor de álcool, irritação nasal, aumento do fígado, irritação das conjuntivas, pressão arterial lábil, taquicardia ou arritmia cardíaca, odor de maconha nas roupas.

Em resumo, o diagnóstico comprometimento consiste na investigação de três variáveis basicamente: o padrão de consumo e a presença de critérios de gravidade/ dependência; a gravidade do padrão de consumo e como envolve outras áreas da vida do indivíduo; e a motivação para a mudança deste padrão. Para cada tipo de comprometimento, cabem orientações específicas e atitudes compatíveis com o grau de envolvimento com a substância.

A seguir apresenta-se um fluxograma para tomada de decisão nesse contato inicial com o usuário de substância. Nota-se que, se ainda não se observa motivação para iniciar o manejo e sugerir mudança (como apresentar a estratégia de redução de danos, por exemplo), pode se estimular a motivação, procurando orientar o paciente, falar sobre seu estado de saúde e sua preocupação com a mesma, ou até sobre o quanto a substância compromete o seu dia-a-dia (dados que já estarão explicitados para o profissional após a anamnese inicial). Se o paciente já apresenta motivação para mudança, mesmo neste primeiro contato já é possível realizar a intervenção breve, que será detalhada mais a seguir.

Em contrapartida, se o paciente relata não estar em uso, ainda assim existem ações a serem realizadas. Numa modalidade de prevenção primária, o paciente não utiliza, nem nunca utilizou, a prevenção para o uso deve ser encorajada. É possível ter, neste momento, materiais de apoio, como folhetos ou folders com orientações, que informem sobre as substâncias e o seu efeito no organismo, de forma a elucidar os danos do uso nocivo destas. Um esclarecimento de

duvidas que surgem durante esta conversa também encoraja o paciente a vincular com a equipe e deixa um ambiente aberto para se surgirem solicitações posteriores.

Na prevenção secundária, o paciente já utilizou, mas no momento está sem usar. Encorajamento a falar mais sobre sua experiência com uso de substância auxilia a equipe e o próprio paciente, uma vez que pode conhecer e tornar ciente os fatores que o levam a tal uso e consequentemente criar estratégias de enfrentamento. A seguir também será tratada mais esmiuçadamente a respeito das estratégias de prevenção de recaídas.

Resumo do que foi descrito pode ser visto na figura a seguir:

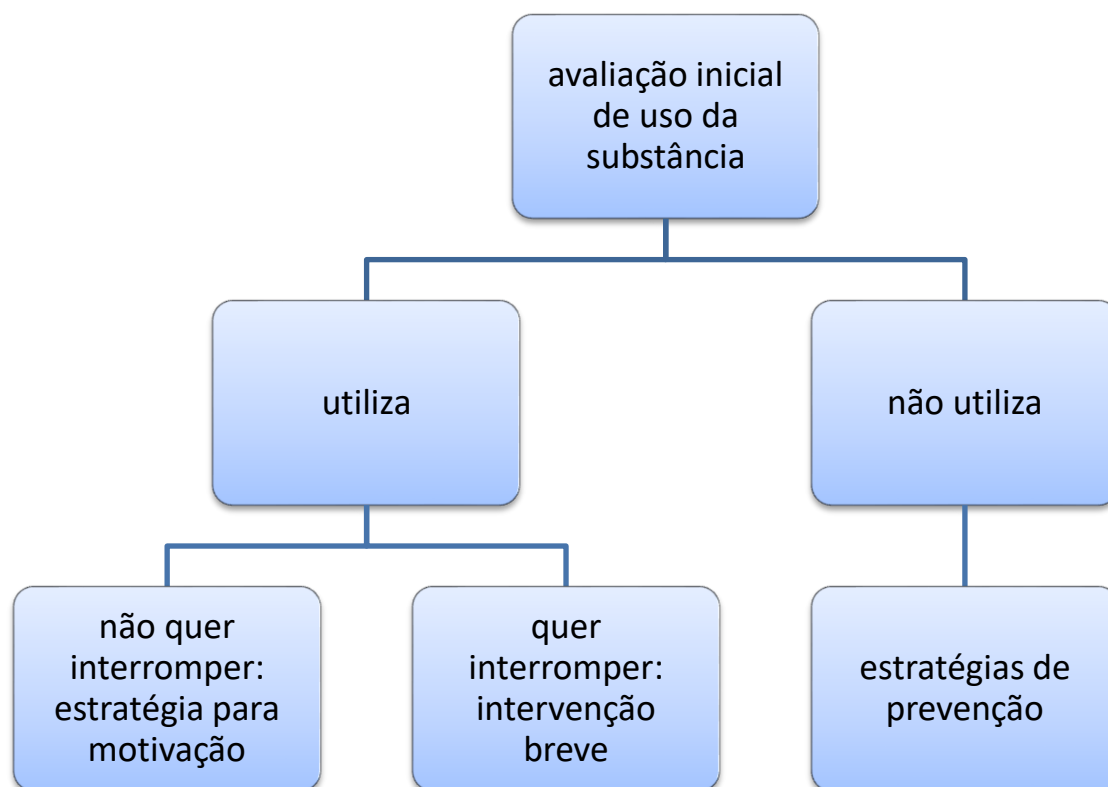


Figura 3 Modelo de fluxograma para a avaliação inicial.

Para avaliação da gravidade de uso da substância existem validados os diversos instrumentos de avaliação sobre os quais já foi explanado na primeira parte deste trabalho. Sendo assim, pode se lançar mão destes instrumentos, sendo que depende do tempo que pode ser gasto nesta primeira avaliação. O ASSIST é um instrumento que possui algumas características que inferem que ele seja adequado para uso em serviços de assistência não especializados: sua estrutura padronizada, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de

várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de qualquer formação (Khan et al., 2011).

As questões deste instrumento abordam a frequência de uso, problemas relacionados, preocupação a respeito do uso de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas ineficientes de cessar ou reduzir o uso, compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e ≥ 16 como sugestiva de dependência (Khan et al., 2011).

Com base no resultado deste teste pode-se então proceder um aconselhamento ou intervenção breve, dependendo mais uma vez da abertura e motivação do paciente, assim como do vínculo com o profissional e quanto tempo pode ser despendido na ação.

Durante a anamnese pode se averiguar em qual estágio o paciente encontra-se para, a partir daí desenvolver com ele as estratégias de enfrentamento ou, se está num estágio mais anterior, trabalhar sua motivação, buscando estratégias que o impelem a mudança.

9.2 Aconselhamento e Intervenção Breve

Estas estratégias podem ser utilizadas em atendimento inicial ou durante o acompanhamento do paciente, em atendimentos posteriores. O interessante destas estratégias é que podem ser realizadas por qualquer profissional da equipe de base, na intenção de fornecer um atendimento qualificado e manter o indivíduo vinculado ao tratamento.

O aconselhamento deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese. Um aconselhamento rápido é capaz de induzir o paciente a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas, ou mesmo tornar-se ciente de que deve diminuir o consumo. Durante 3, 5 ou mais de 10 minutos, pode se procurar utilizar uma estratégia motivacional mínima, tomando o cuidado de não dizer o que deve ser feito: a mudança deve vir do indivíduo.

De uma forma resumida aconselhamento deve conter alguns pontos a serem trabalhados com o paciente: incentivá-lo a reflexão, questionando sobre a sua opinião a respeito de seu uso; trazer o senso de responsabilidade (qual a sua ação sobre o que refletiu); dar opções de escolha, estratégias, possibilidades de enfrentamento do modelo de consumo problemático até então

praticado; demonstrar interesse sobre as formas de enfrentamento que o paciente já utilizou até então; facilitar o acesso dele ao serviço, dando opções de profissionais e horários de atendimento. Há a possibilidade do profissional dar sua opinião a respeito do problema, com o cuidado de não trazer situação de confronto e não realizar julgamento sobre o que foi dito (Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Florianópolis., 2010).

Já a intervenção breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, focal (com destaque para o problema principal) e objetiva, com procedimentos técnicos que permitem estudos sobre sua efetividade (Passo, Lucia, Souza, Paula, & Carneiro, n.d.). É estratégia de atendimento com tempo limitado (de uma a três sessões), cujo foco é a mudança de comportamento do usuário. Em função do grande espectro de pacientes e seu envolvimento problemático com drogas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões (Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Florianópolis., 2010)

As intervenções breves iniciam com o estabelecimento de uma meta, a partir da identificação do consumo problemático. Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de consumo.

Quando o indivíduo ainda não se encontra motivado para a mudança, pode ser utilizada para torna-lo ciente de tal problema, orientando, de modo focal e objetivo sobre os efeitos e consequências do uso abusivo. Quando já é um usuário motivado, a partir da intervenção breve pode inclusive ser realizado encaminhamento ao profissional ou serviço especializado sem, no entanto, desvincula-lo do serviço primário.

Nesta modalidade, dentro da Estratégia Saúde da Família, pode se inclusive conversar com o paciente a respeito da Redução de Danos, fazendo com que ele diminua inicialmente seu consumo e mantenha um acompanhamento na Unidade, para posteriormente trabalhar com ele a abstinência, se o mesmo assim o quiser. Dentro desta visão a autonomia do paciente é importante e o serviço coloca-se a disposição para quando ele se prontificar a modificar seu consumo, ou tratar os danos decorrentes deste.

Porém a intervenção breve tem suas limitações: por se limitada no tempo (normalmente sugere-se de 15 a 40 minutos em cada sessão) e quantidade de sessões, não abrange as comorbidades clínicas e psiquiátricas que podem surgir neste tipo de paciente.

Na Intervenção Breve, primariamente o profissional faz a avaliação do consumo e após fornece a devolução do resultado desta avaliação, a fim de trabalhar com ele o que deve ser feito a seguir. A partir daí estabelecem juntos as metas do acompanhamento, elencando as responsabilidades e fazendo com o paciente o planejamento de como alcançar as metas.

Na fase seguinte, o aconselhamento, deve se orientar, de forma clara sobre os riscos, com a possibilidade de utilização de materiais educativos (livretos, folders), que ilustrem o que se fala durante a sessão, tornando mais visível e palpável para o paciente a situação em que ele se encontra.

Num próximo momento, é ofertado um menu de escolhas, trabalhando as estratégias para se chegar ao objetivo do paciente, seja este diminuir ou cessar o consumo. Fornecer possibilidades de escolhas reforça o sentimento de controle pessoal e de responsabilidade para realizar a mudança, fortalecendo a motivação. Sugestões como um diário de consumo, conversar com ele sobre suas cenas e situações de uso, trabalhar sobre outras atividades prazerosas para ele, (que não relacione com uso de substância), ou simplesmente conversar sobre seu gasto financeiro com a substância e o que ele poderia adquirir se não tivesse mais este gasto são estratégias possíveis de serem elencadas durante este momento (Passo et al., n.d.).

A empatia é um passo crucial a ser trabalhado quando se desenvolve essa intervenção, novamente salienta-se que deve se mostrar interessado e empático, não fazendo julgamentos, de forma que o usuário se sinta acolhido e a escuta se mostre eficiente.

Por fim, para fortalecer a autoeficácia do sujeito, procura-se encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento, reforçando os aspectos positivos.

9.3 Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional é uma abordagem que visa auxiliar os indivíduos a reconhecer e modificar suas situações problemáticas, movimentando-se entre os estágios de mudança (similares aos estágios de motivação, a cima descritos). Nela, são utilizados cinco princípios: expressar empatia, desenvolver discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes, evitar discussões, a fim de não gerar atitudes de confronto e defesa, ajudar o paciente a compreender e trabalhar para transpor suas resistências e incentivar a auto-eficácia,

pois a crença na possibilidade de mudança é um forte motivador (Kantorski, Lisboa, & Souza, 2005).

Estas estratégias podem ser utilizadas dentro do ambiente da Unidade de Saúde. Para além disso, sugere-se que a equipe mantenha acompanhamento dos faltosos ou dos casos que as agentes de saúde trazem para as reuniões de equipe, de forma que estas modalidades possam ser utilizadas em ambiente domiciliar também, como é o caso da Visita Domiciliar Motivacional, que busca trazer novamente para a unidade os pacientes que abandonam o tratamento, trabalhando com eles a motivação e seu autocuidado, utilizando-se, basicamente, das técnicas a cima citadas.

9.4 Visita Domiciliar Motivacional

Utilizando-se das técnicas de motivação, podem ser realizadas por duplas de profissionais treinados nestas técnicas (Dihel et al., 2011), atuantes na área de dependência química. Podem estar acompanhados da agente de saúde nas visitas iniciais, de forma a estabelecer o vínculo com o paciente e sua família

Idealmente sugere-se a realização de 4 a 5 visitas semanais e consecutivas, com duração aproximada de 1 hora. Essa quantidade de visitas é suficiente para alcançar os objetivos propostos e tornar a intervenção mais intensiva. A primeira visita poderá ser agendada com a agente de saúde, com no mínimo uma semana de antecedência, de forma a encontrar em domicílio o paciente e seus familiares. Pode ser estipulado um dia da semana e um horário preestabelecido, mantidos durante os demais encontros.

A importância da presença do maior número possível de pessoas que fazem parte do convívio familiar do paciente deverá ser enfatizada. Sendo assim, os profissionais visitantes devem ter treinamento, sabendo que devem dispor de sensibilidade, empatia, flexibilidade, escuta reflexiva e discernimento a fim de apresentarem, de forma acessível os conteúdos para que compreendam a dinâmica atual e o processo de mudança ao qual o paciente e sua família estarão se submetendo.

É preciso pedir autorização, buscar consentimento, parcerias, cumplicidades, de forma a não se tornar invasivo. A equipe deve ser vista como aliada e não como intrusa.

As técnicas e demais orientações seguem o modelo adotado na Unidade de Saúde, com o acompanhamento citado na Intervenção Breve.

9.5 Prevenção de Recaídas

Na modalidade de atendimento que tem como principal objetivo a prevenção da recaída, reforçando os comportamentos funcionais apresentados pelos pacientes para manutenção da abstinência procura-se principalmente reforçar o treinamento de habilidades de enfrentamento de situações de risco e habilidades sociais, bem como reforçar e aumentar a incidência dos comportamentos que levem a atividades tidas como prazerosas pelo paciente, que não relacionadas com o antigo padrão de uso de substância.

Deve-se neste momento explorar novas formas de lidar com situações de conflito em vários contextos da vida, desenvolver habilidades para manejo da ansiedade, resolução de conflitos e de problemas e possibilitar um espaço destinado ao autoconhecimento. Pode-se neste ambiente trabalhar a reinserção do paciente em ambiente laboral, auxiliando cada paciente a estabelecer e planejar seu caminho no cumprimento de suas metas anteriormente estabelecidas (trabalhando a autoeficácia).

Esta modalidade difere da Entrevista Motivacional principalmente por ser uma abordagem cognitivo-comportamental, que parte do princípio que o paciente já está motivado para entrar nesse passo do seu processo de tratamento. Procura identificar e modificar padrões cognitivos mal adaptados, prescreve estratégias específicas de enfrentamento e de soluções de problemas através de instruções, da prática dirigida e do feedback. A Entrevista Motivacional pode preparar o paciente para a terapia cognitivo-comportamental.

A abordagem cognitivo-comportamental baseia-se na existência de um pensamento disfuncional, que deve ser avaliado de forma realista. Desta forma busca se produzir modificações no pensamento, que influenciem na melhora do humor e do comportamento do paciente. Quando estas são duradouras, modificam também suas crenças disfuncionais, o que, nesta modalidade, caracteriza a melhora. Visa a correção de ideias distorcidas a respeito do uso de drogas, parte do pressuposto que o reforço negativo diminui a frequência do comportamento indesejado.

Na modalidade de grupo, atendimentos baseados nesta prerrogativa podem ocorrer uma vez por semana, com duração de uma hora aproximadamente. Os pacientes que perfazem este

grupo devem passar por acolhimento, estar em acompanhamento com a equipe e o caso ser discutido em reunião de equipe, em conjunto com a equipe matriciadora. Como já citado, eles devem estar motivados para o tratamento, não ter utilizado substância antes da sessão, não apresentar déficit cognitivo ou sintomas que os impossibilitem do convívio com o grupo. Normalmente para estes encontros são encaminhados pacientes cuja meta envolve a abstinência, uma vez que são trabalhadas estratégias para evitar a recaída.

De acordo com a literatura, nestes encontros devem conter os seguintes: avaliação a motivação para mudança; construção de um quadro de vantagens e desvantagens, descrição da rotina de um dependente; elaboração de um inventário de habilidades de enfrentamento de situações de risco; fazer um balanço de situações provocadoras e protetoras relativas ao uso, um quadro global do envolvimento do indivíduo com as drogas; identificação dos horários e locais de risco e dos sinalizadores, assim como identificação de estratégias de como lidar com os sinalizadores; levantamento semanal das situações de risco, identificação das saídas de emergência, modificação do estilo de vida, atividades físicas e de lazer, desenvolvimento de uma agenda diária e plano de recuperação com metas e objetivos.

9.6 Avaliação Clínica e Psiquiátrica

Devido a correlação observada na pesquisa entre os problemas clínicos que o abuso de substância, neste município principalmente o álcool, acarretam no indivíduo, se faz importante a avaliação médica com enfoque no abuso, principalmente desta substância. A partir da avaliação médica inicial, critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID 10) podem ser aplicados para o diagnóstico diferencial entre abuso (F10.1) e dependência de álcool (F10.2). A dosagem das enzimas hepáticas GGT, TGO e TGP, o volume corpuscular médio (VCM) e a transferrina (CDT) são propostos na literatura como possíveis marcadores biológicos da dependência de álcool (Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Florianópolis., 2010).

É observado o número elevado de pacientes que necessitam de uma avaliação psiquiátrica, que traga base para os encaminhamentos e posterior manejo dos usuários dentro do serviço, visto que as comorbidades psiquiátricas se fazem presentes em muitos destes pacientes.

Um especialista, atendendo de oito a doze horas no município pode avaliar estes pacientes, ou matriciar os profissionais médicos da Estratégia, auxiliando na tomada de decisões de cunho avaliativo, diagnóstico e no manejo, principalmente farmacológico destes pacientes.

9.7 Desintoxicação Ambulatorial

Para o acompanhamento de desintoxicação ambulatorial, podemos descrever dois lados do tratamento que devem ser manejados concomitantemente: uma abordagem não farmacológica e uma abordagem farmacológica (Simões, 2014).

Na primeira, deve se iniciar com orientações para o paciente e sua família quanto à natureza do problema, tratamento e possível evolução do quadro, além de sintomas de piora. Importante propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual durante os atendimentos, e em domicílio. A dieta é livre, com atenção especial à hidratação. O paciente e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos; as consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação. Preferencialmente devem retornar diariamente ou em dias intercalados, pelo menos nos primeiros quinze dias de tratamento (Simões, 2014).

A abordagem farmacológica compreende o uso de benzodiazepínico de longa duração (Blondell, 2005), sendo a primeira escolha Diazepam, 20mg via oral por dia, ou uma dose maior, se necessário, com retirada gradual ao longo de uma semana, ou Clordiazepóxido: até 100mg via oral por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de grave comprometimento hepático, utiliza-se Lorazepam, na dosagem de 4mg via oral por dia, com retirada gradual em uma semana, ou avalia-se a necessidade de internar para fazer a desintoxicação. Baixo suporte familiar e/ou comorbidades clínicas e psiquiátricas mais graves contra-indicam a desintoxicação ambulatorial, sendo preferível um ambiente hospitalar.

Ainda nesta abordagem, a prevenção da Síndrome de Wernicke com a reposição vitamínica de tiamina intramuscular, nos primeiros 3 a 5 dias é recomendada. Após esse período, pode ser administrado via oral. (Simões, 2014).

Importante novamente salientar que o paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas (tanto de piora do comprometimento devido à abstinência quanto ao abuso/ superdosagem dos benzodiazepínicos) a serem monitorados. Também podem ser orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite.

Ocorrendo falha dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser repensada, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

9.8 Encaminhamento para Internação

Segundo a literatura, o encaminhamento para internação deve ser realizado quando: o paciente não consegue se manter abstinente apesar de realizar acompanhamento ambulatorial, e assim o deseja; falta continência familiar ou psicossocial, presença de situações de risco; condições graves, clínicas ou psiquiátricas, que necessitem de cuidados constantes: síndromes de abstinência graves, complicações clínicas do uso, ideação suicida, sintomas psicóticos graves.

O Município de Cotiporã mantém convênio com o Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi, do município vizinho, Veranópolis, que se encontra a 20 km de distância. Para este local devem ser encaminhados, em regime de observação psiquiátrica, os casos com que caracterizem risco, segundo avaliação médica realizada por profissional médico da Estratégia Saúde da Família, tendo como base os critérios a cima mencionados.

Após, deve-se proceder solicitação de vaga na Central de Regulação de Leitos Psiquiátricos do Estado do Rio Grande do Sul, cadastrando o paciente. Se este encontra-se estável e o médico o avalia como tal, o paciente tem a possibilidade de aguardar sua vaga em domicílio.

A sugestão deste Protocolo é que se tenha um leito de retaguarda neste hospital para os pacientes do município de Cotiporã, em virtude da demanda e da característica deste tipo de paciente. O usuário de substância, principalmente aquele em que se verifica a necessidade de internação, traz consigo a ambivalência com relação ao seu tratamento (como já anteriormente mencionado). Uma forma de galgar etapas nos estágios motivacionais seria a possibilidade de uma retaguarda de atendimento hospitalar para tais casos.

9.9 Encaminhamento para Grupo de Autoajuda: Alcolicos Anônimos

A participação dos usuários neste espaço social tem sido descrita como importante ferramenta na promoção do bem-estar e cuidado diferenciado, sendo considerada uma forma de conhecer, compreender a saúde e lidar com a doença, facilitando a socialização das ideias.

Entre seus pares, os usuários sentem-se acolhidos e ouvidos, de uma forma diferente da que ocorre no sistema de saúde.

Observando a importância deste grupo, que ocorre toda quinta-feira fora do ambiente da Unidade Básica de Saúde, pacientes em abstinência e seus familiares devem ser encorajados a participar destes encontros, como forma de fortalecimento tanto da sua rede de vínculos quanto da sua autoeficácia.

9.10 Fluxograma de encaminhamentos dos pacientes com Transtorno Relacionado ao Uso de Substâncias Atendidos Na ESF de Cotiporã:

A seguir, fluxograma construído a partir dos resultados encontrados no estudo e do que a literatura evidencia como melhor manejo para pacientes que apresentem envolvimento com substância psicoativa:

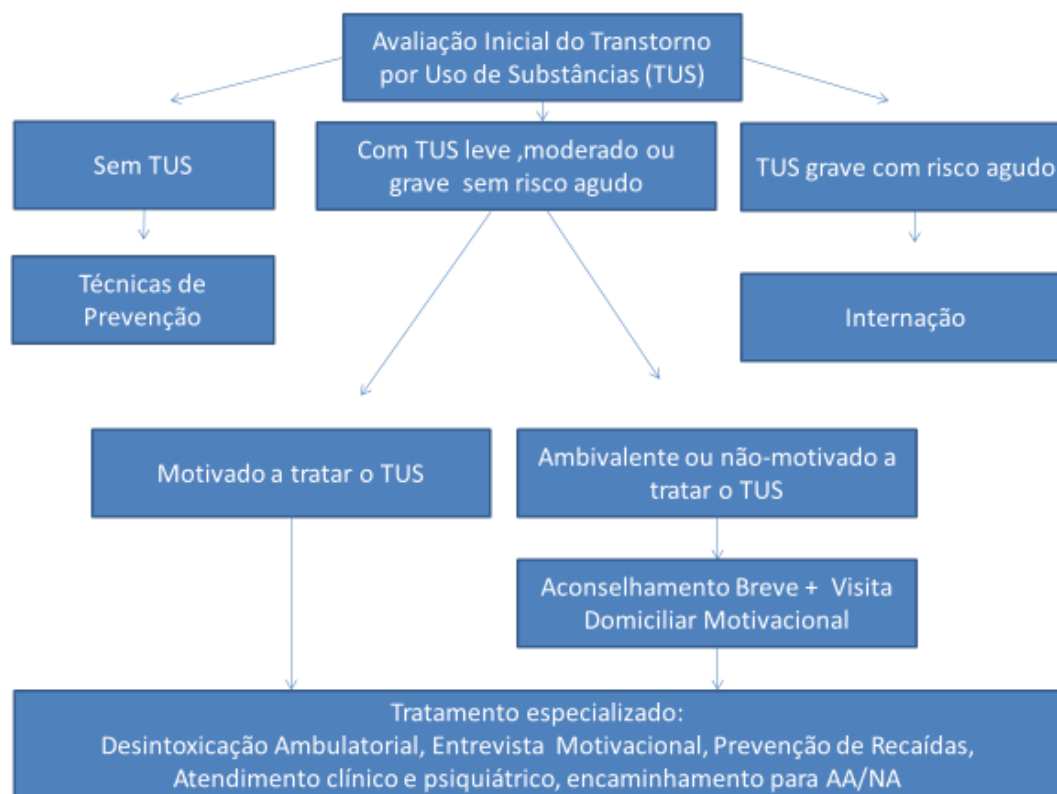


Figura 4 Fluxograma que esclarece os encaminhamentos a serem dados nos atendimentos conforme a avaliação inicial.

9.11 Sugestão de Cronograma de Atividades Semanal

De forma a contemplar as modalidades descritas segue sugestão de cronograma das atividades de atendimento de usuários de substâncias neste município:

	segunda	terça	Quarta	quinta	sexta
MANHÃ	Avaliação de pacientes em desintoxicação	Avaliação de pacientes em desintoxicação	Avaliação de pacientes em desintoxicação	Avaliação de pacientes em desintoxicação	Avaliação de pacientes em desintoxicação
	Grupo Motivacional	Prevenção de Recaídas			Atendimento Psiquiátrico
TARDE	Turno para visitas Motivacionais	Atendimento Clínico	Grupo Motivacional	Turno para visitas Motivacionais	Prevenção de Recaídas

10 CONCLUSÃO

O Transtorno por Uso de Substância psicoativa acarreta danos, em menor ou maior grau, na vida dos pacientes, seus familiares e quem convive com ele. É um problema de Saúde Pública, transpassado por discursos políticos e que é evidente tanto nos grandes centros quanto nas cidades interioranas do país.

No entanto, os municípios de pequeno porte, como é o caso de Cotiporã, encontram-se por vezes distanciados das tecnologias e não dispõe da complexidade dos dispositivos necessários para o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Buscando suprir esta lacuna, neste trabalho ficou conhecido o perfil do paciente que procura atendimento devido ao envolvimento com substância psicoativa na Estratégia de Saúde municipal. A amostra do estudo foi pequena, o que acarreta a principal limitação na descrição do perfil. Em sua maioria são

homens, preocupados com seu estado de saúde, que apresentam comorbidades clínicas e psiquiátricas devido ao uso principalmente de álcool.

Este conhecimento tornou possível a sugestão de um Protocolo de Atendimento para estes sujeitos, trazendo modalidades pertinentes e implementações de melhorias no fluxo destes dentro do serviço. A partir do instrumento utilizado, pode se observar quais áreas da vida destes sujeitos a substância impacta mais, de forma a compor um protocolo que procurou contemplar estas vulnerabilidades.

Estas modalidades de tratamento não eram conhecidas em sua profundidade científica neste cenário. Espera-se com este estudo e a descrição do Protocolo trazer este conhecimento para as equipes de atendimento e para equipe gestora, de forma a atender em sua amplitude estes pacientes.

É fato que a conjuntura política atual dificulta a efetiva inclusão da totalidade destas ações no cenário municipal, o que não impede de discutir com a gestão municipal estas possibilidades. O usuário de substância carrega consigo um sofrimento psíquico que não passa despercebido pelas equipes atuantes. Práticas como as descritas neste trabalho podem promover a saúde destes munícipes e torna-los um pouco mais próximos e confiantes no Serviço de Saúde Pública.

11 BIBLIOGRAFIA

- Alarcon,S., Jorge, M.A.S (2012). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo (p.340). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Agência Nacional de Saude Suplementar. (2012). Implantação de diretrizes e protocolos clínicos.
- Almeida, R. A. De, Pinheiro, R., Vianna, D. T., & Pequeno, G. A. (2014). Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa, 526–538. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140049>
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, XVI(1), 67–82.
- Blondell, R. D. (2005). Ambulatory Detoxification of Patients with Alcohol Dependence - *American Family Physician*, 71(3), 495–502. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/2005/0201/p495.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *34 - Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica* (Vol. 34).
- Dihel, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. e cols. (2011). Unidade Básica de Saúde e Atenção Primária. In Artmed (Ed.), *Dependência Química: Prevenção , tratamento e Políticas Públicas* (p. 528). Porto Alegre: Artmed.
- Do Amaral, R. A., Malbergier, A., & De Andrade, A. G. (2010). Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(SUPPL. 2), 5104–5111. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>
- do Rosário, A. M. M. (2011). *Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes : revisão de literatura Adriana Moro Maieski do Rosário Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes: Revisão de literatur.*
- Dualibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil, (1), 1–32. <https://doi.org/0102-311X>
- Duarte, C. S. (2000). Instrumentos de avaliação, 22(Supl II), 55–58.
- Duarte, P. D. C. A. V., Stempliuk, V. D. A., & Barroso. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141995000200003>
- Fernandes, L. R., Colugnati, F. A. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI-6) Light. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 132–139. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000068>
- Gabrich, F. A., & Silva, R. L. N. (2015). *Autonomia privada, regulação e estratégia [Recurso*

eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara; Florianópolis: CONPEDI, 2015.

- HORTA, R. L., BALBINOT, A. D., TEIXEIRA, V. A., PINTO, R. O., OLIVEIRA, G. O. de, & POLETTO, S. (2016). Padrão de uso e possibilidade de cessação do consumo do crack: estudo transversal. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 33(2), 325–334. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200014>
- Kantorski, L. P., Lisboa, L. de M., & Souza, J. de. (2005). 2005. *Smad - Revista Eletrônica Saude Mental Álcool E Drogas*, (1), 1–15.
- Kessler, Felix. Pechansky, F. (2006). Manual de Aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência. *Centro de Pesquisa Em Álcool E Drogas /UFRGS/HCPA*.
- Kessler, F., & Faller, S. (2010). Avaliação multidimensional do usuário de drogas ea Escala de Gravidade de Dependência. *Revista de Psiquiatria ...*, 32(2), 48–56. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000200005>
- Khan, R., Chatton, A., Nallet, A., Broers, B., Thorens, G., Achab-Arigo, S., ... Zullino, D. (2011). Validation of the french version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *European Addiction Research*, 17(4), 190–197. <https://doi.org/10.1159/000326073>
- Laranjeira, R. et al. (2012). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014. Retrieved from <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relatório.pdf>
- Lima, H. de P., & Braga, V. A. B. (2012). Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto E Contexto Enfermagem*, 21(4), 887–895. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400020>
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 801–821. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>
- Marcorela, L., & Sartes, A. (2010). *PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO ADDICTION SEVERITY INDEX 6 (ASI 6): Uma abordagem pela Teoria de Resposta ao Item*.
- Marques, A., & Cruz, M. (2000). O adolescente e o uso de drogas Ana. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(c), 32–36. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Naozuka Simões, C. C. (2014). *Protocolo de desintoxicação ambulatorial para alcoolistas: estratégias de intervenção para enfermeiros*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Oliveira, L. G. De, & Nappo, S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664–671. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000039>

Passo, A. P. A., Lucia, M., Souza, O. De, Paula, A., & Carneiro, L. (n.d.). INTERVENÇÃO BREVE : PRINCÍPIOS BÁSICOS E APLICAÇÃO PASSO A PASSO.

Remy, L. (2013). O impacto do consumo de ecstasy em usuários na cidade de Porto Alegre. Retrieved from <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/97199>

Santos, M. A. dos. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, 3(1), 0. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, M. da S. (2014). O Cuidado que Eu Preciso - Atenção integral a dependentes do crack e outras drogas. Retrieved from http://www.saude.rs.gov.br/lista/276/O_Cuidado_que_Eu_Preciso_-_Atenção_integral_a_dependentes_do_crack_e_outras_drogas

Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Florianópolis. (2010). *Protocolo de Atenção em Saúde Mental*. Florianópolis, SC.

Silva, N. J. C. da. (2015). *A compreensão da família sobre o usuário de substâncias psicoativas*. Universidade Federal de Santa Catarina.

Silveira, C., Doneda, D., Gandolfi, D., Hoffmann, M. C., Macedo, P., Delgado, P. G., ... Moreira, S. (2003). Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 349–354. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i1p9-16>

Sousa, P. F., Ribeiro, L. C. M., de Melo, J. R. F., Maciel, S. C., & Oliveira, M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre motivação para a mudança. *Temas Em Psicologia*, 21, 259–268. <https://doi.org/10.9788/TP2013.1-18>

Wendt, G., & Appel, M. (2008). Estado é o que mais consome crack e cocaína no Brasil. Retrieved from <http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=5&idnot=360>

12 ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Perfil do usuário de substância atendido na Estratégia Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul: Entendendo a problemática em busca de perspectivas de cuidado.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é descrever o perfil de gravidade de uso de substâncias psicoativas de quem procura a Estratégia Saúde da Família em Cotiporã, de forma a conhecer melhor as necessidades de tratamento desta população para futuramente propor um Protocolo Municipal de Atenção ao Usuário de Substâncias Psicoativas.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Centro Colaborador em Álcool e Drogas, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Entrevista com aplicação do instrumento ASI 6 light (que avalia o perfil de gravidade do uso de drogas e sua relação com diferentes áreas da vida, como família, trabalho, problemas legais e saúde), da Entrevista Diagnóstica DSM V (somente a parte que avalia uso de substâncias psicoativas), e um questionário de dados sócio demográficos. Neste questionário serão abordados temas relativos a situação conjugal, renda, moradia, composição familiar, escolaridade. Você levará em torno de uma hora para responder a estes questionários, em horário previamente agendado. A sua participação é voluntária. A entrevista será realizada pela enfermeira Ana Lúcia Moreira Garcete.

Algumas perguntas poderão gerar desconforto ao responder, mas você pode interromper a entrevista e desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento. Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa, e o seu nome não aparecerá na divulgação dos resultados. As informações do estudo serão divulgadas em conjunto, mantendo o anonimato das pessoas estudadas.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos para você, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, bem como para a possível

elaboração de uma proposta de protocolo de atendimento a usuários de substâncias psicoativas neste município, beneficiando futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

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

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Anne Orgler Sordi através do telefone (51)335596510, e em Cotiporã com a pesquisadora Ana Lídia Moreira Garcete, pelo telefone (54) 34462899, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index (ASI) Versão 6 Light

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

G1. Nome do Paciente: _____

G2. Código do paciente:

G3. Nome do Entrevistador: _____

G4. Código do Entrevistador:

G5. Data da Entrevista: / /

G6. Hora de Início:

G7. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G8. Data de Nascimento: / /
(Idade: _____)

Códigos para aplicação do instrumento:

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

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

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

1-Sim 0-Não

M1. Diabetes

M2. Cirrose ou outra doença crônica do fígado

M3. Doença renal crônica

M4. Outro problema ou doença crônica
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,...

-se "Sim" especifique: _____

M5. Qualquer incapacidade física que seriamente

prejudica sua visão, audição ou movimentos?

-se "Sim," especifique: _____

M6. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade?
-exclua incapacidade psiquiátrica

1-Sim, 0-Não

(M7 – M10) Nos últimos 30 dias:

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

M7. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
-incluir problemas dentários

Dias

M8. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos / físicos?

Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M9. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?
0 - Nada
1 - Levemente
2 - Consideravelmente
3 - Extremamente

M10. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?
0 - Nada
1 - Levemente
2 - Consideravelmente
3 - Extremamente

M11. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?
0 - Nada
1 - Levemente
2 - Consideravelmente
3 - Extremamente

A. Últimos 6 meses
B. 30 Dias

M12. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?
000 → M13

M13. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física? -não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

A.
B.

000 → E1

E2. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)?

(E3 – E5) Nos últimos 30 dias:

E3. Quantos dias remunerados você trabalhou? -inclua licenças, férias, dias como autônomo e trabalho informal.
Dias
00 → E22

E4. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)?
R\$

E5. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?
ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc.

Dias

As próximas perguntas (E6 – E9) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E6. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS

R\$

E6b. ...últimos 6 meses?

R\$

E7. outra assistência?
ex. bolsa família, vale-refeição, transporte

R\$

E7b. ... últimos 6 meses?

R\$

E8. atividades ilegais?
ex. tráfico de drogas, prostituição,
jogo ilegal, venda de objetos ilegais

R\$

E8b. ... últimos 6 meses?

R\$

E8c. bicos?

R\$

E8d. ... últimos 6 meses?

R\$

E9. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo

Comentários:

e seus dependentes?

1-Sim, 0-Não

- exclua dinheiro de atividades ilegais

Comentários:

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

E1. Nos últimos 6 meses (desde _____),
quantas semanas você teve um trabalho pago?
-inclua licenças, férias,

--	--

Semanas,
Max = 26

dias como autônomo e trabalho informal.

00 → E6

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

Uso de Álcool

D1. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
- exclua períodos sem álcool 00 → D3

D2. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana?

D3. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 - Sem uso (→ D6) 3 - 3-6 vezes por semana
1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
2 - 1-2 vezes por semana

D4. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?

D5. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/ homens, 4 p/ mulheres) drinques em um dia?

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

D6. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1- Sim, 0- Não

D7. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1-Sim, 0- Não

D8. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;
ou
teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; 1-Sim, 0-Não
ou
teve problema com a lei?

D9. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber?
1-Sim, 0-Não

D10. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

D11. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

D12. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

Comentários:

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

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D13-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D14-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D13-B), **pule o item seguinte (D13-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D13-D = 00), **passe para a próxima substância (D13-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1-Sim, 0-Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]
D13. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D14. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D15. Cocaína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D16. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D17. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D18. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D19. Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D20. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D21. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Comentários adicionais:

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D22. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?

D23. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
0 - Sem uso (→ D26) 3 - 3-6 vezes por semana
1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
2 - 1-2 vezes por semana

D24. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?
0 → D26

D25. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$
-exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:
D26. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?
1-Sim, 0-Não

D27. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?
1-Sim, 0-Não

D28. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões;
1-Sim, 0-Não
ou
teve problemas com a lei?

D29. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?
1-Sim, 0-Não

D30. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?
00 → D48

D31. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

D32. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente

2 - Consideravelmente

D33. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

L9c. roubou / danificou propriedade

L10. ameaçou ou agrediu alguém?

-com ou sem uma arma;

- inclua violência doméstica, estupro e assassinato

-exclua roubo

L10a. agrediu fisicamente com uma

arma L10b. agrediu fisicamente sem

uma arma

L11. Fez qualquer outra coisa ilegal? **A. Últ. 6 Meses B. 30 Dias**

-portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc.

[exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]

L11a. carregar uma arma sem licença

L12. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?

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

NOTA: Para F1 e F2:

A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro

B. Refere-se a qualquer outros membros adultos da família ou parentes. ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos

C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

(1 – Sim, 0 – Não)

A. Parceiro(s) B. Parentes C. Amigos

Adultos Íntimos

F1. teve problema de relacionamento c/

F2. teve qualquer discussão com:

Comentários:

F3. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1-Sim, 0-Não

F4. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

F5. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?

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

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

[NOTA: Se não tiver filhos ou crianças vivendo juntos, passe para

F13]

F6. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1-Sim, 0-Não

F7. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
-inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial

F8. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças

F9. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

F10. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 - Nada 3 - Extremamente
1 - Levemente
2 - Consideravelmente

F11. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?

-aconselhamento atual ou adicional

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

F12. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1-Sim, 0-Não

F13. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1-Sim, 0-Não

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

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

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

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

(P1 – P8): A. Na sua vida

B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias

Você (já):

A. B.

Na vida | 30 Dias

P1. teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo?
* dormir por toda a noite

P2. sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?

0→P3

P3. sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?

P4. teve alucinações?
-viu ou ouviu coisas que outras pessoas

0→P4

não viram ou ouviram

0→P5

P5. teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas

P6. (desde os 18 anos) teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?

0→P7

P7. teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?

0→P8

P8. tentou o suicídio (se matar)?

(P9 – P11) Nos últimos 30 dias:

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

P9. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?

Dias

P10. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?

Dias

P11. Quão preocupado ou incomodado você tem estado

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

0 - Nada

3 - Extremamente

1 - Levemente

2 - Consideravelmente

G9. Hora de Término: :

Comentários:

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

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas

precisas e pensadas, além de responder honestamente. No

com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?

0 - Nada

3 - Extremamente

1 - Levemente

2 - Consideravelmente

geral, o respondente forneceu informação que é:

1- Ruim, 2-Satisfatória, 3-Boa



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

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

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

Lista de Álcool e Drogas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principais Grupos de Ocupação

1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas

(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)

2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais

(ex. Chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)

3 – Ocupações de Venda

(ex. Corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)

4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório

(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)

5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto

(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas,

pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, montadores de equipamentos eletrônicos, açougueiro, padeiro, calibrador, operadores de sistema hidráulicos).

6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores

(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)

7 – Ocupações de Transporte e Mudança

(ex. Motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés)

8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário

(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)

9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos

(ex. Serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão)

(atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)

10 – Fazendeiro ou Gerente / Administrador de Fazenda

Gerente/Administrador de Fazenda

11 – Trabalhadores Rurais

12 – Militar

13 – Empregados Domésticos

(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica, etc)

14 – Outra

14 ANEXO III – Entrevista Diagnóstica DSM V

Nome (iniciais): _____ Data: ____/____/____
 Entrevistador: _____
 Instituição: _____

Nos últimos **12 meses**, qual(is) dessa(s) substâncias você usou? (*somente uso não prescrito pelo médico*).

Álcool	Maconha	Alucinógenos	Inalantes	Opioides	Sedativos, Hipnóticos, Ansiolíticos	Estimulantes	Tabaco

Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista.

Se “SIM” para alguma droga, continue a entrevista para a(s) correspondente(s) substância(s)

Critérios Diagnósticos - **Álcool** nos últimos *12 meses*

	Sim	Não
1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool?		
5. Por causa do uso recorrente de álcool, você fracassou no desempenho de papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado de álcool, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos?		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de álcool?		
8. Você ingeriu álcool mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso de álcool apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso de álcool?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool que costuma beber?		
11. <i>Abstinência</i> , manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você teve dois (ou mais) sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool?		
b. O álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência?		

Sintomas de **Abstinência** de Álcool

Hiperatividade autonômica (p.ex., sudorese); Tremor aumentado nas mãos; Insônia; Náusea ou vômitos; Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; Agitação psicomotora; Ansiedade; Convulsões tônico-clônicas generalizadas.

Nota: 1. Os sintomas e sinais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
2. Os sintomas e sinais não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência por outra substância.

Especificar a **Gravidade** atual

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

CrITÉrios DiagnÓsticos - Maconha

nos últimos 12 meses

	Sim	Não
1. A maconha é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de maconha?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de maconha, na utilização de maconha ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar maconha?		
5. Por causa do uso recorrente de maconha, você fracassou no desempenho de papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado de maconha, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância?		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de maconha?		
8. Você usou maconha mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso de maconha apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores de maconha para atingir a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de maconha que costuma usar?		
11. <i>Abstinência</i> , manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você teve três (ou mais) sintomas, desenvolvidos no prazo de aproximadamente uma semana após a cessação do uso pesado e prolongado de maconha (i.e., normalmente uso diário ou quase diário durante um período mínimo de alguns meses)?		
b. A maconha (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência?		

Sintomas de **Abstinência** de Maconha

Irritabilidade, raiva ou agressividade; Nervosismo ou ansiedade; Dificuldade em dormir (insônia, sonhos perturbadores); Apetite reduzido ou perda de peso; Inquietação; Humor deprimido; Pelo menos um dos sintomas físicos causa desconforto significativo: dor abdominal, febre, sudorese, tremor, calafrios ou cefaleia.

Nota: 1. Os sintomas e sinais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
2. Os sintomas e sinais não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência por outra substância.

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

Critérios Diagnósticos - Alucinógenos

nos últimos 12 meses

	Sim	Não
1. O alucinógeno é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso do alucinógeno?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de alucinógeno, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o alucinógeno?		
5. Por causa do uso recorrente de alucinógenos, você fracassou em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado de alucinógenos, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos? (p.ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de alucinógenos?		
8. Você usou alucinógenos mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso de alucinógenos apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso de alucinógenos?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores de alucinógeno para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de alucinógeno que costuma usar?		

Especificar a **Gravidade** atual

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

Critérios Diagnósticos - **Inalantes**

nos últimos *12 meses*

	Sim	Não
1. A substância inalante é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância inalante?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção da substância inalante, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância inalante?		
5. Por causa do uso recorrente da substância inalante, você fracassou no desempenho de papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado da substância inalante, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de seu uso?		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso da substância inalante?		
8. Você usou a substância inalante mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso da substância inalante apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores da substância inalante para atingir a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância inalante que costuma usar?		

Especificar a **Gravidade** atual

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

CrITÉRIOS DiagnÓsticos - Opioides

nos últimos 12 meses

	Sim	Não
1. Os opioides são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de opioides?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção do opioide, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar opioide?		
5. Por causa do uso recorrente de opioides, você fracassou no desempenho de papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado de opioides, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos?		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de opioides?		
8. Você usou opioides mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso de opioides apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de opioide que costuma usar? Nota: Esse critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides se dá unicamente sob supervisão médica adequada.		
11. <i>Abstinência</i> , manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você teve três (ou mais) sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opioides (i.e., algumas semanas ou mais)?		
b. Opioides (ou uma substância estreitamente relacionada) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência?		

Sintomas de **Abstinência** de Opioides

Humor disfórico; Náusea ou vômito; Dores musculares; Lacrimajamento ou rinorreia; Midríase, piloereção ou sudorese; Diarreia; Bocejos; Febre; Insônia	
Nota: 1. Os sintomas e sinais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo. 2. Os sintomas e sinais não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência por outra substância.	
Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

Especificar a Gravidade atual

Critérios Diagnósticos – Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos nos últimos 12 meses

	Sim	Não
1. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, na utilização dessas substâncias ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos?		
5. Por causa do uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, você fracassou em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dessas substâncias?		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos?		
8. Você usou sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por essas substâncias?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que costuma usar? Nota: Esse critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos se dá sob supervisão médica.		
11. <i>Abstinência</i> , manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você teve um (ou mais) sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos?		
b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância estreitamente relacionada, como álcool) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência? Nota: Esse critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos se dá sob supervisão médica.		

Especificar a **Gravidade** atual

Sintomas de **Abstinência** de Opioides

Hiperatividade autonômica; Tremor nas mãos; Insônia; Náusea ou vômito; Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; Agitação psicomotora; Ansiedade; Convulsões

Nota: 1. Os sintomas e sinais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
2. Os sintomas e sinais não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência por outra substância.

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

Especificar a **Gravidade** atual

Critérios Diagnósticos - Estimulantes

nos últimos 12 meses

	Sim	Não
1. O estimulante é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de estimulantes?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção do estimulante, em utilização, ou na recuperação de seus efeitos?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o estimulante?		
5. Por causa do uso recorrente de estimulantes, você fracassou no desempenho de papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa?		
6. Você manteve o uso continuado de estimulantes, mesmo com problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do estimulante?		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de estimulantes?		
8. Você usou estimulantes mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física?		
9. Você manteve o uso de estimulantes apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo estimulante?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores do estimulante para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do estimulante que costuma usar? Nota: Este critério não é considerado em indivíduos cujo uso de medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica adequada.		
11. <i>Abstinência</i> , manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você teve duas (ou mais) alterações fisiológicas, desenvolvidas no prazo de algumas horas a vários dias após a cessação (ou redução) do uso prolongado de substâncias tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante?		
b. O álcool (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência? Nota: Este critério não é considerado em indivíduos cujo uso de medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica adequada		

Sintomas de **Abstinência** de Estimulante

Humor disfórico; Sonhos vívidos e desagradáveis; Insônia ou hipersonia; Aumento do apetite; Retardo ou agitação psicomotora
Nota: 1. Os sintomas e sinais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo. 2. Os sintomas e sinais não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência por outra substância.

Especificar a **Gravidade** atual

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

Critérios Diagnósticos – **Tabaco**

nos últimos *12 meses*

	Sim	Não
1. Tabaco é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido?		
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de tabaco?		
3. Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção ou uso de tabaco?		
4. Você sente fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco?		
5. Por causa do uso recorrente de tabaco, você fracassou em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa? (p. ex., interferência no trabalho).		
6. Você manteve o uso continuado de tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos? (p.ex., discussões com os outros sobre o uso de tabaco).		
7. Você abandonou ou reduziu importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de tabaco?		
8. Você usou tabaco mesmo em situações nas quais isso representasse perigo para a integridade física? (p.ex., fumar na cama).		
9. Você manteve o uso de tabaco apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele?		
10. <i>Tolerância</i> , definida por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você sentiu necessidade de usar quantidades progressivamente maiores de tabaco para atingir o efeito desejado?		
b. Você obteve um efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco que costuma usar?		
11. <i>Abstinência</i> , manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:		
a. Você teve quatro (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos após cessação abrupta do uso de tabaco, ou redução da quantidade de tabaco utilizada, seguida, no prazo de 24 horas?		
b. Tabaco (ou uma substância estreitamente relacionada, como nicotina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência?		

Sintomas de **Abstinência** de Tabaco

Irritabilidade, frustração ou raiva; Ansiedade; Dificuldade de concentração; Aumento do apetite; Inquietação; Humor deprimido; Insônia
<p>Nota: 1. Os sintomas e sinais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.</p> <p>2. Os sintomas e sinais não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência por outra substância.</p>

Especificar a **Gravidade** atual

Leve: presença de 2 ou 3 sintomas	
Moderada: presença de 4 ou 5 sintomas	
Grave: presença de 6 ou mais sintomas	

15 ANEXO IV – Questionário Sócio-demográfico

Examinador: _____ Data da Aplicação: ____/____/____

Folha de Identificação

Número de Protocolo: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Raça/cor: _____

Estado Civil: _____

Filhos Sim () Não ()

Escolaridade: _____

Está trabalhando Sim () Não ()

Qual a situação laboral ()trabalhando com carteira assinada ()trabalhador informal

() bicos ()desempregado () aposentado () recebendo benefício social

Especificar a **Gravidade** atual