

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MAIKO MARINI**

**PREDITORES DE ADESÃO AO PROJETO TERAPÊUTICO EM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**Porto Alegre  
2011**

**MAIKO MARINI**

**PREDITORES DE ADESÃO AO PROJETO TERAPÊUTICO EM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Enfermagem, inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elizeth Heldt**

**Porto Alegre  
2011**

### CIP - Catalogação na Publicação

Marini, Maiko

Preditores de adesão ao projeto terapêutico em  
Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas  
/ Maiko Marini. -- 2011.

89 f.

Orientadora: Elizeth Heldt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. dependência química. 2. CAPSad. 3. preditores.  
4. ASI6. 5. qualidade de vida. I. Heldt, Elizeth ,  
orient. II. Título.

## FICHA DE APROVAÇÃO

**MAIKO MARINI**

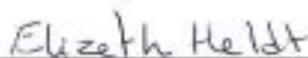
**Preditores de adesão ao projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 10 de outubro de 2011.

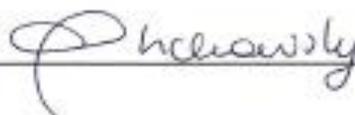
### BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt:



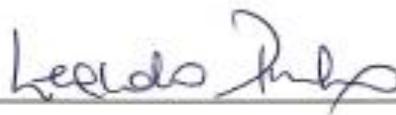
Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Agnes Olschowsky:



Membro – PPGENF/UFRGS

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho:



Membro – PPGENF/UFRGS

Dr. Felix Henrique Paim Kessler:



Membro – CPAD/HCPA/UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à:

- à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt (durante as orientações chamada de severity) por ter conseguido equilibrar entre a “hardness” e a “softness” e assim, termos conseguido concluir este estudo; por ter me ensinado a gostar de pesquisa clínica e me fazer querer continuar nessa área; por ser uma pessoa e uma profissional que admiro; “quando eu crescer quero ser igual a você”;
- a todos os professores da pós-graduação que me instigaram a pensar e me ajudaram no meu desenvolvimento acadêmico;
- aos meus pais por todo apoio, por terem confiado em mim e terem me dado a oportunidade de continuar estudando;
- à minha irmã Camila (in memorian) que continua muito viva e bonita em meus pensamentos o que traz boas lembranças e boas energias que me ajudam a viver com mais suavidade e a continuar firme em meus objetivos;
- às acadêmicas de iniciação de científica pela valiosa contribuição: Giovana Brandalise e Taciana Schnornberger;
- à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enaura Helena Chaves Brandão pelo seu grande apoio e por ser minha família em Porto Alegre, assim como seus filhos Ricardo, Christian, Juliana e Laura;
- aos profissionais da Secretaria da Saúde da prefeitura de Caxias do Sul, principalmente aos do CAPSad Reviver, que permitiram e apoiaram a realização desta pesquisa;
- aos usuários do CAPSad Reviver que aceitaram de boa vontade ser sujeitos desse estudo;
- a todas as pessoas que me apoiaram nesse período e àquelas com quem não pude, muitas vezes, estar junto para poder estudar.

## RESUMO

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPAs) são um crescente problema de saúde pública, cujo tratamento tem sido um desafio. A dependência química (DQ) é um transtorno complexo multifacetado que causa danos às diferentes dimensões de vida do sujeito. A atual política pública de atenção a essa problemática tem como principal estratégia a abordagem dos usuários de SPAs nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad). Esse dispositivo operacionaliza essa política por meio do projeto terapêutico (PT). Entretanto, estudos sobre adesão a esta estratégia são escassos. O objetivo do presente estudo é identificar os preditores de adesão ao projeto terapêutico relacionado à DQ em usuários de CAPSad. Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo de 6 meses. A amostra consistiu de sujeitos em tratamento em CAPSad de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Para identificar os preditores demográficos, clínicos e psicossociais, utilizaram-se instrumentos validados no contexto brasileiro: a Escala da Gravidade da Dependência (ASI6), que avalia de forma multidimensional a gravidade da dependência em diferentes áreas - emprego/finanças, álcool, outras drogas, legal, psiquiátrica - e três escalas para a área familiar/social; o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) para avaliar a qualidade de vida e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) para mensurar os sintomas de depressão. Foi utilizado como critério de adesão a mudança de comportamento no período de 6 meses para a diminuição do uso de SPA como redução de danos e se não fazia mais uso de SPA como abstinência; se aumentou ou manteve o uso como não-adesão. Um total de 77 sujeitos foram incluídos, com predomínio (84%) do sexo masculino (n=65) e média de idade (desvio padrão) de 43,84 (DP=11,25) anos, escolaridade menor que 8 anos (n=55; 72%), sem companheiro (n=45; 58%) e a maioria está fora do mercado de trabalho (n=49; 64%). Os dados clínicos apontam que os diagnósticos prevalentes de DQ são dependência de álcool (n=41; 53%) e dentre as comorbidades, os transtornos de humor são os mais frequentes (n= 17; 22%). A maioria dos sujeitos da amostra (80%) utilizava algum tipo de medicação (n=62). Os sujeitos foram agrupados em não-adesão (n=9; 12%), adesão para redução de danos (n=18; 23%) e abstinência (n=50; 65%). Identificaram-se associações significativas entre o grupo em abstinência com a menor gravidade nas áreas problemas com drogas (p=0,047), álcool (p=0,011) e sociofamiliares (n=0,022). O grupo em abstinência apresentava significativamente maior presença de comorbidade psiquiátrica (p=0,004) e consultavam mais o psiquiatria (p=0,026). O grupo redução de danos apresentou associação significativa com menor gravidade nos problemas legais (p=0,040). As características sociodemográficas e a qualidade de vida não foram preditoras da adesão, porém, as dimensões da qualidade de vida correlacionaram-se negativamente com a gravidade da DQ através do ASI6. Portanto, a adesão ao projeto terapêutico do CAPSad para a abstinência foi maior em sujeitos com comorbidades psiquiátricas, que se consultaram com o psiquiatra, e apresentaram menor gravidade nas áreas da DQ do álcool e outras drogas e na sociofamiliar. Contudo, são necessários estudos que avaliem a adesão ao tratamento em CAPSad com delineamento prospectivo.

**Descritores:** dependência química, CAPSad, preditores, ASI6, qualidade de vida, depressão.

## ABSTRACT

Disorders related to psychotropic use are a growing public health problem whose treatment has been a challenge. Chemical dependence (CD) is a complex, multifaceted disorder that hurts the various aspects of people's lives. The main strategy of the current public policy addressing this problem is to work with users at Alcohol and other Drugs Rehabilitation Centers (CAPSad, in Portuguese). Such places put the policy into operation by means of treatment plans (TPs). However, studies on the adherence to this strategy are scarce. The aim of this study is to identify predictors of adherence to CD treatment plans in CAPSad users. It is a retrospective cohort study of 6 months. The sample comprised patients being treated at a CAPSad in a Rio Grande do Sul city. To identify demographic, clinical and psychosocial predictors, validated instruments in the Brazilian context were used: the Addiction Severity Index (ASI6), which multidimensionally evaluates the severity of addiction in many areas - employment / finance, alcohol, other drugs, legal, psychiatric - and three scales for the familial / social area; the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) to assess the quality of life and the Beck Depression Inventory (BDI) to measure symptoms of depression. The criteria of adherence used were the change in behavior at 6 months toward a lower use of psychotropics so as to decrease damages, and quitting drugs to achieve abstinence; higher or sustained use was deemed non-adherence. A total of 77 subjects were included, predominantly (84%) male (n = 65) and mean age (standart deviation) of 43,84 (DP=11,25) years, less than 8<sup>th</sup> grade education (n = 55; 72%), single (n = 45; 58%) and most of them unemployed (n = 49; 64%). Clinical data show that CD prevalent diagnoses are alcohol dependence (n = 41; 53%) and among the comorbidities mood disorders are the most common (n = 17; 22%). Most of the sample patients (80%) used some type of medication (n = 62). The subjects were grouped into non-adherence (n = 9, 12%), adherence to decrease damages (n = 18; 23%) and withdrawal (n = 50; 65%). We identified significant associations between the abstinence group and less severe problems in the areas of drugs (p = 0.047), alcohol (p = 0.011) and social-familial (p = 0.022). The withdrawal group showed significantly higher psychiatric comorbidity (p = 0.004) and saw their psychiatrist more often (p = 0.026). The damages decrease group was associated with significantly less severe legal problems (p = 0.04). The sociodemographic characteristics and quality of life were not a predictor of adherence; however, the quality of life aspects were negatively correlated with the severity of CD via the ASI6. Therefore, adherence to the CAPSad abstinence-oriented treatment plan was higher in subjects with psychiatric comorbidities, who saw a psychiatrist and had a less severe addiction to alcohol and other drugs and fewer social and family problems. However, prospective studies are needed to assess adherence to CAPSad treatment plans.

**Keywords:** addiction, CAPSad, predictors, ASI6, quality of life, depression.

**Title:** Predictors of adherence to therapeutic plans in an alcohol and other drugs rehabilitation center

## RESUMEN

Los trastornos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) son un creciente problema de salud pública, cuyo tratamiento ha sido un reto. La dependencia química (DQ) es una enfermedad compleja y multifacética que perjudica las diferentes dimensiones de la vida del sujeto. La actual atención de la política pública brasileña a este problema tiene como principal estrategia el Centro de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas (CAPSad). Este dispositivo pone en práctica esa política por medio del proyecto terapéutico singular (PT). Sin embargo, los estudios sobre la adhesión a esa estrategia son escasos. El objetivo de este estudio es identificar los predictores de la adhesión al proyecto terapéutico relacionado a la dependencia química en usuarios de CAPSad. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo de 6 meses. La muestra se realizó con sujetos en tratamiento en el CAPSad de una ciudad del interior de Rio Grande do Sul. Para identificar predictores demográficos, clínicos y psicosociales, fueron utilizados instrumentos validados en el contexto brasileño: el Índice de Gravedad de la Adicción (ASI6), que evalúa multidimensionalmente la gravedad de la dependencia química en diferentes dimensiones - empleo/finanzas, alcohol, otras drogas, legal, psiquiátrica - y tres escalas para el ámbito familiar/social; el *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) para evaluar la calidad de vida y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para medir los síntomas de la depresión. Se utilizó como criterio de adhesión el cambio de comportamiento a los 6 meses para la disminución del uso del SPA como reducción del daño y si no usaba más SPA como abstinencia, si el uso aumentó o si lo mantuvo como no-adhesión. Fueron incluidos un total de 77 sujetos, con un predominio (84%) del sexo masculino (n = 65) y la edad media (desviación estándar) de 43,84 (DE=11,25) años, una escolaridad inferior a 8 años (n = 55; 72%), sin compañero (n = 45; 58%) y la mayoría está fuera del mercado de trabajo (n = 49; 64%). Los datos clínicos muestran que los diagnósticos de dependencia química más frecuente fue la dependencia del alcohol (n = 41; 53%) y entre las comorbilidades los trastornos del humor fueron los más frecuentes (n = 17; 22%). La mayor parte de los sujetos de la muestra (80%) utilizaba algún tipo de medicamento (n = 62). Los sujetos fueron agrupados en no-adhesión (n = 9,12%), adhesión a la reducción de daños (n = 18; 23%) y abstinencia (n = 50; 65%). Se identificaron asociaciones significativas entre el grupo en abstinencia con problemas menos graves en las áreas de otras drogas (p = 0,047), alcohol (p = 0,011) y situación social familiar (n = 0,022). El grupo en abstinencia tuvo la presencia significativamente más alta de comorbilidad psiquiátrica (p = 0,004) y se consultaban más con el psiquiatra (p = 0,026). El grupo de reducción de daños se asoció significativamente con menor gravedad en problemas legales (p = 0,04). Las características socio demográficas y la calidad de vida no fueron un predictor de la adhesión, pero las dimensiones de la calidad de vida se correlacionaron negativamente con la gravedad de la dependencia química por medio del ASI6. Por lo tanto, la adhesión al proyecto terapéutico del CAPSad para la abstinencia fue superior en sujetos con comorbilidades psiquiátricas, que se habían consultado con el psiquiatra, y presentaron problemas menos graves en las áreas de la dependencia química de alcohol y otras drogas y en el área social familiar. Sin embargo, se necesitan estudios para evaluar la adhesión al tratamiento en el CAPSad con delineamiento prospectivo.

**Descriptor:** dependencia química, CAPSad, predictores, ASI6, calidad de vida, depresión.

**Título:** Predictores de cumplimiento con proyecto de terapéutica en el centro de atención psicosocial de alcohol y otras drogas

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ASI:** *Addiction Severity Index* (Escala da Gravidade da Dependência)

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSad:** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

**DQ:** Dependência Química

**DSM-IV-TR:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision*  
(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado)

**IRHA:** *International Reduction Harm Association*

**MS:** Ministério da Saúde

**NIDA:** *National Institute on Drug Abuse*

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PT:** Projeto Terapêutico

**QV:** Qualidade de Vida

**QVRS:** Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

**RD:** Redução de Danos

**RS:** Rio Grande do Sul

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**SPA:** Substâncias Psicoativas

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UNODC:** *United Nations Office on Drugs and Crime*

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Quadro</b>	Atividades terapêuticas do PT do CAPSad Reviver e respectiva descrição	32
<b>Tabela 1</b>	Características sociodemográficas e clínicas da amostra e preditores de adesão ao Projeto Terapêutico em CAPSad	39
<b>Tabela 2</b>	Descrição das medicações em uso atual	41
<b>Tabela 3</b>	Associação entre adesão ao tratamento e a gravidade da dependência, qualidade de vida, sintomas depressivos e participação nas atividades do CAPSad	43
<b>Tabela 4</b>	Correlação entre gravidade da dependência química e frequência às atividades	44
<b>Tabela 5</b>	Correlação entre gravidade da dependência química com frequência às atividades do CAPSad	45

Nenhuma entrada de índice de ilustrações foi encontrada.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	14
2.1	DEPENDÊNCIA QUÍMICA	14
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	17
2.3	ADESÃO AO TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	20
2.4	QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	23
2.5	DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	25
2.6	AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	25
<b>2.6.1</b>	<b>A Escala da Gravidade da Dependência 6 (ASI6)</b>	27
<b>2.6.2</b>	<b>Avaliação da qualidade de vida na dependência química</b>	28
<b>2.6.3</b>	<b>Avaliação de sintomas depressivos em dependentes químicos</b>	28
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	30
3.1	OBJETIVO GERAL	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	31
4.1	PROJETO TERAPÊUTICO DO CAPSAD	31
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
4.3	DESFECHOS E FATORES EM ESTUDO	33
4.4	INTRUMENTOS	34
4.5	LOGÍSTICA	36
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	36

4.8	ASPECTOS ÉTICOS	36
5	RESULTADOS	38
6	DISCUSSÃO	46
7	CONCLUSÕES	52
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE PROTOCOLO DE ATIVIDADES DO PROJETO TERAPÊUTICO	64
	ANEXO 1 ESCALA DA GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA – ASI6	65
	ANEXO 2 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	83
	ANEXO 3 WHOQOL-BREF	85
	ANEXO 4 CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ	87
	ANEXO 5 CARTA DE APROVAÇÃO CEP/UFRGS	88

## 1 INTRODUÇÃO

No cenário mundial, o tratamento para o uso indevido de substâncias psicoativas (SPAs) representa uma importante e crescente problemática de saúde pública. As SPAs referem-se às substâncias que atuam no sistema nervoso central e produzem alterações comportamentais, cognitivas e de humor (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 2003). Os transtornos por uso de substâncias são definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª versão - Revisada (DSM-IV-TR) como um padrão desadaptativo de uso de SPAs que implica em grave comprometimento ou sofrimento com significância clínica, em extensa área de funcionamento, que inclui domínios, tais como: o psicológico, o físico, a segurança pessoal, as relações sociais, os papéis e as obrigações de trabalho (APA, 2002).

Dentre os critérios diagnósticos para dependência química (DQ) estão a presença de, pelo menos, três sintomas cognitivos, comportamentais e/ou fisiológicos relacionados à tolerância, abstinência e comportamento compulsivo pelo consumo de determinada SPA. A DQ pode ser de SPA específicas (por ex.: álcool, canabinóides, cocaína), ou de múltiplas SPA (APA, 2002). Trata-se de um problema crônico e recorrente (MCLELLAN et al. 2000; VANDERPLASSCHEN et al., 2004; DENNIS et al., 2005; KELLY et al., 2006; NIDA, 2009) que está associado a consequências negativas nos diferentes domínios da vida (VANDERPLASSCHEN et al., 2004; LAUDET; BECKER; WHITE, 2009), cuja gênese é de origem multifatorial e o curso é influenciado por fatores biopsicossociais (LARANJEIRA; ARAÚJO, 2007).

O relatório mundial sobre drogas de 2010 do United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) estima que entre 172 e 250 milhões de pessoas com idade de 15 a 64 anos, usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2007. Destes, foi estimado que 18 a 38 milhões fizessem uso nocivo ou fossem dependentes (UNODC, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, o consumo drogas implicou em 12,6% das mortes no mundo, sendo que em países de renda baixa e média, representou 11,5% da mortalidade e, em países de renda alta, as taxas aumentam para 19,6% (WHO, 2009).

No Brasil, um estudo realizado nas principais cidades do país identificou que 22,8% dos sujeitos já haviam feito uso de drogas (exceto para álcool e tabaco) na vida, destes, 2,1% eram dependentes. Além disso, apontou um crescimento de cerca de 3% no número de sujeitos que fizeram uso em quatro anos. Em relação à dependência de álcool e de tabaco

respectivamente, 12,3% e 10,1% dos sujeitos foram considerados dependentes (CARLINI et al., 2007).

Portanto, este cenário evidencia a magnitude dos problemas relacionados ao uso indevido de SPAs. Por conseguinte, é complexo e desafiador implementar um modelo tratamento de saúde eficaz para sujeitos com transtornos relacionados ao uso de substâncias, também chamado de dependência química (DQ). A atual política de tratamento para a DQ orienta para um modelo de atenção que apresenta como eixo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas -CAPSad- (BRASIL, 2004a; 2004b). Este é considerado um dispositivo de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) que serve como referência e tratamento para sujeitos que tenham como principal problema a DQ, cuja gravidade e/ou persistência indique a necessidade de cuidados contínuos (BRASIL, 2004b).

Tal dispositivo está em expansão no país (BRASIL, 2011), contudo não há consenso quanto à efetividade deste modelo (REIS; GARCIA, 2008; ALVES, 2009; SILVEIRA; REZENDE; MOURA, 2010; MARQUES; RAINIERI, 2011; GENTIL, 2011). Neste sentido, é essencial que a efetividade desse serviço seja avaliada de forma sistemática e crítica, com base em evidências (PECHANSKY; PINSKY; LARANJEIRA, 2006; MARQUES; RANIERI, 2011; DUAILIBI; VIERA; LARANJEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) orienta que a operacionalização das ações de saúde mental em CAPSad devem ser realizadas por meio do Projeto Terapêutico (PT) que se caracteriza como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, focadas no indivíduo ou no coletivo, a partir da discussão de uma equipe interdisciplinar. O resultado é uma atuação integrada da equipe que valoriza as diferentes dimensões do usuário em seu tratamento, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação (BRASIL, 2009).

Dentre as diretrizes do serviço de atenção psicossocial consta a Redução de Danos – RD - (BRASIL, 2004a; 2004b; 2006). Segundo a *International Reduction Harm Association* (IRHA), RD refere-se a “políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, bem como, as sociais e as econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas” (IRHA, 2010), buscando atenuar o sofrimento e promover o bem-estar individual ou coletivo (MARINHO, 2005). Um constructo que possui interfaces com a RD é a qualidade de vida (QV), cujo paradigma foca-se no bem-estar subjetivo e abrange a satisfação do sujeito sobre sua vida em geral ou em domínios específicos (CUMMINS; LAU; STOKES, 2004; LAUDET; BECKER; WHITE, 2009) e é considerada uma meta a ser alcançada por estas diretrizes (BRASIL, 2004a; 2004b; 2006; BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

Entretanto, ao se abordar sobre atenção de saúde do usuário de álcool e outras drogas, surge um grande desafio: a adesão ao tratamento. Estudos comprovam que há altas taxas de abandono (ELBREDEDER et al., 2011), sendo que entre dependentes de álcool, foi identificada uma adesão (vínculo do usuário ao programa, sem considerar a abstinência) de 30% a um programa ambulatorial multidisciplinar em hospital universitário (GARCIA; MACIEIRA, 2003).

Portanto, a adesão ao tratamento é uma necessidade crítica de saúde pública e o primeiro passo é conhecer os fatores associados na adesão, considerando as atuais políticas públicas para o tratamento de DQ (BROWN et al., 2011). Tendo em vista que os indivíduos respondem diferentemente ao tratamento (NIDA, 2009), este estudo pretende identificar os preditores da adesão ao projeto terapêutico em CAPSad com a finalidade de contribuir na orientação de ações e estratégias para aumentar a adesão ao tratamento.

A motivação para o tema do presente estudo deve-se ao fato de ser enfermeiro de CAPSad e as questões sobre a adesão ao PT são constantes na prática clínica. O CAPSad onde foi realizado este estudo serve como referência ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas da cidade de Caxias do Sul, interior do Rio Grande do Sul (RS), e está em funcionamento desde 2002.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Este Capítulo pretende realizar uma breve revisão da literatura acerca dos principais temas envolvidos com o objeto em estudo.

### 2.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As SPAs produzem efeitos distintos no sistema nervoso central (SNC) e é o uso repetido que pode levar a DQ. Esta é definida como um padrão de uso mal adaptativo caracterizado pelo aparecimento da tolerância e/ou abstinência dessa substância. A tolerância é quando ocorre a necessidade de doses maiores para obtenção do mesmo efeito ou o desaparecimento do mesmo, quando na mesma dose. A síndrome da abstinência é caracterizada pela manifestação de sintomas desagradáveis, tanto físicos como psicológicos, na ausência da substância e o *craving* (“fissura”) como o desejo compulsivo de usar a substância (APA, 2002; KAPLAN; SADOCK; GREEB, 2003). Portanto, esse transtorno é um problema mental que altera o funcionamento cerebral, causando uma perturbação na hierarquia das necessidades e desejos do sujeito, em que a aquisição e o uso da SPA tornam-se prioritárias. Os comportamentos compulsivos substituem a capacidade de controlar impulsos, apesar das consequências negativas devido ao uso da substância (NIDA, 2010a).

As SPAs são classificadas conforme sua atuação no SNC (APA, 2002):

- *Estimulantes*: provocam aumento do estado de vigília e atividade motora, dentre outros. Em doses mais elevadas podem causar sintomas como delírios e alucinações. Inclui a cocaína e seus derivados (crack e merla), anfetaminas (ecstasy – MDMA, Metileno Dióxido Metanfetamina) e o tabaco;
- *Depressoras*: causam sonolência e lentificação psicomotora, dentre outros. Inclui o álcool, heroína, sedativos e hipnóticos;
- *Perturbadoras*: causam mudanças qualitativas no funcionamento do SNC. Delírios, ilusões e alucinações são produzidos por essas drogas. Estas drogas mimetizam psicoses. Inclui canabinóides (como a maconha e haxixe), os solventes/inalantes orgânicos (como a cola de sapateiro) e o LSD (ácido lisérgico).

Em outra classificação das SPAs, considera-se a legalidade de sua disposição. Nesta estão às lícitas e as ilícitas. Estudos populacionais têm identificado o amplo uso de SPA lícitas na população brasileira. O I Levantamento Domiciliar realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apontou que o uso de álcool foi o prevalente (68,7%), seguido pelo tabaco (41,1%) (GALDURÓZ et al., 2005). Em 2005, no II Levantamento Domiciliar sobre o uso de SPA realizado nas 108 cidades do país com mais de 200 mil habitantes em uma amostra representativa, apontou o crescimento do percentual de uso de álcool (74,6%) e de tabaco na vida (44%), porém, este aumento não apresentou significância estatística (CARLINI et al., 2007).

A DQ do álcool tem apresentado altas taxas percentuais em estudos populacionais, variando entre 12,3% (CARLINI et al., 2007) a 9% no I Levantamento Nacional sobre Padrões do Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA et al., 2007). Este transtorno é prevalente entre os homens jovens, com idade entre 18 e 24 anos (CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007). O padrão de consumo de álcool foi analisado em inquérito populacional, realizado em 2005, envolvendo uma amostra representativa da população urbana brasileira. Este estudo identificou que 86,7% já fizeram uso de álcool e que, dentre estes, 4,9% usavam-no regularmente três ou mais vezes por semana (BASTOS; BERTONI; HACKER 2008).

A dependência do álcool é determinada pela presença de sintomas de tolerância e de abstinência que inclui sintomas psicológicos, tais como: a ansiedade, o cansaço e as alucinações; e os físicos, como: tremor, sudorese, taquicardia e sintomas gastrintestinais (APA, 2002). As complicações do uso de álcool são decorrentes tanto de seu uso crônico como de seu uso agudo, sendo causa para doenças hepática, cardiovasculares, nutricionais, neurológicas e hematológicas. Nos casos de maior gravidade, podem ocorrer convulsões, *delirium* e a síndrome de Wernicke-Korsafoff (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 2003).

Quanto aos psicofármacos consumidos sem prescrição médica no primeiro levantamento (GALDURÓZ et al., 2005), os de maior prevalência foram os benzodiazepínicos (3,3%) e os estimulantes (1,5%). No segundo levantamento, os benzodiazepínicos (5,6%) e os estimulantes (3,2%) continuaram sendo os prevalentes; no entanto, estes últimos foram os únicos que apresentaram um aumento de uso na vida estatisticamente significativo (CARLINI et al., 2007).

Em relação às SPAs ilícitas o I Levantamento Domiciliar, o seu uso foi identificado em 19,4% da amostra (GALDURÓZ et al., 2005). A maconha (6,9%) e os solventes (5,8%)

foram as SPA apontadas como mais utilizadas, seguidas pela cocaína (2,3%), pelo crack (0,4%) e pela heroína (0,1%). No II Levantamento Domiciliar, o uso de SPA subiu para 22,8%, sendo que a maconha (8,8%) e o solvente (6,1%) permaneceram como as de maior frequência (CARLINI et al., 2007). O uso na vida de crack duplicou, o de cocaína aumentou (2,9%) e o de heroína (0,1%) permaneceu o mesmo em relação ao inquérito de 2001. O uso na vida dessas SPA foi maior entre os homens (13,2%) do que entre as mulheres (5%), e entre jovens na faixa etária de 16-24 anos (11,7%) e de 25-36 anos (12,1%) (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

O tratamento da DQ é ainda hoje um desafio e, apesar dos avanços da farmacologia e dos conhecimentos acerca da fisiopatologia da DQ, o tratamento requer uma equipe multidisciplinar com terapias que incluem psicofármacos e abordagem psicossocial, como psicoterapias individuais e em grupo, com a família, terapia ocupacional e de reinserção no mercado de trabalho (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Em geral, o tratamento da DQ divide-se em três etapas: a desintoxicação, a prevenção da síndrome de abstinência e a fase da manutenção (prevenção de recaída) (CARVALHO, 2006). As abordagens de tratamento para DQ são as seguintes: médico-farmacológicas (incluem hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças relacionadas à dependência, tratamento psiquiátrico convencional, etc); abordagens psicossociais (entrevista motivacional, prevenção de recaída, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia familiar, etc); abordagens socioculturais (comunidades terapêuticas e grupos de auto-ajuda: Narcóticos Anônimos - NA e Alcolicos Anônimos - AA); e intervenções baseadas em abordagens religiosas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Entre os medicamentos apontados como eficazes para a dependência do álcool estão tiaminas, acamprosato, naltrexone, anticonvulsivantes, antidepressivos, benzodiazepínicos, ondansetron,  $\beta$ -bloqueadores e dissulfiram (CARVALHO, 2006). Para a cocaína, podem ser utilizado a carbamazepina, os agonistas dopaminérgicos e os antidepressivos. No entanto, nenhum medicamento mostrou-se eficaz para tratamento dos sintomas de abstinência e/ou para o comportamento de busca da substância. Algumas medicações como: ecopipam (bloqueador de receptores de dopamina), citicolina (utilizada no tratamento de membranas lesadas), aspirina e a vacina anticocaína ainda estão em estudo para farmacoterapia da dependência de cocaína (CARVALHO, 2006).

A DQ é uma doença que frequentemente é associada a outros transtornos psiquiátricos (por ex.: transtornos do humor, transtorno de ansiedade generalizada) (ZALESKI et al., 2006).

Por vezes, outras doenças mentais podem preceder a DQ, ou o abuso de drogas pode desencadear ou agravar transtornos mentais, particularmente, em indivíduos com vulnerabilidades específicas (NIDA, 2010b). A presença de comorbidade é explicada por fatores em comum entre esses transtornos, como: a vulnerabilidade genética, substrato neural afetado, origem subjacente, além do meio-ambiente e do estilo de vida, associado ao pior prognóstico (LANGAS; MALT; OPJORDSMOEN, 2011).

Uma complicação importante para o tratamento para a DQ associada à comorbidade é o potencial do álcool ou do uso de drogas em prejudicar os esforços de intervenção psicoterapêutica e farmacológica para ambos transtornos (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 2003). Uso de álcool e drogas pode causar ou agravar sintomas de depressão, quer através de efeitos diretos (por exemplo: álcool, sedativos), quer durante estados de abstinência (por exemplo: cocaína, anfetaminas). O uso de substâncias também pode comprometer a eficácia das intervenções farmacoterápicas, causando efeitos secundários graves, potencializando os efeitos de alguns medicamentos psicotrópicos (aumentando assim o risco de overdose) e diminuindo a adesão aos esquemas de medicação (NIDA, 2010b).

Os principais modelos de tratamento das comorbidades referem-se aos sequenciais, paralelos ou integrados. O modelo sequencial define que um transtorno deve ser tratado antes do outro e, geralmente, pode ser mais vantajoso nos casos em que parece claro que uma das patologias é secundária a outra. O tratamento paralelo é realizado por serviços independentes e tem a vantagem de contar com especialistas em cada uma das áreas. Contudo, pode ser benéfico que apenas um terapeuta gerencie o tratamento, para organizar um plano terapêutico e para definir as prioridades (ZALESKI et al., 2006).

De fato, a discussão em torno dos fatores determinantes da DQ e seu tratamento ressalta a confluência de fatores biológicos, psicológicos e sociais, com delineamento de modelos explicativos complexos. No entanto, ainda não há consenso na comunidade científica (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A reforma psiquiátrica caracteriza-se por um movimento mundial que se “move” conforme as condições próprias de cada terreno (FONSECA; ENGELMAN; PERRONE, 2007). Nas Américas, a Declaração de Caracas foi o marco no processo da reforma

psiquiátrica que projetou a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais (OMS/OPAS, 1990). Em 1992, com a Lei Estadual nº 9.716, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica, ficavam proibidas a construção e a ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados. Essa lei determinava a criação de serviços assistenciais de atenção sanitária e social, bem como, a decisão de que toda internação psiquiátrica compulsória deveria ser comunicada no prazo de 24 horas ao Ministério Público (BRASIL, 1992).

No Brasil, os movimentos determinantes para a implantação de políticas de saúde mental foram o Projeto de Lei nº 3.657 em 1987 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O projeto de lei propunha basicamente um sistema de rede de assistência extra-hospitalar, com progressiva extinção dos leitos de característica manicomial e comunicação compulsória das internações involuntárias (TONINI; KANTORSKI, 2007). O SUS, tendo como princípios constitucionais a universalização (todos os cidadãos têm direito à saúde), a integralidade (o cidadão deve ser atendido em todas as suas necessidades), a equidade (distribuição dos recursos do sistema de saúde de forma atenta às desigualdades existentes) e o controle social (a sociedade controla a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros), para garantir o acesso a todos os indivíduos (GASTAL et al., 2007).

A reforma psiquiátrica brasileira foi legalizada pela Lei 10.216 e, então, disposta em lei, que o modelo biomédico fosse convertido para o modelo substitutivo, não-asilar (BRASIL, 2002a). Outro movimento importante foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001 que, entre suas deliberações, consolidou a implementação de dispositivos extra-hospitalares (BRASIL, 2002b).

No ano de 2002, a Secretaria Estadual do RS, propõe uma rede de saúde mental, composta pela atenção primária, tendo a Unidade Básica de Saúde como referência para o desenvolvimento de ações para a promoção da prevenção, do tratamento e da reabilitação em saúde mental (RS, 2002). Como parte da rede, a atenção especializada serve como referência para apoio da atenção primária em saúde. Entende-se como atenção especializada, serviços como: os ambulatórios gerais e especializados, os hospitais-dia, os setores de urgência e emergência em saúde mental, os leitos em unidade psiquiátrica de hospital geral, os serviços de residência terapêutica e os CAPS (HIRDES, 2009). Neste mesmo ano, a Portaria GM/336 e a Portaria nº 189/02, estabeleceram as normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental e regulamentaram a criação de CAPS no âmbito do

SUS (BRASIL, 2002a), sendo que, para os sujeitos com DQ é indicado o CAPSad (BRASIL, 2004b).

A atenção para álcool e outras drogas tradicionalmente era abordada em uma perspectiva predominantemente biomédica a qual associava o problema a práticas antissociais, cujo tratamento baseava-se em um modelo restritivo, focado na exclusão dos usuários do convívio social e com repercussões estigmatizantes. Nessa ótica, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas eram menos valorizadas, porém, elas são evidentes para compreensão integral do problema (BRASIL, 2004a). O paradigma biomédico restringia o estado de saúde-doença exclusivamente à dimensão biológica. Assim, as intervenções eram focadas nessa dimensão, negligenciando as demais, como a subjetividade e a singularidade (CAMPOS; AMARAL, 2007). Por outro lado, a atenção psicossocial, pautada nos ideais da reforma psiquiátrica, contempla as dimensões psíquicas, socioculturais do processo saúde-doença, considerando a singularidade e a integralidade dos sujeitos. Nessa perspectiva, busca-se resgatar os direitos de cidadania através de ações éticas e terapêuticas de equipe interdisciplinar (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Nesse contexto, a atual política pública para “Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas” orienta que o cuidado deve contemplar a integralidade, respeitar a singularidade dos sujeitos, e que estes precisam se corresponsabilizar no tratamento. Esta política, define que o tratamento em CAPSad deve se basear na redução de danos (RD), ou seja, a abstinência não é a meta principal (BRASIL 2004a). A RD refere-se ao conjunto de ações que tem como finalidade diminuir os danos decorrentes do uso/abuso de SPAs (NARDI; RIGONI, 2005). Parte das premissas que não existem sociedades livres de drogas e que a diminuição dos prejuízos causados pelas substâncias, buscando atenuar sofrimento e promover o bem-estar individual ou coletivo, devem ser o objetivo (MARINHO, 2005).

O MS orienta que as ações de saúde mental em CAPSad devem utilizar-se do Projeto Terapêutico. As atividades que podem compor o PT referem-se a atendimentos individuais (por exemplo: medicamentos, psicoterapias), atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004b). O PT permite operacionalizar as diretrizes das atuais políticas públicas, proporcionando, assim, um *setting* cujo cuidado se foca em melhorar a qualidade de vida e em evitar inúmeras reinternações (MÂNGIA; BARROS, 2009).

O PT em CAPSad é construído pelo profissional de referência com a participação do usuário e, segundo a Portaria GM/336, poderá ser na modalidade intensiva, semi-intensiva ou

não-intensiva<sup>1</sup> (BRASIL, 2004b). Entretanto, essa construção inicia a partir de discussão e atuação integradas em reuniões da equipe multidisciplinar (CUNHA, 2005).

As intervenções do PT devem ser específicas para cada sujeito, abranger o seu contexto sociofamiliar, promover a autonomia e a inclusão social, contemplando as necessidades singulares de cada indivíduo (CUNHA, 2005). Ampliando, assim, as intervenções focadas estritamente ao tratamento de sintomas, para uma terapêutica que abrange as demais dimensões de vida do sujeito em interação com o seu contexto. Essa prática envolveria também a rede de apoio, a participação do sujeito no tratamento, o cuidado continuado, além de ações dialógicas (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006). Dessa forma, o profissional de referência deve articular e potencializar redes de cuidado entre o sujeito e sua conjuntura de apoio/familiar (OLIVEIRA, 2007).

Nesse contexto, a atual política pública para álcool e outras drogas orienta que cada CAPSad poderá direcionar seus projetos terapêuticos a práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica (BRASIL, 2004b). E por meio do Art. 23, Inciso III, da Lei nº 11.343 de 2006, define que esse projeto deve ser orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2006).

Essa conceitualização de PT demonstra ser ampla e abrange as diferentes dimensões do sujeito. No entanto, qual o é o resultado do PT como estratégia na atenção para DQ? O que determina a adesão ao PT? Até o momento, inúmeros estudos contemplam os aspectos históricos e teóricos da reforma psiquiátrica no Brasil, no Rio Grande do Sul e em alguns municípios (PASSOS, 2003). Porém, estudos atuais que avaliem o impacto das políticas de saúde vigentes na eficácia de serviços que prestam assistência na DQ ainda são escassos (GASTAL et al., 2007).

### 2.3 ADESÃO AO TRATAMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A adesão é um dos principais determinantes da eficácia do tratamento (WHO, 2002) e representa o sucesso no controle de uma doença crônica (GUSMÃO; MION, 2006; NEMES

---

<sup>1</sup> Essas modalidades caracterizadas conforme o número de atendimentos que constam no PT do usuário: *intensivo* - atendimento diário; *semi-intensivo* - até 12 atendimentos por mês; e *não-intensivo* - até três atendimentos por mês (BRASIL, 2004b).

et al., 2009). Na efetividade de tratamento ambulatorial para DQ, a adesão foi apontada como um dos pontos críticos (RIBEIRO, 2010) e que pode ser determinada pelas características dos sujeitos, pela interação deste com o profissional e pelo tipo de atendimento (WHO, 2003; NIDA, 2009). Assim, estudar a adesão para se identificar as variáveis associadas aos sujeitos que se beneficiam com determinada modalidade terapêutica mostra-se fundamental.

Primeiramente, é necessário clareza na definição de adesão. O projeto de adesão à terapia de longa duração da OMS (*Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action*) (WHO, 2003) adotou uma mescla das definições de adesão de Haynes (1979) e Rand (1993) considerando-a como a medida com que o sujeito muda seu comportamento, por exemplo, seguindo uma dieta, modificando seu estilo de vida, de acordo com recomendações dos profissionais de saúde. É enfatizado que o sujeito concorde com essas recomendações, diferenciando, assim, o termo adesão (*adherece*), de obediência (*compliance*), pois este segundo não considera participação do sujeito no tratamento. Ambos os termos têm sido utilizados aleatoriamente em pesquisas (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000; WHO, 2003,).

Considera-se essa definição da OMS adequada para fundamentar pesquisas que abordam adesão na DQ, haja vista a natureza crônica desse problema. Sabe-se que para o alcance de resultados positivos no seu tratamento são necessárias mudanças de comportamento. No entanto, não há um consenso entre os autores sobre o significado de adesão.

Estudos nacionais de natureza quantitativa que abordaram a adesão na área da DQ têm utilizado o conceito de adesão alternadamente. Uma pesquisa sobre os motivos de abandono ao tratamento em um programa para dependentes de álcool, considerou adesão como a participação mínima de 8 atendimentos (GARCIA; MACIERA, 2003). Em outro estudo, a adesão indicava a permanência no tratamento por 6 meses ou mais, e a “não-adesão” a quando o tempo de tratamento era inferior a 1 mês (SILVA et al., 2003). Em outra investigação, a adesão referiu-se a permanência em tratamento em até 6 meses e se o tempo de permanência fosse maior a adesão era qualificada como superior (RIBEIRO et al., 2008).

Semelhantemente, essa definição tem sido utilizada em estudos realizados em CAPSad, sendo a “adesão” considerada a permanência mínima de três meses (PEIXOTO, et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011). Entretanto, os estudos não especificaram o total de atividades frequentadas pelos sujeitos e, neste caso, essa informação faz-se importante devido às características do CAPSad, em ser um serviço aberto, não possibilitando identificar o

comparecimento real dos sujeitos no tratamento (por exemplo: permanecer em tratamento significa comparecer a pelo menos quatro atividades por mês).

Contudo, o comparecimento ao tratamento (*treatment attendance*) refere-se simplesmente à presença física nos atendimentos, em continuar comparecendo nas sessões e a não abandonar o tratamento (GOGEL et al., 2010). No entanto, quando adesão é definida dessa forma não pode ser um indicador da eficácia do tratamento. Tendo em vista que um elevado grau de frequência ao tratamento não reflete, necessariamente, a capacidade do tratamento em alcançar resultados esperados (CORRAO et al., 1999). É preciso, portanto, distinguir claramente entre os conceitos de adesão e abandono do tratamento, para possibilitar a comparação de resultados de estudos que abordam um ou outro conceito (WHO, 2003).

A adesão ao tratamento também tem sido definida na área da DQ de forma mais abrangente. Um estudo considerou-a como seguir o projeto de tratamento formulado pela equipe de saúde com a participação do sujeito, porém, sem considerar as mudanças de comportamento (BROWN et al., 2011). Uma investigação qualitativa sobre adolescentes em tratamento em CAPSad, considerou a adesão como favorecimento à mudança no comportamento em relação ao uso de SPA, que era resultante do estabelecimento de vínculo dos sujeitos em tratamento com a equipe de saúde e do comprometimento de ambos no projeto terapêutico (VASTERS; PILLON, 2011). Nesta, a adesão foi relacionada somente ao consumo de SPA, mas adesão se legitima quando se considera a possibilidade de melhora diante do seguimento do tratamento, das características do tratamento, do sujeito e do problema (SCADUTO; BARBIERI, 2009). Isto é, o alcance de resultados positivos depende de fatores associados ao sujeito e ao tratamento (NIDA, 2009). Desta forma, é necessário avaliar precisamente o comportamento de adesão para garantir que as mudanças nos resultados de saúde possam ser atribuídas à terapêutica recomendada (WHO, 2003). Portanto, a conceitualização de adesão na DQ deve abranger as diferentes áreas da vida do sujeito, tendo em vista a complexidade do problema.

Assim, adesão neste estudo é definida como mudança de comportamento diante da participação no tratamento, aderir representa a eficácia do mesmo para aquele sujeito. Em outras palavras, refere-se ao êxito que o sujeito alcançou ao participar de determinado tratamento. Por outro lado, não-aderir significa que o sujeito frequentou, mas não obteve resultados positivos, indicando, assim, que o tratamento não foi eficaz.

## 2.4 QUALIDADE DE VIDA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A utilidade da avaliação da qualidade de vida (QV) tem sido reconhecida especialmente quando se trata de doenças crônicas como a DQ (LAURENT et al., 2006; KAROW et al., 2008), sendo um dos critérios para definir a eficácia do tratamento (MORGAN et al., 2003, MAEYER; VANDERPLASSCHEN; BROEKAERT, 2009; RIBEIRO, 2010). Tendo em vista que sujeitos com DQ apresentam QV pior do que a população geral (LUTY; AROKIADASS, 2008), mensurá-la pode fornecer uma avaliação acurada e ampla dos desfechos de saúde que podem estar relacionados com o tratamento (FOSTER et al., 1999).

O alcance da melhor QV deve tornar-se uma importante meta da terapêutica, cujo sucesso em “curar” é limitado (KAROW et al., 2008). A QV é considerada um indicador na avaliação diagnóstica e de resultados, pois amplia a perspectiva para além das conseqüências diretas do uso de SPAs, abrangendo a subjetividade. Além disso, identifica dimensões de vida que não são contemplados pelas medidas tradicionais de sintomas (DONOVAN et al., 2005; LAURENT et al., 2006, KAROW et al., 2008, LAUDET, BECKER; WHITE, 2009; MAEYER; VANDERPLASSCHEN, BROEKAERT, 2010). A QV pode ser um preditor de prognóstico e de remissão da doença, porém a avaliação sistemática como indicador na monitoração dos resultados ainda é escasso (KAROW et al., 2008; LAUDET; WHITE, 2008; LAUDET; BECKER; WHITE, 2009).

Assim, a avaliação da QV pode ser utilizada para adaptar as políticas de tratamento para DQ (MAEYER; VANDERPLASSCHEN; BROEKAERT, 2010). Isto é, conhecer os determinantes que estão associados aos altos escores de QV, poderá orientar as políticas públicas e aprimorá-las (CARR; GIBSON; ROBINSON, 2001). Além disso, investigar essas questões tem implicações significativas na assistência em saúde, pois intervenções focadas na QV podem proporcionar aos sujeitos algo que valorizem, reforçando assim, o compromisso com a remissão (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009).

Apesar da crescente importância da QV como resultado válido para a DQ, há barreiras que dificultam avanços na área. A mais evidente refere-se à indistinção conceitual entre “estado de saúde” e QV (ZUBARAN et al., 2009). Portanto, é preciso distinguir estes constructos, para se estabelecer o que, de fato, objetiva-se investigar (MOONS; BUDTS; GEEST, 2006; MAEYER; VANDERPLASSCHEN; BROEKAERT, 2010) e desta forma utilizar consistentemente os resultados de pesquisa que abordem um conceito ou outro.

Quando se objetiva estudar o estado de saúde, utiliza-se a terminologia de “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) que representa a percepção do sujeito sobre ausência da doença (CUMMINS; LAU; STOKES, 2004; MOONS; BUDTS; GEEST, 2006). Portanto, este constructo reflete o paradigma centrado na patologia (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009) e mensura os efeitos de uma doença na capacidade funcional nas atividades de vida diária do sujeito, com especial atenção para as limitações físicas, psicológicas e sociais (BURGESS et al., 2000; WIKLUND, 2004). Tal conceito contrasta fortemente com bem-estar subjetivo ou com a QV subjetiva (MOONEY, 2006).

Por outro lado, a QV global ou geral reflete o paradigma centrado no bem-estar subjetivo. Essa conceitualização abrange a satisfação do sujeito sobre sua vida em geral ou sobre domínios específicos (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009, CUMMINS; LAU; STOKES, 2004). A QV global é mais ampla do que a QVRS, pois além das dimensões tradicionais - física, psicológica e social de saúde – inclui fatores como segurança ambiental e oportunidade de recreação e lazer, ou seja, o contexto de vida (BONOMI et al., 2000). Portanto, trata-se de uma perspectiva holística e multidimensional da QV (CUMMINS; LAU; STOKES, 2004) que desvia o foco da limitação no funcionamento de bem-estar (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009).

Dentre as conceitualizações amplas de QV está a da OMS. Esta a caracteriza como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1995, p.1405). A definição do DSM-IV-TR de DQ inclui estes aspectos, em certa medida, uma vez que cinco dos nove itens inclui consequências sociais, familiares, profissionais e ocupacionais do consumo de SPAs (LAURENT et al., 2006). O que demonstra o estreitamento entre a definição da QV global com a de DQ.

Entretanto, até o momento, a maior parte da pesquisa sobre a QV, especialmente na DQ, tem utilizado a conceitualização QVRS (DONOVAN et al., 2005; PYNE et al., 2008). Este fato mostra uma falha em identificar se os sujeitos com DQ estão satisfeitos com aspectos importantes de sua vida. No entanto, para direcionar este âmbito para um modelo mais amplo de saúde, é necessário considerar as múltiplas dimensões da QV entre seus principais resultados (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009).

O amplo constructo da QV tem assumido crescente importância na pesquisa na DQ. Principalmente após a década de 2000, este fato pode ser constatado por meio das publicações internacionais que adotam o conceito global de QV (por exemplo: DUNAJ;

KOVÁČ, 2003; BIZARRI et al., 2005; PAL et al., 2007; PADAIGA; SUBATA; VANAGAS, 2007 ; LAWRIKSON et al., 2008; NAJAFI et al., 2009; LAUDET; STANICK, 2010); além de publicações nacionais (por exemplo: LIMA et al., 2005; CASTRO et al., 2007; LIMA; ROSSINI; REIMÃO, 2008; CASTRO; MATSUO; NUNES, 2010).

## 2.5 DEPRESSÃO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A coexistência de transtorno psiquiátrico na DQ é maior do que na população em geral (GRANT et al., 2004; COMPTON et al., 2007). Dentre estes, a depressão tem sido identificada como prevalente em estudos epidemiológico e em amostras clínicas (JANELLOPIS; MATYTSINA, 2006; JOHNSON et al., 2006; HEPNER et al., 2009; PORTUGAL, CORRÊA; SIQUEIRA, 2010). Em sujeitos com DQ este transtorno está associado a pior QV (LAURENT et al., 2006; CASTRO et al., 2010,) e a significativas implicações clínicas (KIRCHNER et al., 2002; DAUGHTERS et al., 2008). Além disto, a maior intensidade dos sintomas depressivos está associada também à maior gravidade da DQ (KESSLER et al., 2008).

Desta forma, é fundamental identificar e tratar esse transtorno concomitantemente a DQ para o sucesso da terapêutica (DAUGHTERS et al., 2008; HEPNER et al., 2009). Além disso, estudos evidenciaram que a depressão ou os sintomas depressivos constituem um risco significativo para a recaída no uso de SPA (LANDHEIM; BAKKEN; VAGLUM, 2006; CURRAN et al., 2007; DINGLE; KING, 2009) e o tratamento integrado para esses transtornos demonstrou melhores resultados (KOLODZIEJ et al., 2008). Nesta perspectiva inúmeros pesquisadores reconheceram a importância de direcionar esforços terapêuticos para esse quadro clínico (DAUGHTERS et al., 2008; MARKOWITZ et al., 2008). Entretanto, a depressão usualmente não é adequadamente diagnosticada e tratada em centros de tratamento para DQ (DAUGHTERS et al., 2008).

## 2.6 AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A avaliação do tratamento na DQ é comumente realizada de forma diferente comparada a outros problemas crônicos. Entretanto, os fatores associados na etiologia, curso e

resposta ao tratamento da dependência são semelhantes aos demais problemas crônicos (MCLELLAN, et al., 2000; MCLELLAN, 2002; WHITE; BOYLE; LOVELAND, 2002). As taxas de recaída evidenciam essa semelhança, por exemplo: Diabetes Melito Tipo 1 é entre 30 a 50%, hipertensão arterial sistêmica de 50 a 70%, asma entre 50 a 70% e na DQ é de 40 a 60%. Porém, quando um indivíduo hipertenso está em tratamento e consegue reduzir sintomas, até mesmo quando há reincidência diante da interrupção do tratamento, este não é considerado mal sucedido. Já na DQ quando há recaída no uso de SPA, muitas vezes, o tratamento é considerado um fracasso (NIDA, 2009). Contudo, dado a similaridade da cronicidade desses problemas, o tratamento deveria ser avaliado da mesma forma (MCLELLAN, 2002; MCLELLAN et al., 2005).

Entretanto, o sucesso do tratamento para DQ tem sido considerado restritamente como a abstinência de SPA (MILLER; FLAHERTY, 2000; MCLELLAN, 2002; VANDERPLASSCHEN et al., 2004). Uma meta-análise de 34 ensaios clínicos randomizados que investigou a eficácia de intervenções psicossociais nessa área, considerou como desfecho a abstinência (DUTRA et al., 2008), desconsiderando, assim, a perspectiva de cuidados continuados (MCLELLAN, 2002; VANDERPLASSCHEN et al., 2004).

A adesão ao tratamento é simultaneamente influenciada por variáveis relacionadas aos sujeitos, aos fatores socioeconômicos, ao sistema e/ou equipe de saúde e as características da doença (NEMES, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; WHO, 2003). Embora, usualmente o objetivo imediato do tratamento seja a redução do uso de SPA, raramente é suficiente para garantir resultados positivos em longo prazo (MCLELLAN et al., 2005). Desta forma, um tratamento eficaz deve atender as múltiplas necessidades do sujeito e não apenas ao abuso de drogas (NIDA, 2009). Assim, os resultados do tratamento também devem considerar variáveis relacionadas ao comportamento de uso de SPAs e as diferentes dimensões de vida (FINNEY, 2003).

Faz-se necessário, então, avaliar a adesão ao tratamento (WHO, 2003; NEMES et al., 2009), assim como os fatores que a influenciam (WHO, 2003), porém, não há padrão-ouro para realizar essa mensuração (DUTRA et al., 2008). A aplicação de questionários padronizados de autorrelato que incluem o desfecho clínico é o meio factível de avaliação (NEMES et al., 2009) e, no âmbito da DQ, são os mais utilizados com evidências de validação (SÁNCHEZ-HEVÁS et al., 2009).

Existem, em nossos meio, instrumentos adaptados e validados transculturalmente que abrangem as diferentes dimensões de vida do sujeito afetadas pela DQ, como: a Escala de

Gravidade de Dependência (ASI) (MCLELLAN et al., 1980; MCLELLAN et al., 2006; KESSLER et al., 2007), o *World Health Organization Quality of Life*-breve (WHOQOL-Bref) (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al., 2000), e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998; BECK; STEER, 2000). Estes instrumentos serão apresentados a seguir.

### **2.6.1. A Escala da Gravidade da Dependência 6 (ASI6)**

A Escala da Gravidade da Dependência (*Addiction Severity Index* – ASI) é uma entrevista semi-estruturada que caracteriza e quantifica os problemas comumente associados com a DQ (MCLELLAN et al., 1980; MCLELLAN et al., 2006; KESSLER et al., 2007). A ASI pondera a gravidade dos problemas em sete áreas: médica, ocupacional, aspectos legais, sociofamiliares, psiquiátricos, uso de álcool e uso de outras drogas. Esta estrutura caracteriza a multidimensionalidade da ASI, o que permite uma avaliação global do indivíduo (MCLELLAN et al., 2006; KESSLER et al., 2010; CACCIOLA et al., *in press*). Esta escala é considerada o atual padrão-ouro em avaliações na DQ (FOSTER, 2006; MURPHY et al., 2010). Trata-se do instrumento mais amplamente utilizado em pesquisa e o indicador de resultados mais comumente utilizado em tratamentos para DQ (AHMADI et al., 2006).

A sexta versão deste instrumento (ASI6) foi adaptada e validada transculturalmente para o contexto brasileiro (KESSLER et al., 2007; KESSLER, 2010). Esta versão possui questões objetivas: o número, a extensão e a duração dos sintomas durante toda a vida do indivíduo, 30 dias que antecedem a entrevista e nos últimos 6 meses; e dados subjetivos: a percepção do sujeito quanto à gravidade dos problemas atuais e à necessidade de tratamento em cada área (KESSLER et al., 2007; CACCIOLA et al., *in press*). Um recente estudo evidenciou a confiabilidade, validade concorrente, além das propriedades psicométricas de cada área da ASI, o que reforçou sua multidimensionalidade (CACCIOLA et al., *in press*).

A ASI6 também tem a finalidade de avaliar a efetividade do tratamento para DQ (MCLELLAN et al., 2006). Uma meta-análise de avaliação da eficácia de intervenções psicossociais na DQ reportou que este instrumento foi o predominantemente utilizado (DUTRA et al., 2008). Evidências indicam que esta escala é uma ferramenta eficaz para identificação dos preditores de recaída e de adesão ao tratamento (HARAGUCHI et al., 2009).

### 2.6.2 Avaliação da qualidade de vida na dependência química

As medidas de questionários de auto-relatos sobre QV fornecem importantes informações sobre os problemas que o sujeito vivência, porém, é necessário atentar-se, na escolha do instrumento, pois a inadequação na escolha deste é uma das barreiras nos estudo de QV (ZUBARAN et al., 2009). Para não incorrer em erros metodológicos quanto ao o que se pretende avaliar - QV global ou QVRS - é necessário optar por questionário correspondente a cada constructo (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009).

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a QVRS, estão os questionários *Medical Outcomes Study - Short Form* (MOS- SF), ou seja, o SF-12, SF-20 e o SF-36 (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009; MAEYER; VANDERPLASSCHEN; BROEKAERT, 2010). Este último é o mais utilizado nestas investigações (DONOVAN et al., 2005; PYNE et al., 2008; LAUDET; BECKER; WHITE, 2009). Já dentre os instrumentos para avaliação da QV global ou geral, está o WHO-QoL-100 e sua versão abreviada o WHOQOL-BREF (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009; MAEYER; VANDERPLASSCHEN; BROEKAERT, 2010).

Tanto o WHOQOL como o MOS-SF são instrumentos “genéricos” e multidimensionais. São genéricos pela sua aplicabilidade em diferentes populações e patologias, além de possibilitar a comparação entre distintos grupos, e multidimensional por serem estruturados em domínios específicos, o que permite pontuar individualmente cada dimensão dos constructos avaliados (MAEYER; VANDERPLASSCHEN; BROEKAERT, 2010). Entretanto, o WHOQOL-BREF nitidamente é uma ferramenta promissora na investigação em DQ que é mais útil do que o SF-36 devido as dimensões que abrange (FOSTER, 2006).

Desta forma, optou-se por aplicar neste estudo o questionário da OMS para avaliar a qualidade de vida - o WHOQOL - e, por conseguinte, adotar a conceitualização global ou geral da QV.

### 2.6.3 Avaliação de sintomas depressivos em dependentes químicos

Para avaliação de sintomas depressivos existe o Inventário de Depressão de Beck - BDI (*Beck Depression Inventory*). Trata-se de um instrumento de auto-relato que avalia quantitativamente a intensidade dos sintomas da depressão (BECK et al., 1961 ). Trata-se de

um instrumento amplamente utilizado em pesquisas, que se mostrou eficaz para rastreamento de depressão em dependentes químicos (MCPHERSON; MARTIN, 2010) e que foi validado no contexto brasileiro (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

Tendo em vista essa consistente importância da comorbidade de depressão na DQ, decidiu-se avaliá-la dentre os indicadores da adesão. Considerando-se que a ausência de sintomas de depressão indica a adesão e, por outro lado, a presença da mesma indica não-adesão.

### **3 OBJETIVOS**

A partir da problemática exposta acerca da adesão ao tratamento de sujeitos com DQ, além da lacuna em estudos sobre CAPSad, elaborou-se os objetivos que serão descritos a seguir.

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Identificar os preditores de adesão ao projeto terapêutico relacionado à dependência química em usuários de CAPSad.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar as características sociodemográficas que influenciam na adesão ao projeto terapêutico.
- Identificar o tipo de substância, presença de comorbidades, intensidade de sintomas depressivos e grau da dependência como preditores de adesão ao projeto terapêutico.
- Relacionar a associação da adesão ao projeto terapêutico com a qualidade de vida atual do usuário.

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo em que se comparou dados relativos aos 30 dias anteriores a avaliação com os últimos 6 meses. A amostra e a coleta de dados desse tipo de pesquisa são definidas após a ocorrência dos desfechos. Visa descrever a incidência de determinados desfechos e analisar a associação destes com os seus preditores (HULLEY et al., 2008).

O campo de estudo foi o CAPSad Reviver situado em Caxias do Sul, cidade do interior do Rio Grande do Sul. Este é um serviço do SUS que serve como referência para o tratamento de adolescentes, adultos e idosos com problemas decorrentes do uso de SPA para todo o território de Caxias do Sul. De acordo com o último censo, a cidade possui 435.564 habitantes em uma área territorial de 1.644.302 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 264, 89 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). O CAPSad está situado a cerca de 4 km do centro da cidade.

A equipe multidisciplinar do CAPSad Reviver é composta por: 3 assistentes sociais, 2 enfermeiros, 2 médicos clínicos e 2 psiquiatras, 1 musicoterapeuta, 2 artistas plástico, 1 arteterapeuta, 3 psicólogas (uma com cargo administrativo) e 4 técnicos de enfermagem. Os profissionais de nível superior que atuam como profissional de referência são enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Os profissionais de referência e os técnicos de enfermagem possuem vínculo empregatício estatutário, com carga horária semanal de 33 e 36 horas, respectivamente. Os médicos são celetistas com contrato de trabalho de 20 horas semanais. Os demais profissionais de nível superior (musicoterapeuta, artistas plástico, arteterapeuta) são cooperados com cargas horárias variadas e são chamados de “oficineiros” neste serviço. Atualmente, cerca de 1.000 usuários estão vinculados<sup>2</sup> ao serviço.

### 4.1 PROJETO TERAPÊUTICO DO CAPSAD

O projeto terapêutico do CAPSad Reviver consta de diferentes atividades individuais e grupais (Quadro). O PT dos sujeitos é definido a partir de discussão da equipe multidisciplinar que ocorrem em reunião semanal. Após esta etapa, o PT é discutido com o

---

<sup>2</sup> Neste serviço, estar vinculado significa que o usuário compareceu em pelo menos um atendimento nos últimos seis meses.

usuário e/ou família. Cada atividade do projeto é coordenada por um profissional de referência, independente da formação profissional, exceto, a psicoterapia individual (psicólogo) e acompanhamento medicamentoso (clínico ou psiquiatra). Os profissionais médicos realizam somente atendimentos individuais e as oficinas são realizadas preferencialmente pelosicineiros (PMCS, 2009).

<b>Atividade Terapêutica</b>	<b>Descrição</b>
<b>Grupo de Acolhimento</b>	Trata-se de um grupo psicoeducativo direcionado para familiares e usuários. Os temas abordados são as SPAs, a proposta do tratamento do CAPSad e de seu funcionamento.
<b>Acolhimento</b>	Atendimento individualizado para usuário e/ou familiar em que se registram os dados por meio de um roteiro semi-estruturado e se propõe o PT inicial
<b>Grupo de Intervenção Breve para usuários</b>	Consistem em 3 encontros que objetivam conhecer o contexto psicossocial, as expectativas do usuário para o tratamento, através de uma abordagem motivacional, além de avaliar o problema com SPAs e necessidade de tratamento no serviço. Há um grupo de intervenção breve direcionado apenas para usuários de álcool (podendo incluir o tabaco) e outro para usuários de outras drogas (podendo incluir o álcool).
<b>Grupo de Intervenção Breve para familiares</b>	Acontece paralelamente aos destinados para usuários, consiste em um espaço terapêutico que visa acolher o sofrimento da família, esclarecer acerca da dependência química, conhecer sobre a co-dependência, oportunizar a compreensão da dinâmica familiar e sua importância no processo de reabilitação do usuário.
<b>Farmacoterapia</b>	Avaliação e acompanhamento medicamentoso individual com médico clínico e/ou psiquiatra.
<b>Atendimento de Referência</b>	Atendimento individual realizado pelo profissional de referência, objetivando atendimento terapêutico individualizado, reavaliação do PT, dentre outros. Este atendimento pode ser solicitado pelo próprio usuário.
<b>Psicoterapia Individual</b>	Oferecida aos usuários com necessidade de abordagem individual que tenham indicação para este tipo de atendimento
<b>Grupos Operativos</b>	São realizados semanalmente ou quinzenalmente. Os grupos são: Grupo de Mulheres, de Mães, de Homens, Motivacional, e de Prevenção a Recaída.
<b>Grupo para Familiares e /ou rede social</b>	Inclui os membros da rede social dos usuários que estão ou não em atendimento. Utiliza uma abordagem psicoeducacional para reformulação de hábitos e comportamentos com a finalidade de contribuir na melhora das relações familiares, manejo do dependente químico e orientação sobre a co-dependência.
<b>Grupo Sentimentos</b>	Grupo de auto-ajuda coordenado por usuário em remissão da DQ que utiliza os Doze Passos.
<b>Oficinas terapêuticas</b>	São atividades realizadas em grupo com a coordenação de um ou mais profissionais. Dentre as oficinas disponibilizadas, estão: a musicoterapia, a expressão corporal, a reflexão, a jardinagem e a atividade física.
<b>Visitas domiciliares</b>	Visam entender a dinâmica familiar e monitorar casos atendidos.
<b>Desintoxicação</b>	Conjunto de procedimentos farmacológicos e não-farmacológicos utilizados para desintoxicar usuários de SPAs quando identificado a síndrome de abstinência

Quadro. Atividades terapêuticas do PT do CAPSad Reviver e respectiva descrição

Fonte: Projeto terapêutico do CAPSad Reviver (PMCS, 2009)

## 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constou de usuários adultos em atendimentos no CAPSad Reviver, no período de maio a dezembro de 2010, com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, conforme a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde) (OMS, 1993) ou transtornos mentais relacionados a substâncias, segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002). O diagnóstico do sujeito foi obtido conforme registro em prontuário. O acesso ao estudo ocorreu por meio da entrevista clínica semi-estruturada ASI6.

Os critérios de inclusão foram: sujeitos adultos de ambos os sexos com diagnóstico de DQ e com frequência no CAPSad Reviver há pelo menos 6 meses, independente do número de atividades que participou; ter completado os grupos de avaliações iniciais e ter passado por avaliação diagnóstica. Como critério de exclusão foi definido: portadores de deficiência mental, presença de sintomas psicóticos ou de intoxicação por SPA no momento da entrevista.

Um total de 285 usuários do CAPSad preencheram os critérios de inclusão. A amostra do estudo foi de natureza não-probabilística consecutiva (HULLEY et al, 2008). Desta forma, 150 sujeitos foram convidados aleatoriamente para participarem do estudo conforme o comparecimento destes em atendimentos do CAPSad.

## 4.3 DESFECHOS E FATORES EM ESTUDO

O desfecho do estudo foi definido a partir das seguintes questões da ASI6: “**D12.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?”; “**D13.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?”; “**D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?”; “**D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?”.

De acordo com as respostas a essas questões, a amostra foi agrupada em não-adesão e adesão. Neste agrupamento, comparou-se o comportamento de uso de SPAs nos 30 dias que antecederam a entrevista com últimos 6 meses. Segue os respectivos critérios de cada grupo:

- 1) **Não-adesão** – não diminuiu ou aumentou o padrão de uso de SPAs
- 2) ) **Adesão**: diminuiu o padrão de uso e/ou diminuiu o tipo de SPAs utilizada; ou estava abstinente nos últimos 30 dias ou nos 6 meses anteriores. Este grupo foi subagrupado da seguinte forma:
  - a) **Redução de Danos**: diminuiu o padrão de uso e/ou o tipo de SPAs utilizada;
  - b) **Abstinência**: abstinente nos último 30 dias ou durante os 6 meses.

Os fatores em estudo foram as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e ocupação), as clínicas (comorbidades, sintomas depressivos, tempo de doença e frequência ao tratamento no CAPSad, tipo de SPA de dependência) e a qualidade de vida.

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Para se obter os dados sobre o perfil do abuso/uso de substâncias e aspectos da vida relacionados com uso de álcool e outras drogas, foi aplicado a Escala de Gravidade de Dependência - ASI6 (MCLELLAN et al., 2006; CACCIOLA et al., *in press*). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, validada em nosso meio (KESSLER et al., 2010), com duração de 45 a 60 minutos, que pode ser aplicada por profissionais de saúde capacitados. Contém questões subjetivas padronizadas com uma escala de 5 pontos (0 - nada, 1 - levemente, 2 - moderadamente, 3 - consideravelmente e 4 - extremamente) para que os sujeitos avaliem a gravidade de seus problemas, bem como, a necessidade de intervenção em cada área. As questões objetivas consideram a extensão, a duração dos sintomas-problema durante a vida, 6 meses e 30 dias anteriores a entrevista. Cabe salientar que a ASI avalia de forma multidimensional, considerando a realidade de cada entrevistado. Ela fornece uma escala para cada uma das seis áreas - médica, emprego/finanças, álcool, outras drogas, legal, psiquiátrica - e três escalas para a área familiar/social (Anexo 1).

Os instrumentos a seguir são auto-aplicáveis e foram entregues aos participantes na entrevista de seguimento.

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI):** É um instrumento validado para o português (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998) com o objetivo de identificar e quantificar quadros de depressão leve, moderada e grave tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais (BECK; STEER, 2000). Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cujas intensidades variam de 0 a 3. Pode ser categorizada como: escores inferiores a 10 representam ausência de depressão; de 10 a 18, depressão leve; de 19 a 29, depressão moderada e acima de 30, depressão grave. Neste estudo foi considerado como variável contínua, sem categorização (Anexo 2).

- **WHOQOL-Bref:** Consta de 26 questões, sendo 2 sobre qualidade de vida global e percepção geral da saúde. As 24 demais representam cada um dos domínios que compõem o instrumento original. É formado por quatro domínios principais: 1) *físico*- composto por questões de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e tratamento e capacidade de trabalho; 2) *psicológico*- compreende questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; 3) *relações sociais* - avalia as relações pessoais, suporte social e atividade sexual; e 4) *meio ambiente* - avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte (THE WHOQOL GROUP, 1995; 1998).

Este questionário foi validado no contexto nacional (FLECK et al., 2000). Sua escala fornece escores de 1-20 ou de 1-100 em cada domínio, pontuando de forma crescente a qualidade de vida (Anexo 3).

Para uniformizar a coleta de dados nos registros dos prontuários, elaborou-se o “Protocolos de Atividades do Projeto Terapêutico e Variáveis Clínicas” (Apêndice). Refere-se a um instrumento semi-estruturado com questões abertas e fechadas com a finalidade de obter-se informações sobre comorbidades psiquiátricas, medicações em uso e atividades do CAPSad que os sujeitos da amostra e/ou familiares participaram durante os 6 meses que antecederam a entrevista.

#### 4.6 LOGÍSTICA

Os sujeitos foram entrevistados com a ASI6 em consultório privativo no CAPSad pelo pesquisador e auxiliar de pesquisa (acadêmica de psicologia do 7º semestre). Como a ASI6 exige informações precisas e tem duração em torno de 60 minutos, os instrumentos auto-aplicados foram entregues aos usuários para serem respondido em outro momento de no máximo até 7 dias após a entrevista.

Os coletadores foram capacitados para a utilização da ASI6 por meio do manual de aplicação (KESSLER; PECHANSKY, 2006) e de DVD (KESSLER; PECHANSKY, 2006). Antes de iniciar a coleta, a fim de obter-se confiabilidade interavaliadores, os coletadores realizaram duas entrevistas conjuntamente e, posteriormente, discutiram sobre as variáveis das escalas utilizadas no estudo.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta e relativa percentual, as contínuas através da média e desvio padrão. Os escores compostos da ASI6 foram calculados a partir de combinações dos itens de cada área problemática (KESSLER; PECHANSKY, 2006). Foram comparadas as variáveis quantitativas entre os grupos pela Análise de Variância (ANOVA Oneway), seguida do teste post hoc de Tukey para comparações múltiplas e as categóricas o teste Qui-quadrado de Pearson com resíduos ajustados. Foram correlacionadas as variáveis quantitativas entre si pelo coeficiente de correlação de Spearman. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 18.0 e o nível de significância adotado foi de 5%.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo observou os aspectos ético-legais, conforme as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (OMS, 1995) e a Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL, 2003). Foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(UFRGS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS – Protocolo nº 17886 (Anexo 4 e 5, respectivamente). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5 RESULTADOS

Entre os 150 usuários do CAPSad selecionados, 77(51,3%) participaram do estudo, 13(8,6%) não aceitaram e 60(40%) não compareceram às entrevistas agendadas. As características sociodemográficas e clínicas dos entrevistados estão apresentadas na Tabela 1 e se observa o predomínio (84%) do sexo masculino (n=65), da raça branca (n=42; 54%), com escolaridade menor que 8 anos (n=55; 72%), sem companheiro (n=45; 58%) e a maioria está fora do mercado de trabalho (n=49; 64%). Os dados clínicos apontam que o diagnóstico prevalente de DQ é a dependência de álcool (n=41; 53%) e, dentre as comorbidades, os transtornos de humor são os mais frequentes (n= 17; 22%). A maioria dos sujeitos da amostra (80%) utilizava algum tipo de medicação (n=62).

Não foi encontrada associação significativa entre as variáveis sociodemográficas com a adesão ao PT, conforme o critério de consumo de SPAs: se aumentou ou manteve o uso como não-adesão; e a adesão quando houve a diminuição do uso (redução de danos) ou se não faz uso de SPA (abstinência). Pode-se observar, de acordo com os dados coletados nos prontuários, de dois diagnósticos relacionados à DQ – álcool e múltiplas SPA. Não foi encontrada associação significativa entre o diagnóstico específico, conforme a substância de dependência, porém, a presença de comorbidades psiquiátricas associou-se significativamente com adesão ao PT para o grupo em abstinência de SPA, mas não com grupo com redução de danos (Tabela 1).

Ao considerar a questão do ASI6 sobre qual a substância que causava mais dificuldade como problema primário a ponto de levá-los a buscarem tratamento, a maioria dos sujeitos (68%) apontou o álcool (n=52) e os demais (32%) referiram o crack/cocaína (n=25). Já como problema secundário - segunda SPA que mais lhes causa dificuldades - foi identificado em 43% (n=33) sujeitos, e são: álcool (n=16; 21%), cocaína/crack (n=8; 10%), maconha (n=4; 5%), estimulantes (n=1; 1%) e outras SPA (n=4; 5%).

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas da amostra e preditores de adesão ao Projeto Terapêutico em CAPSad.

		Total n=77	Não adesão 9(12%)	Adesão		P
				Redução de danos 18(23%)	Abstinência 50(65%)	
<b>Sociodemográficas</b>						
Idade (em anos)*		43,84±11,25	40,67±12,46	46,61±13,08	43,42±10,33	0,397
Sexo						
Masculino		65(84)	9(100)	16(89)	40(80)	0,262
Raça						
Branca		42(54)	3(33)	9(50)	30(60)	0,529
Parda/Mestiça		18(23)	4(44)	4(22)	10(20)	
Negra/Preta		10(13)	2(220)	3(17)	5(10)	
Outros		7(9)	0	2(11)	5(10)	
Escolaridade						
≥ 8 anos		55(72)	5(55)	14(78)	36(73)	0,457
< 8 anos		21(28)	4(44)	4(22)	13(27)	
Situação Conjugal						
Sem companheiro		45(58)	4(44)	8(44)	33(66)	0,187
Com companheiro		32(41)	5(56)	10(56)	17(34)	
Emprego						
Desempregado/ fora do mercado		49 (64)	6(67)	10(56)	33(66)	0,717
Empregado/Ocupação		28 (36)	3(33)	8(44)	17(34)	
<b>Clínicas</b>						
Dependência Química						
Álcool		41(53)	3(33)	10(56)	28(56)	0,444
Múltiplas SPA		36(47)	6(66)	8(44)	22(44)	0,444
Comorbidades Psiquiátricas		<b>29(38)</b>	<b>3(33)</b>	<b>1(6)</b> <sup>-</sup>	<b>25(50)</b> <sup>+</sup>	<b>0,004</b>
Uso de medicação		62(80)	8(89)	12(67)	42(84)	0,224

Nota: SPA: Substância Psicoativa;

As variáveis contínuas estão apresentadas como média e desvio padrão e foram analisadas com ANOVA.

As variáveis categóricas estão apresentadas como frequência absoluta e relativa (%) e foram analisadas com o teste Qui-quadrado\* e pelos resíduos ajustados, sendo que + indica as categorias onde os valores observados foram significativamente **maiores** do que o esperado e – indica os que foram **menores**.

Em relação ao álcool, a média de idade em que os sujeitos da amostra sentiram pela primeira vez seu efeito foi de 15,64 (DP=6,95) anos. O grau de preocupação em relação aos problemas relacionados ao álcool, a necessidade de tratamento e a importância em alcançar ou manter a abstinência foi de intensidade considerável a extrema (média= 3,03 DP=1,44 a 3,45 DP=1,44). Mais da metade da amostra refere já ter usado maconha (n=41; 53%) e a média de idade do primeiro uso foi de 17,54(DP=6,45) anos. A cocaína foi utilizada por 45% dos

sujeitos (n=35) e a mediana da idade da primeira experimentação foi de 20 (17-26) anos. Os inalantes foram usados por 15 (21%) sujeitos, com a mediana de idade de primeiro uso de 18 (14,5- 21,5) anos. Já os alucinógenos (n=6; 8%) – 3 (1-3) anos de uso regular - e a heroína (n=2; 3%) – sem uso regular- foram utilizados por uma minoria da amostra, com mediana de idade do primeiro uso respectivamente de 21 (17-23,5) e 17, 5 (16-17,5) anos. O grau de preocupação em relação aos problemas relacionados ao uso de outras drogas, a necessidade de tratamento e a importância em alcançar ou manter a abstinência foi de intensidade considerável a extrema (média= 3,71 DP=0,66 a 3,80 DP=0,52).

A presença de diagnósticos clínicos também foi comum na amostra, tais como: hipertensão arterial sistêmica (n= 25; 32%), epilepsia/convulsão (n=19; 25%), problemas respiratório crônico (n=14; 18%), hepatite (n=11; 14%), doenças cardíaca (n=7; 9%), cirrose/outra doença do fígado 5 (6%), HIV/AIDS (n=4; 5%), derrame/isquemia (n=3; 4%), diabetes melito (n=3; 4%), doença renal crônica (n=3; 4%), tuberculose (n= 3; 4%), câncer (n=1; 1%), e outras (n=14; 35%). A mediana do grau de preocupação com esses problemas clínicos foi moderada (2; 0-3) e da necessidade em tratar foi considerável (3; 0-4). Dentre os sujeitos que deveriam estar usando medicação para se tratar desses problemas, a maioria (n=26; 79%) estava seguindo as prescrições médicas.

Em relação aos psicofármacos, os grupos mais prescritos foram os antidepressivos (n=43; 56%). Na Tabela 2, está descrito os grupos de medicações utilizadas pelos sujeitos da amostra.

Tabela 2 - Descrição das medicações em uso atual.

<b>Medicações</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Psicofármacos</b>		
Antidepressivos		
ISR da Serotonina, da Noradrenalina ou Dual*	26	34
Tricíclicos**	17	22
Benzodiazepínicos <sup>#</sup>	19	25
Antipsicóticos		
Típicos <sup>‡</sup>	23	30
Atípicos <sup>‡‡</sup>	3	4
Estabilizador do Humor		
Carbonato de Lítio	12	16
Anticonvulsivantes <sup>¶</sup>	25	33
Outros		
Biperideno	6	8
Metilfenidato	1	1
Dissulfiran	1	1
Propranolol	3	4
Prometazina	1	1
<b>Medicações Clínicas</b>		
Omeprazol	5	6
Complexo vitamínico (B1, B12)	2	3

\* Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina e Citalopram;

\*\* Amitriptilina e Imipramina;

<sup>#</sup> Diazepam, Lorazepam e Alprazolam,

<sup>‡</sup> Haloperidol, Clorpromazina e Levomepromazina;

<sup>‡‡</sup> Risperidona;

<sup>¶</sup> Ácido Valpróico, Fenitoína, Carbamazepina são anticonvulsivantes

A maioria dos sujeitos da amostra foram encaminhados para o tratamento no CAPSad por uma instituição ou profissional de saúde (48%, n= 37); os demais iniciaram tratamento por si próprio, ou indicação de amigo ou cônjuge (22%, n= 17); por encaminhamento de instituição de saúde ou pessoa ligada ao tratamento para álcool e outras drogas (18%, n= 14); por sistema penal/juiz (10%, n= 8); e pelo emprego/programa de assistência emprego (1%, n= 1). A modalidade de tratamento no CAPSad mais frequente (71%) foi o semi-intensivo (n=55). Os demais estavam no intensivo (n=20; 26%) e no não-intensivo (n=2; 3%). As assistentes sociais eram profissionais de referência de 35(45%) dos usuários, os enfermeiros de 22 (29%) e psicólogas de 20 (26%).

A associação entre os escores da gravidade da dependência da ASI6 e a intensidade dos sintomas depressivos com o desfecho está descrito na Tabela 3. Observa-se que a menor gravidade dos problemas com álcool, drogas e sociofamiliares foi preditor para adesão no

grupo abstinente. Já a menor gravidade dos problemas legais foi preditor para a adesão no grupo com redução de danos. Também foi avaliada a QV e a intensidade de sintomas depressivos como preditor da adesão e não foi encontrada associação significativa.

Em relação ao PT, as atividades mais frequentadas foram os grupos terapêuticos (n=45; 58%) e os atendimentos com profissional de referência (n=67; 87%). Em relação aos faltosos, consideraram-se aqueles que não frequentaram as atividades do serviço por um período igual ou superior a 30 dias. Da amostra do estudo, 17 (22%) estiveram nessa situação. Dentre estes sujeitos, os motivos de pararem de frequentar o serviço foi a recaída (n=10; 59%), ter conseguido manter a abstinência (n=3, 18%) e outros (n=3; 4%). Estes sujeitos retornaram a frequentar o serviço, pois queriam alcançar a abstinência (n=11; 65%), por terem recaído (n=2; 12%), por sentir fissura (n=1; 5%) e outros (n=3; 18%). Foi encontrada associação significativa com a adesão no grupo em abstinência e as consultas com médico psiquiatra (Tabela 3).

Além de identificar os preditores de adesão ao PT, foi verificado a correlação entre a QV, a gravidade da dependência e a participação nas atividades do CAPSad durante o período de 6 meses anteriores a entrevista (Tabela 4). Foi encontrada correlação moderada significativa entre a dimensão psicológica e maior participação nas atividades. Também se observa que a gravidade dos problemas na área psiquiátrica se correlacionou negativamente com as cinco dimensões da QV e com a presença de sintomas depressivos. De forma semelhante ocorreu com a área médica – exceto nas dimensões física e psicológica. Além disso, altos escores nas dimensões sociais e meio ambiente da QV foram associados a menor gravidade nas áreas das drogas e problemas sociofamiliares.

Tabela 3. Associação entre adesão ao tratamento e a gravidade da dependência, qualidade de vida, sintomas depressivos e participação nas atividades do CAPSad.

	Total n=77	Não adesão 9(12%)	Adesão		p
			Redução de danos 18(23%)	Abstinência 50(65%)	
<b>Escala de Gravidade ASI6*</b>					
Álcool	<b>49,84±6,98</b>	<b>55,55±10,36<sup>a</sup></b>	<b>51,00±7,07<sup>ab</sup></b>	<b>48,40±5,65<sup>b</sup></b>	<b>0,011</b>
Outras drogas	<b>38,96±8,24</b>	<b>44,44±9,86<sup>a</sup></b>	<b>40,27±9,93<sup>ab</sup></b>	<b>37,50±6,84<sup>b</sup></b>	<b>0,047</b>
Problemas Psiquiátricos	44,84±8,16	46,88±10,48	43,50±6,33	44,96±8,36	0,594
Problemas Clínicos	46,53±9,42	47,00±10,42	49,05±9,57	45,54±9,20	0,398
Problemas Legais	<b>46,52±2,23</b>	<b>48,22±4,40<sup>a</sup></b>	<b>46,00±0,00<sup>b</sup></b>	<b>46,40±1,97<sup>ab</sup></b>	<b>0,040</b>
Emprego/ sustento	35,86±5,65	36,66±4,12	36,27±5,10	35,56±6,11	0,813
Família	52,45±7,05	51,88±7,91	53,94±7,92	52,02±6,64	0,597
Suporte Sócio-Familiar	39,38±7,94	40,77±7,22	38,44±7,26	39,46±8,38	0,770
Problema Sócio -Familiar	<b>47,40±7,37</b>	<b>51,00±9,92<sup>a</sup></b>	<b>50,27±5,34<sup>a</sup></b>	<b>45,72±7,07<sup>b</sup></b>	<b>0,022</b>
<b>Qualidade de Vida*</b>					
Físico	56,21±13,87	53,83±10,79	56,91±9,71	56,44±15,79	0,857
Psicológico	54,99±15,67	44,91±15,70	55,99±17,94	56,74±14,30	0,114
Relações Sociais	60,98±22,70	54,63±20,03	59,90±21,13	62,81±24,02	0,612
Meio Ambiente	54,44±16,43	46,88±19,33	55,27±14,64	55,71±16,39	0,337
QV Geral	60,29±24,62	51,39±25,35	57,81±21,35	63,08±25,58	0,394
<b>Sintomas depressivos*</b>					
BDI	15,96±11,51	18,11±13,63	15,38±11,56	15,71±11,26	0,833
<b>Participação em atividades do CAPSad**</b>					
Grupos <sup>#</sup>					
Usuário	45(58)	4(44)	14(78)	27(54)	0,142
Família	12(16)	1(12)	2(12)	9(20)	0,672
Oficinas <sup>##</sup>	33(43)	2(22)	12(67)	25(50)	0,195
Atendimentos individuais					
Técnico de Referência	67(87)	7(78)	18(100)	42(84)	0,152
Psiquiatra	<b>41(53)</b>	<b>4(44)</b>	<b>5(28)<sup>-</sup></b>	<b>32(64)<sup>+</sup></b>	<b>0,026</b>
Médico Clínico	58(75)	7(78)	15(83)	36(72)	0,623
Desintoxicação	13(17)	2(22)	3(17)	8(16)	0,900

Notas: \*As variáveis contínuas estão apresentadas como média e desvio padrão e foram analisadas com ANOVA. As médias com letras diferentes foram estatisticamente significativas pelo teste de Tukey.

\*\*As variáveis categóricas estão apresentadas como frequência absoluta e relativa (%) e foram analisadas com o teste Qui-quadrado\* e pelos resíduos ajustados, sendo que + indica as categorias onde os valores observados foram significativamente **maiores** do que o esperado e – indica os que foram **menores**.

**p<0,05**

<sup>#</sup> Prevenção à Recaída, Motivacional, Vivências, Sentimentos e Mulheres;

<sup>##</sup> Musicoterapia, Pintura, Corporiedade, Recreação, Culinária, Reeducação Alimentar, Cultura da Paz, Atividade Física, Integração, Autocuidado, Textos e Papos, Bijuteria, Geração Renda, Entalhe, Pintura Mural, Cartazes e Cartões, Reaproveitamento de Materiais, Arteterapia, Biodança, Fuxico, Mosaico, Desenho, Jornal, Fios, Artesanato e jardinagem

Tabela 4. Correlação entre gravidade da dependência química e frequência às atividades do CAPSad com qualidade de vida atual, intensidade de sintomas depressivos#.

	Domínios QV					BDI
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio ambiente	Geral	
<b>Escala da Gravidade ASI6</b>						
Álcool	-0,043	0,022	-0,018	-0,158	0,218	0,191
Drogas	-0,223	-0,119	-0,275*	-0,294*	-0,112	0,119
Problemas psiquiátricos	-0,334**	-0,259*	-0,259*	-0,413**	-0,498**	0,475**
Problemas clínicos	0,018	-0,161	-0,266*	-0,251*	-0,395**	0,414**
Problemas Legais	0,114	-0,030	0,017	-0,155	-0,009	0,047
Emprego/sustento	-0,212	-0,149	-0,159	-0,143	-0,090	0,165
Família	-0,142	-0,188	-0,197	-0,214	-0,156	0,181
Suporte sócio-familiar	-0,104	0,188	0,157	0,069	0,029	-0,118
Problemas sócio-familiar	-0,115	-0,181	-0,244*	-0,268*	-0,047	0,162
<b>Participação em Atividades do CAPSad</b>						
Individuais	-0,011	0,093	-0,123	-0,053	-0,005	0,078
Grupos	0,156	0,117	0,198	0,070	0,052	-0,121
Oficinas	-0,119	0,150	-0,161	-0,092	-0,050	-0,078
Técnico de Referência	-0,086	-0,085	-0,230	-0,126	-0,129	0,235
Médico Clínico	-0,022	-0,031	-0,034	-0,079	0,084	0,138
Médico Psiquiatra	0,016	0,156	0,026	0,026	0,002	-0,150
Total de participações	0,032	0,244*	-0,066	-0,006	0,045	-0,093

Nota: QV- Qualidade de vida; BDI- Inventário de Depressão de Beck; CAPSad – Centro Psicossocial álcool e outras drogas

# Correlação de Spearman.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$

Para avaliar o associação da gravidade da dependência na participação das atividades do CAPSad foi analisado a frequência nas atividades com os escores do ASI6 (Tabela 5). Especificamente as oficinas, o atendimento com profissional de referência, médico clínico e psiquiatra e se observou correlação significativa negativa entre a frequência nos grupos terapêuticos com a gravidade dos problemas com drogas e os psiquiátricos. Foi encontrada correlação significativa entre maior número de atendimentos com profissional de referência e atividades individuais – agrupadas – com maior gravidade na área das drogas e a área emprego/sustento com maior frequência no total atividades do CAPSad,

Tabela 5. Correlação entre gravidade da dependência química com frequência às atividades do CAPSad.

	Escala da Gravidade ASI6								
	Álcool	Outras Drogas	Problemas Psiquiátricos	Problemas Clínicos	Problemas Legais	Emprego/Sustento	Família	Problema Socio Familiar	Problema Suporte Socio Familiar
<b>Atividades</b>									
Individuais	0,152	<b>0,231*</b>	0,200	0,097	-0,038	0,172	0,110	0,186	0,099
Grupos	-0,193	<b>-0,245*</b>	<b>-0,309**</b>	-0,051	-0,115	-0,176	-0,068	-0,114	-0,045
Oficinas	0,010	0,129	0,095	0,034	0,073	<b>0,386**</b>	-0,075	0,070	0,121
Técnico de Referência	0,181	<b>0,227*</b>	0,033	-0,003	-0,064	<b>0,308**</b>	0,116	0,132	0,023
Médico Clínico	<b>0,228*</b>	0,175	0,190	0,126	0,028	<b>0,229*</b>	0,165	<b>0,323**</b>	0,173
Médico Psiquiatra	-0,036	0,012	0,039	-0,082	-0,049	-0,032	-0,168	-0,146	0,050
Total	0,043	0,071	0,027	0,039	0,013	<b>0,370**</b>	-0,020	0,092	0,096

Nota: Correlação de Spearman.

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados evidenciaram que a presença de comorbidade psiquiátrica foi preditora da adesão ao PT no grupo que estava em abstinência. Este achado pode indicar que a DQ seja secundário ao transtorno psiquiátrico e que o uso contínuo de psicofármacos - frequente na amostra (80%) - estabiliza os sintomas da doença de base e contribui, assim, para o alcance e a manutenção da abstinência. Estudos prévios também constataram que quando as comorbidades são tratadas adequadamente, o uso excessivo de álcool ou outras drogas tendem a desaparecer (SCHUCKIT, 2006). Além disso, frequentemente o alcance da abstinência envolve a remissão de transtorno psiquiátrico (LEJOYEUX; LEHERT, 2011). Por outro lado, a presença de comorbidades é associada ao pior prognóstico (DRAKE; O'NEAL; WALLACH, 2008) e o achado deste estudo indica que quando o PT é realizado de forma integrada, como é a proposta do CAPSad, favorece a adesão e o alcance de resultados favoráveis.

A associação significativa entre a adesão e presença de comorbidade em DQ também foi identificada em estudo prévio que incluiu alcoolistas tratados em um serviço para DQ o qual dispunha de uma equipe multidisciplinar e que tratavam ambos de forma integrada. Os autores concluíram que o *setting* terapêutico avaliado possuía complexidade adequada para atender as necessidades sujeitos com esse quadro clínico, e, conseqüentemente, contribuir na melhora do prognóstico (RIBEIRO et al., 2008; 2009). Assim, os resultados obtidos no presente estudo embasam esta consideração, tendo em vista que a associação identificada foi com a abstinência e não somente com a maior frequência ou a permanência do tratamento.

Outro aspecto a ser considerado foi o acompanhamento com o médico psiquiatra como preditor para a adesão no grupo da abstinência. Este resultado é coerente, uma vez que o uso adequado de psicofármacos é fator determinante para a estabilização das comorbidades psiquiátricas e é de competência deste profissional. Assim, o uso contínuo de medicações, característico no tratamento de outros transtornos psiquiátricos, contribui para o estabelecimento de vínculo com o serviço, devido à necessidade do sujeito de obter prescrição médica. Acredita-se que esse contexto favoreça a continuação do tratamento no CAPSad, e portanto, a adesão ao PT.

A menor gravidade para problemas com álcool e outras drogas foi preditora da adesão para o grupo da abstinência. De acordo com um estudo longitudinal prospectivo randomizado (avaliação inicial, n= 1917 e seguimento de 6,7 meses depois, n= 1.277) que utilizou a ASI5

para avaliar a associação do tratamento, encontrou-se a menor gravidade na área das drogas e melhores resultados no tratamento em serviços ambulatoriais (TIET et al., 2007). Em outro estudo, avaliou-se a eficácia do tratamento psicossocial por meio da EuropaASI (GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2011), e a menor gravidade dos problemas com álcool foi identificada como preditora para a adesão, considerando-se o desfecho abstinência.

Além da gravidade relacionada aos problemas da substância de dependência, os aspectos da gravidade social e familiar também predizem a adesão. O ASI6 avalia os relacionamentos com adultos, que inclui suporte social, problemas e necessidades relacionadas a filhos menores de idade, resposta a traumas / vitimização (CACCIOLA et al., *in press*). O resultado encontrado foi semelhante aos achados de um estudo o qual identificou que um o maior suporte social prediz a redução do uso de álcool (DOBKIN et al., 2002).

A menor gravidade na área legal foi considerada preditora do desfecho redução de danos. Esta área da ASI6 avalia as atividades ilegais recentes e o envolvimento no sistema de justiça criminal (CACCIOLA et al., *in press*). Portanto, esse resultado indica que os sujeitos que têm menos problemas nessa área, aderem melhor ao tratamento no CAPSad. Este dado enfatiza a necessidade de se definir estratégias na atenção aos sujeitos que tenham maiores problemas nessas áreas (por exemplo: os encaminhados pelo sistema judicial). Já a correlação positiva identificada entre a gravidade na área emprego/sustento e a frequência às atividades do CAPSad, especificamente as oficinas e o atendimentos com profissional de referência - médicos clínico e psiquiatra - indica que os sujeitos que mais frequentam o CAPSad são os que têm maiores problemas com emprego/sustento. De fato, este resultado indica tanto a maior disponibilidade de tempo para frequentar as atividades, como a repercussão negativa da dependência relacionada aos problemas de emprego.

As características demográficas da amostra são semelhantes a estudos prévios. O predomínio do masculino está de acordo com o esperado em estudos de amostras clínicas, cuja razão entre os sexos é de 4-5 homens para 1 mulher, assim como a porcentagem de homens que procuram tratamento em CAPSad (PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011). A média da idade encontrada neste estudo foi superior a cerca de 6 anos da identificada em usuários que permaneceram por mais de 3 meses em tratamento em CAPSad (n=37; DP=14 anos) (PEIXOTO et al., 2010). Também houve a predominância da baixa escolaridade, a questão de estar fora do mercado de trabalho e a de não ter companheiro foi similar às características da amostra de um estudo em CAPSad (PEIXOTO et al., 2010). Entretanto, estas variáveis não foram associadas à adesão ao PT. O resultado também foi

identificado em um estudo europeu que não identificou associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e a abstinência em sujeitos em tratamento para DQ (GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2011). Estes dados indicam que ser do sexo masculino e ser mais velho reflete somente o perfil dos sujeitos que buscam tratamento em CAPSad, sem, contudo, influenciar na adesão ao PT.

A prevalência de sujeitos DQ de álcool identificada neste estudo, também foi observada na amostra de estudos realizados em outros CAPSad (PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011). Porém, o tipo de SPA usada não apresentou associação significativa, o que indica que a DQ de álcool é uma das características dos sujeitos que frequentam e permanecem em tratamento, e que não se relaciona a melhores resultados. Acredita-se que a prevalência desse transtorno em sujeitos em tratamento nessa modalidade de serviço é reflexo de dados de inquéritos populacionais, os quais apontam que o álcool é a SPA mais usada e da qual há mais sujeitos dependentes (CARLINI et al., 2007; LARANJEIRA et al., 2007).

Considera-se que a melhora da QV é uma importante meta a ser alcançada no tratamento para DQ e deve ser avaliada como preditora da adesão. Os escores das dimensões do WHOQOL-bref, obtidas neste estudo, foram semelhantes aos de uma pesquisa italiana sobre a QV de sujeitos com DQ atendidos em um serviço ambulatorial de atenção psicossocial (BIZZARI et al., 2005). Esse estudo transversal comparou os escores do WHOQOL-bref entre grupos com comorbidades psiquiátricas (n=41), sem comorbidades (n=57) com um grupo controle (n=45). Os resultados identificaram que ambos os grupos apresentaram pior QV nos domínios físico, psicológico e social, do que o controle e que os comorbidades apresentou pior QV nos domínios físico e psicológico dos que sem comorbidades (BIZZARI et al., 2005). Entretanto, nenhuma dimensão da QV foi identificada como preditora da adesão no nosso estudo.

Contudo, identificou-se que diferentes dimensões da QV correlacionaram-se com as áreas da gravidade da dependência que foram preditoras de adesão. Por exemplo, maior gravidade na área das drogas e dos problemas sociofamiliares correlacionou-se a piores escores nas dimensões das relações sociais e do meio ambiente. Os problemas clínicos, além das dimensões citadas, também se correlacionaram com a QV geral. Já a maior gravidade da área dos problemas psiquiátricos estava correlacionada a pior QV em todos os domínios e está de acordo com estudo prévio (SAATCIOGLU; YAPICI; CAKMAK, 2008). Portanto, o resultado reforça a necessidade de avaliar a QV dos sujeitos e incluir atividades ao PT que

tenham associação com dimensões específicas, como a do meio-ambiente e a social que são comuns às áreas problemas preditoras de adesão.

De fato, a mudança no comportamento de uso de SPA, pode não necessariamente produzir associação com a melhora da QV em curto prazo. Um estudo evidenciou que a satisfação com QV geral basal foi preditor para a abstinência durante dois anos subsequentes (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009). Contudo, outros estudos longitudinais que avaliaram a QV de dependentes de substâncias em programas de tratamento ambulatorial encontraram melhoras significativas nas dimensões física, meio-ambiente e psicológica, mas não na social no seguimento de 3 meses (PAL, 2007) e após 6 meses (PADAIGA; SUBATA; VANAGAS, 2007; LAWRIKSON et al., 2008).

Outro aspecto é a diferença significativa encontrada na dimensão psicológica da QV com a frequência total em atividades durante o período de 6 meses. Esta dimensão abrange questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais (FLECK et al., 2000). O resultado demonstra que o número de atividades frequentadas do PT apresentou uma associação positiva nessa dimensão, mas não em cada atividade isoladamente (grupos, oficinas, atendimentos individuais, dentre outros). No entanto, cabe salientar que a QV do presente estudo foi uma medida transversal, não possibilitando avaliar as mudanças de escores ao longo do tempo. Além disso, não foram incluídas características específicas dos sujeitos (como a motivação, por exemplo), entretanto, considera-se que ir frequentemente aos atendimentos, indique alguma motivação do sujeito. Dessa forma, identifica-se a necessidade de dar seguimento a estudos longitudinais sobre a QV em CAPSad com delineamento que possibilite o controle das variáveis confundidoras (por. exemplo a motivação individual, o estímulo da família e da equipe).

A intensidade dos sintomas depressivos não foi preditor de adesão e esse resultado também foi identificado em um estudo que utilizou esse mesmo instrumento e considerou o desfecho abstinência (GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2011). Entretanto, a média dos escores do BDI dos grupos avaliados que aderiram e dos que não aderiram indicou depressão leve, podendo estar relacionado ao uso de antidepressivos pelos sujeitos da amostra. Um estudo que avaliou os sintomas de depressão em sujeitos submetidos a um tratamento ambulatorial intensivo, aplicou o BDI na admissão e na alta do tratamento, identificando que depressão moderada a grave predizem a recaída após 3 meses de tratamento (CURRAN et al., 2007).

A maioria da amostra (65%) deste estudo foi incluída no grupo que se manteve em

abstinência, indicando que o tratamento no CAPSad obteve bons níveis de adesão, quando comparado aos resultados de diferentes intervenções psicossociais, que apontaram taxas de abstinência em cerca de um terço dos sujeitos tratados (DUTRA et al., 2008). Entretanto, estes dados devem ser observados com cautela, pois os critérios para participar do estudo tais como: estar em atendimento há pelo menos 6 meses, ter completado a avaliação inicial e realizado avaliação médica, além de aceitar participar e comparecer a entrevista, incluiu-se sujeitos que estavam em melhores condições de saúde. Portanto, para confirmar este achado é necessária a realização de estudos randomizados.

As atuais políticas na atenção a problemas com álcool e outras drogas não consideram a o alcance da abstinência como principal meta do tratamento. Porém, enfatizam a participação dos sujeitos no tratamento (BRASIL, 2004a; 2004b; 2006). A amostra deste estudo atribuiu alta importância ao alcance e manutenção da abstinência. Portanto, oferecer um tratamento focado na redução do consumo seria incoerente, considerando que os sujeitos desejam de fato é a abstinência. Este objetivo seria evidente uma vez que os sujeitos dependentes de determinada SPA e mantendo o consumo, dificilmente conseguirão controlar a impulsividade de uso, tendo em vista que esta é uma característica inerente à DQ (NIDA, 2010a). Portanto, faz-se necessário que as políticas públicas abranjam a gravidade dos transtornos relacionados ao uso de SPAs, centrado na necessidade e motivação de quem busca tratamento.

Em relação à redução de danos a melhora da QV, que é uma importante meta desta política, não apresentou associações significativas com as diferentes dimensões avaliadas pelo WHOQOL-bref. Acredita-se que este resultado deva-se ao fato de que no projeto terapêutico do CAPSad em estudo não constaram atividades específica para este foco. Este resultado, aponta a necessidade do investimento em atividades externas que contribuam para a melhora das demais dimensões de vida, como programas para inserção do mercado de trabalho, facilitar os serviços da rede básica de saúde para problemas médico, terapia familiar, atividades de lazer externas ao CAPSad, dentre outras. Também neste grupo, identificou-se a menor presença de comorbidades psiquiátricas e que não foram preditoras de adesão em CAPSad,

Apesar de haver o incentivo na adoção do CAPSad como serviço estratégico, sabe-se que de forma exclusiva não responde as demandas complexas que envolve o uso de SPAs. Assim, cabe considerar outras modalidades de tratamento da rede de atenção como ambulatório especializados, intervenções com foco em redução de danos, realizadas em

Unidades Básicas de Saúde ou em Estratégias da Saúde da Família, ou em instituições não-governamentais, como: as comunidades terapêuticas, Alcoólico Anônimos, Narcóticos Anônimos, para portadores com diagnóstico único de DQ (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Dentre as limitações deste estudo estão: o pequeno número da amostra, o delineamento retrospectivo e o fato de não ter uma avaliação inicial dos instrumentos (ASI6, WHOQOL, BDI) para comparações. Contudo, pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo realizado em CAPSad que avalia a adesão considerando-a como mudança de comportamento e, ao mesmo tempo, utilizando um instrumento de avaliação multidimensional (ASI6) em CAPSad.

Constata-se, a partir dos resultados, que é necessário a continuação de estudos que avaliem os preditores da adesão em CAPSad, assim como, a eficácia desses serviços na atenção a dependentes químico prospectivamente. Entretanto, a versão brasileira para seguimento do ASI ainda não está disponível. Neste estudo, os escores da gravidade da ASI6 apresentaram associação com o desfecho, desta forma, indica-se que instrumentos de avaliação sejam utilizados continuamente na pesquisa, assim como na prática clínica para auxiliar na definição do PT para sujeitos dependentes químicos.

## 7 CONCLUSÕES

A partir dos resultados, podemos concluir que:

- A menor gravidade da DQ nas áreas de problemas com álcool e outras drogas, questões sociofamiliares, a presença de comorbidades e a consulta com médico psiquiatra foram preditores de adesão ao PT em CAPSad para a abstinência;
- As características demográficas e o tipo de substância de dependência não foram preditores de adesão ao PT;
- A menor gravidade de problemas legais foi preditor para a redução de danos;
- A participação das atividades em geral do CAPSad não apresentaram associação com a adesão ao tratamento, mas foram correlacionados a melhor qualidade de vida na dimensão psicológica.

Desta forma, identificou-se a necessidade de:

- Desenvolvimento de atividades terapêuticas eficazes em CAPSad baseadas em evidências com foco na qualidade de vida, que inclua a atenção às comorbidades psiquiátricas dos sujeitos, a fim de qualificar o projeto terapêutico;
- Elaboração de diretrizes nacionais que orientem a operacionalização de terapêuticas comprovadamente eficazes nesses serviços;
- Estudos qualitativos acerca do modelo teórico que orientam a atenção de saúde nos CAPSad;
- A utilização de instrumentos de avaliação, como a ASI6 e o WHOQOL-bref, que podem ser aplicados por profissionais capacitados, independentemente de sua formação acadêmica, qualificaria a avaliação dos sujeitos, e assim, direcionaria a elaboração do PT, a partir da identificação de necessidades específicas dos sujeitos.

Por fim, considera-se necessário a continuação de pesquisas que avaliem a qualidade de vida, para clarear a associação das diferentes dimensões com a abstinência e com a redução de danos. Outras investigações, cuja necessidade é crítica, é a comparação da eficácia de diferentes *setting* terapêuticos no tratamento a essa desafiadora problemática, identificando as características dos sujeitos (por ex. a gravidade nas diferentes áreas avaliadas pela ASI6) que obtém melhores resultados quando tratados em ambulatório de especialidades médicas, internação em hospitais gerais ou para dependência química, em CAPS I ou em CAPSad.

## REFERÊNCIAS

AHMADI, J. et al. Outcome predictors in cocaine dependence treatment trials. **American Journal on Addiction**, v.15, n.6, p.434-9, 2006.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Texto Revisado (DSM-IV-TR). (tradução) Claudia Dornelles. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v.42, supl.1, p.109-117, 2008.

BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck Depression Inventory (BDI). In: RUSH, A. J.; PINCUS, H. A., et al (Ed.). **Handbook of psychiatric measures**. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000. p.519-23.

BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 53-63, 1961.

BIZZARRI, J. et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. **Substance Use & Misuse**, v. 40, n. 12, p. 1765-76, 2005.

BONOMI, A. E. et al. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.53, n. 1, p.1-12, 2000.

BRASIL. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p.1168-70.

\_\_\_\_\_. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a. 166p.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução CNS n.196/96 e outras). 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 105 p.(Série Cadernos Técnicos).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. v. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Editora MS, 2004a. 66 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora MS, 2004b. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Editora do MS, 2009. 64p. (série B. textos Básicos de saúde).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, n. 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em: 07 jun. 2011.

BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, S. N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, n. 5, supl. 1,156-163, 2000.

BROWN, C. H. et al. Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. **Addictive Behaviors**, v. 36, n. 5, p. 439-447, 2011.

BURGESS, A. P. et al. The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. **Quality of Life Research**, n. 4, p. 423-437, 2000.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

CACCIOLA, J. S. et al. Recent status scores for version 6 of the addiction severity index (ASI-6). **Addiction**, *in press*.

CAMPOS, G. W. D. S.; AMARAL, M. A. D. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

CARLINI, E. A. et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**, 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. 472 p.

CARR, A. J.; GIBSON, B.; ROBINSON, P. G. Is quality of life determined by expectations or experience? **British Medical Journal**, v. 322, n. 7296, p. 1240-1243, 2001.

CARVALHO, A. P. L. Farmacologia no abuso e dependência de drogas. In: TENG, C-T; DEMETRIO, F.N (Org). **Psicofarmacologia aplicada - manejo prático dos transtornos mentais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 151-170.

CASTRO, M. G. et al. WHOQOL-BREF psychometric properties in a sample of smokers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, n. 3, p.254-7, 2007.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, p. 67-74, 2010.

COMPTON, W. M. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Archives of General Psychiatry**, v. 64, n. 5, p. 566-76, 2007.

CORRAO, G. et al. Outcome variables in the evaluation of alcoholics' treatment: lessons from the Italian assessment of alcoholism treatment (ASSALT) project. **Alcohol and Alcoholism**, v. 34, n. 6, p. 873-881, 1999.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CUMMINS, R. A.; LAU, A. L. D.; STOKES, M. HRQOL and subjective well-being: noncomplementary forms of outcome measurement. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 4, n. 4, p. 413-420, 2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 212 p.

CURRAN, G. M. et al. Recognition and Management of Depression in a Substance Use Disorder Treatment Population. **American Journal of Drug & Alcohol Abuse**, v. 33, n. 4, p. 563-569, 2007.

DAUGHTERS, S. B. et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 69, n. 1, p. 122-9, 2008.

DRAKE; R. E.; O'NEAL, E. L.; WALLACH, M. A. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 34, n. 1, p. 123-38, 2008.

DENNIS, M. L. et al. The duration and correlates of addiction and treatment careers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 28, n. 2, supl.1, p. 51-62, 2005.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DINGLE, G. A.; KING, P. Prevalence and impact of co-occurring psychiatric disorders on outcomes from a private hospital drug and alcohol treatment program. **Mental Health and Substance Use**, v. 2, n. 1, p. 13-23, 2009.

DOBKIN, P. L. et al. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. **Addiction**, v. 97, n. 3, p. 347-356, 2002.

DONOVAN, D. et al. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. **Journal of Studies on Alcohol Supplement**, jul., n. 15, p. 119-39; 92-3, 2005.

DUAILIBI, S.; VIERA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool,

tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.497-517.

DUNAJ, R.; KOVAC, D. Quality of life of convicted drug addicts; preliminary report. **Studia Psychologica**, v. 45, n. 4, p. 357-359, 2003.

DUTRA, L. et al. A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 165, n. 2, p. 179-187, 2008.

ELBREDER, M. et al. Alcohol dependence: analysis of factors associated with retention of patients in outpatient treatment. **Alcohol and Alcoholism**, v. 46, n. 1, p. 74-6, 2011.

FINNEY, J. W. Assessing treatment and treatment processes. In: ALLEN, J. P. e WILSON, V. V. (Ed.). **Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers**. 2. ed. Bethesda: US Department do Health and Human Services/National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003. 189-217 p.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. M. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FOSTER, J. H. Quality of life measurement and alcoholism: another arm to nursing practice? **Clinical Effectiveness in Nursing**, v. 9, supl. 3, p. 295-301, 2006.

FOSTER, J. H. et al. Quality of life in alcohol-dependent subjects-a review. **Quality of Life Researc**, v. 8, n. 3, p. 255-61, 1999.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, número especial, p. 888-895, 2005.

GARCIA, M. L. T.; MACIEIRA, M. S. Adesão ao tratamento entre alcoolistas. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**. Jan.-fev. - mar. n. 83-84, p. 13-8, 2003.

GARCIA-FERNANDEZ et al. Individual characteristics and response to Contingency Management treatment for cocaine addiction. **Psicothema**, v. 23, n. 1, p. 114-118, 2011

GASTAL, F. L. et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 119-129, 2007.

GENTIL, V. Principles that should guide mental health policies in low-and middle-income countries (LMICs): lessons from the Brazilian experiment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 2-3, 2011.

GOGEL, L. et al. Retention and ongoing participation in residential substance abuse treatment: perspectives from adolescents, parents and staff on the treatment process. **Journal of Behavioral Health Services and Research**, p. 1-9, 8 set. 2010. Disponível em:

<http://www.springerlink.com/content/ew3702k26394x0t2/>. Acesso em: 10 dez. 2010.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. D. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998.

GRANT, B. F. et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, n. 8, p. 807-16.

GUSMÃO, J. L. D.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HARAGUCHI, A. et al. Verification of the addiction severity index Japanese version (ASI-J) as a treatment-customization, prediction, and comparison tool for alcohol-dependent individuals. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 6, n. 8, p. 2205-25, 2009.

HAYNES, R. B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. (Ed.). **Compliance in Health Care**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1979. p.49-62.

HEPNER, K. A. et al. A comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 37, n. 3, p. 318-325, 2009.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/todas\\_noticias.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/todas_noticias.php). Acesso em: 20 maio 2011.

INTERNATIONAL REDUCTION HARM ASSOCIATION (IRHA). **The global state of harm reduction 2010: key issues for broadening the response, 2010**. Disponível em: <http://www.ihra.net/contents/145>. Acesso em: 23 jan. 2011.

JANE-LLOPIS, E.; MATYTSINA, I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug & Alcohol Review**, v. 25, n. 6, p. 515-36, 2006.

JOHNSON, M. E. et al. Depression as measured by the Beck Depression Inventory-II among injecting drug users. **Assessment**, v. 13, n. 2, p. 168-77, 2006.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KAROW, A. et al. Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. **European Addiction Research**, v. 14, n. 1, p. 38-46, 2008.

KELLY, J. F. et al. A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 30, n. 8, p. 1381-1392, 2006.

KESSLER, F. et al. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, p. 335-336, 2007.

\_\_\_\_\_. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure. **Public Health**, v. 122, n. 12, p. 1349-1355, 2008.

\_\_\_\_\_. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande Sul**, v. 32, n. 2, p. 48-56, 2010.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. **Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência – ASI6**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

KESSLER, F.; PECHANSKY, P. **Vídeo de aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência - ASI 6**. Porto Alegre: SENAD 2006.

KIRCHNER, J. E. et al. Depressive disorders and alcohol dependence in a community population. **Community Mental Health Journal**, v. 38, n. 5, p. 361-73, 2002.

KOŁODZIEJ, M. E. et al. Assessment of depressive symptom severity among patients with co-occurring bipolar disorder and substance dependence. **Journal of Affective Disorders**, v. 106, n. 1-2, p. 83-89, 2008.

LANDHEIM, A.; BAKKEN, K.; VAGLUM, P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. **BMC Psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 44, 2006.

LANGÅS, A. M.; MALT, U. F.; OPJORDSMOEN, S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. **BMC Psychiatry**. v.12, p. 11-25, 2011.

LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, M. R. A evolução do conceito de dependência química. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. (Org.). **Dependência, compulsão e impulsividade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. cap. 1, p.9-18.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LAUDET, A. B.; BECKER, J. B.; WHITE, W. L. Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. **Substance Use & Misuse**, v. 44, n. 2, p. 227-252, 2009.

LAUDET, A. B.; STANICK, V. Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 38, n. 4, p. 317-327, 2010.

LAUDET, A. B.; WHITE, W. L. Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. **Substance Use & Misuse**, v.43, n. p.27-54, 2008.

LAURENT, M. et al. ALQOL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. **Alcohol and Alcoholism**, v. 41, n. 2, p. 181-187, 2006.

LAWRINSON, P. et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. **Addiction**, v. 103, n. 9, p. 1484-1492, 2008.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 775-782, 2003.

LEJOYEUX, M.; LEHERT, P. Alcohol-use disorders and depression: results from individual patient data meta-analysis of the acamprosate-controlled studies. **Alcohol and Alcoholism**, v. 46, n. 1, p. 61-67, 2011.

LIMA, A.; ROSSINI, S.; REIMÃO, R. Quality of life and sleep impairment in chronic cocaine dependents. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 814, 2008.

LIMA, A. F. S. et al. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQOL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 2, p. 473-8, 2005.

LUTY, J.; AROKIADASS, S. M. Satisfaction with life and opioid dependence. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v.3, n. 2, p. 1-4, 2008.

MAEYER, J.; VANDERPLASSCHEN, W.; BROEKAERT, E. Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life? **Social Indicators Research**, v. 90, n. 1, p. 107-126, 2009.

\_\_\_\_\_. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. **International Journal of Drug Policy**, v. 21, n. 5, p. 364-380, 2010.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 115-122, 2006.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. D. O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 85-91, 2009.

MARINHO, M. B. O demônio nos paraísos artificiais: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 343-354, 2005.

MARKOWITZ, J. C. et al. Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.196, p.468-74, 2008.

MARQUES, A. C. P. R.; RANIERI, M. A. Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.528.

MCLELLAN, A. T. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. **Addiction**, v. 97, n. 3, p. 249-252, 2002.

MCLELLAN, A. T. et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 168, n. 1, p. 26-33, 1980.

\_\_\_\_\_. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. **Journal of the American Medical Association**, v. 284, n. 13, p. 1689-1695, 2000.

\_\_\_\_\_. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. **Addiction**, v. 100, n. 4, p. 447-458, 2005.

\_\_\_\_\_. The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. **The American Journal on Addictions**, v. 15, n. 2, p. 113-124, 2006.

MCPHERSON, A.; MARTIN, C. R. A narrative review of the Beck Depression Inventory (BDI) and implications for its use in an alcohol-dependent population. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 17, n. 1, p. 19-30, 2010.

MILLER, N. S.; FLAHERTY, J. A. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 18, n. 1, p. 9-16, 2000.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MOONEY, A. Quality of life: questionnaires and questions. **Journal of Health Communication**, v. 11, n. 3, p. 327-41, 2006.

MOONS, P.; BUDTS, W.; GEEST, S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 7, p. 891-901, 2006.

MORGAN, T. J. et al. Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. **American Journal on Addictions**, v. 12, n. 3, p. 198-210, 2003.

MURPHY, D. A. et al. Self-report of longitudinal substance use: a comparison of the UCLA Natural History Interview and the Addiction Severity Index. **Journal of Drug Issues**, v. 40, n. 2, p. 495-516, 2010.

NAJAFI, M. et al. Quality of life in opium-addicted patients with coronary artery disease as measured with WHOQOL-BREF. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 55, n. 3, p. 247-256, 2009.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. D. Q. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, p. 273-282, 2005.

NEMES, M. I. B. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 171 p.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da adesão do paciente ao tratamento de doenças crônicas: diferenciando as abordagens epidemiológica e clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl.3, p. 392-400, 2009.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses**, 2010a. (Research Report Series). Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/comorbidity/treatment.html>. Acesso em: 08 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. **Principles of drug addiction treatment: a research based guide**. 2. ed. Bethesda: NIH Publication, 2009. 80 p.

\_\_\_\_\_. **Comorbidity: addiction and other mental illnesses**. Revised edition. 2010b (Research Report Series). Disponível em: <http://drugabuse.gov/ResearchReports/comorbidity/>. Acesso em: 08 ago. 2011.

OLIVEIRA, G. N. D. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 202 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993. 352 p.

\_\_\_\_\_. Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 3, n. 2, p. 95-136, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina no contexto dos sistemas locais de saúde (SILOS). 14 nov.1990. Genebra,1990.

PADAIGA, Z.; SUBATA, E.; VANAGAS, G. Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. **Medicina (Kaunas)**, v. 43, n. 3, p. 235, 2007.

PAL, R. et al. A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India community-based sample followed for 3 months. **Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism**, v. 42, n. 4, p. 328-332, 2007.

PASSOS, I. C. F. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 - 1996. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 19, n. 3, p. 231-239, 2003.

PECHANSKY, F.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. R. Was Goliath blind or ignorant? The struggle between evidence and passion in alcohol public policies in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 259-260, 2006.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, p. 317-321, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL (PMCS). Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e Drogas Reviver**. Caxias do Sul, 2009. 36 p.

PORTUGAL, F. B.; CORRÊA, A. P. M.; SIQUEIRA, M. M. D. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 6, p. 1-13, 2010.

PYNE, J. M. et al. Preference-weighted health-related quality of life measures and substance use disorder severity. **Addiction**, v. 103, n. 8, p. 1320-1329, 2008.

RAND, C. S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **American Journal of Cardiology**, v. 72, n. 10, p. 68-74, 1993.

REIS, R. D.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1965-1974, 2008.

RIBEIRO, M. S. Organizações de serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S., et al (Org.). **Aconselhamento e dependência química**. São Paulo: Roca, 2010. p. 588-624.

RIBEIRO, M. S. et al. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 203-211, 2008.

\_\_\_\_\_. Aplicabilidade da classificação de alcoolismo tipo A/tipo B. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, p. 17-25, 2009.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Guia de Saúde Mental**. Porto Alegre, 2002.

SAATCIOGLU, O.; YAPICI, A.; CAKMAK, D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. **Drug & Alcohol Review**, v. 27, n. 1, p. 83-90, 2008.

SÁNCHEZ-HERVÁS, E. et al. Addictive Severity in Cocaine Addicts Measured with the EuropASI: Differences between Composite Scores and Severity Ratings. **American Journal on Addictions**, v. 18, n. 5, p. 375-378, 2009.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605-614, 2009.

SILVA, V. A. et al. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 3, p. 133-8, 2003.

SILVEIRA, R. W. M.; REZENDE, D.; MOURA, W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.3, n.2, p. 184-197, 2010.

SCHUCKIT, M. A. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. **Addiction**, v. 101 Suppl 1, p. 76-88, 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, special issue on health-related quality of life: what is it and how should we measure it? **Social Science & Medicine**, v.41, n. p.1403-9, 1995.

\_\_\_\_\_. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998.

TIET, Q. Q. et al. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. **Addiction**, v. 102, n. 3, p. 432-440, 2007.

TONINI, N. S.; KANTORSKI, L. P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2009**. New York: United Nations Publication, 2009. 314 p.

VANDERPLASSCHEN, W. et al. The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 8, p. 913-922, 2004.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 317-324, 2011.

WHITE, W. L.; BOYLE, M.; LOVELAND, D. Alcoholism/Addiction as a Chronic Disease. **Alcoholism Treatment Quarterly**, v. 20, n. 3-4, p. 107-129, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO Press, 2002. 250 p.

\_\_\_\_\_. **Adherence to long-term therapies project: evidence for action**. Geneva: WHO Press, 2003. 110 p.

\_\_\_\_\_. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO Press, 2009. 62 p.

WIKLUND, I. Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. **Fundamental & Clinical Pharmacology**, v. 18, n. 3, p. 351-63, 2004.

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

ZUBARAN, C. et al. Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 5, p. 443-448, 2009.

## APÊNDICE- PROTOCOLO DE ATIVIDADES DO PROJETO TERAPÊUTICO E INFORMAÇÕES CLÍNICAS

<b>- Identificação:</b>	
<b>0. Data da Admissão:</b> ____/____/____	0. _____
<b>0.1 Reside no bairro:</b> _____	
<b>0.2 Qual condução utiliza para vir ao CAPS? (se ônibus especifique quantos)</b>	
<b>1. Técnico de Referência</b> 1.( ) Assistente Social 2.( ) Enfermeiro 3.( ) Psicólogo	1. _____
<b>Atividades Projeto Terapêutico Singular Últimos 6 meses</b>	
<b>2. Modalidade</b> 1.( ) Intensiva 2.( ) Semi-Intensiva 3.( ) Não-Intensiva	2. _____
<b>3. Grupo de Intervenção Breve: Quantas participações?</b> 1.( ) Uma 2.( ) Duas 3.( ) três 4.( ) quatro 5.( ) nenhuma	3. _____
<b>4. Grupo de Intervenção Breve para familiares – Quantas participações?</b> 1.( ) Uma 2.( ) Duas 3.( ) três 4.( ) quatro 5.( ) nenhuma	4. _____
<b>5. Utiliza medicação? Qual (is)?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. Quais? _____ _____ _____	5. _____
<b>6. Quem acompanha o tratamento médico?</b> 1.( ) Clínico 2.( ) Psiquiatra 3.( ) Ambos	6. _____
<b>7. Participa de Grupos Operativos?</b> 0.( ) Sim 1.( ) Não	7. _____
<b>8. Qual (is)?</b> 1.( ) Grupo de Mulheres. Quantos? _____. 2.( ) Grupo de Mães. Quantos? _____. 3.( ) Grupo Motivacional. Quantos? _____. 7.( ) Outro? Qual? _____ Quantos? _____	8. _____
<b>9. Grupo para Familiares e/ou rede social?</b> 0.( ) Sim. Quantos? _____. 1.( ) Não	9. _____
<b>10. Grupo Sentimentos:</b> 0.( ) Sim. Quantos? _____. 1.( ) Não	10. _____
<b>11. Participa de Oficinas terapêuticas?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. Quais e quantas vezes? _____ _____ _____	11. _____
<b>12. Foram realizadas visitas domiciliares?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. Quantas? _____	12. _____
<b>13. Desintoxicação no CAPS?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim.	13. _____
<b>14. Concluiu a desintoxicação?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. .	14. _____
<b>15. Familiar ou rede social acompanhou a desintoxicação?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim.	15. _____
<b>16. Abrigamento noturno durante a desintoxicação?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim.	16. _____
<b>17. Desintoxicação Hospitalar?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. .Quanto tempo? _____	17. _____
<b>18. Atendimento Individual</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. Quais? 1.( ) Técnico de Referência. Quantos? _____. 2.( ) Médico clínico-geral. Quantos? _____. 3( ) Médico psiquiatra. Quantos? _____. 4.( ) Psicoterapia. Quantos? _____.	18. _____
<b>19. Familiar acompanhou atendimentos individuais?</b> 0.( ) Não 1.( ) Sim. Quantos?	19. _____
<b>20. Não compareceram por <math>\geq</math> 1 mês?</b> 1.( ) sim 2.( ) Não 3. Quantos dias? _____	20. _____
<b>21. Qual o motivo do não comparecimento?</b> 1.( ) Abstinência 2.( ) Recaída 3.( ) Outro.Qual? _____.	21. _____
<b>22. Qual o motivo do retorno?</b> 1( ) recaída 2.( ) outro Qual? _____.	22. _____
<b>23. Diagnóstico (s) Médico (ou CID):</b> _____	23. _____
<b>Observações:</b> _____ _____ _____ _____ _____	

## ANEXO 1 - ESCALA DA GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA – ASI6

ASI6

# Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores.

O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

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

Dr. Flavio Pechansky:

[fpechans@uol.com.br](mailto:fpechans@uol.com.br)

<b>Estudo:</b> _____
<b>Número Protocolo:</b> _____
<b>Examinador:</b> _____
<b>Data da Aplicação:</b> ____/____/____

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

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

Códigos para aplicação  
do instrumento:

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

Resultado do teste de urina:

- Positivo       Negativo





## ASI6

**(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:**

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

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

Dias	

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

Dias	

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?

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

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

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

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

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

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

--	--

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

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

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

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

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

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

**Comentários:**


---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

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

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

--	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- \_\_\_1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
- \_\_\_2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
- \_\_\_3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
- \_\_\_4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
- \_\_\_5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

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

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| ___1. Dona-de-casa/do lar | ___5. Não procura por trabalho |
| ___2. Estudante           | ___6. Procura por trabalho     |
| ___3. Incapaz             | ___7. Institucionalizado       |
| ___4. Aposentado          | ___8. Outro _____              |

**Comentários:**


---

---

---

---

---

---

---

---

## ASI6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

ASI6

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

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

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

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

E25b.... últimos 6 meses? R\$

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

E26b.... últimos 6 meses? R\$

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

E27b.... últimos 6 meses? R\$

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

E28b.... últimos 6 meses? R\$

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

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

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

E30b.... últimos 6 meses? R\$

- E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]
- 1. Emprego
  - 2. Aposentadoria  
– ex. pensão, seguro social (INSS)
  - 3. Invalidez / Incapacidade  
– ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
  - 4. Seguro desemprego
  - 5. Assistência pública ou governamental  
– ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
  - 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
  - 7. Família, amigos ou sócios
  - 8. Dinheiro ilegal
  - 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão  
– ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
  - 10. Outras, ex. economias, etc:  
Especifique: \_\_\_\_\_
  - 11. Bicos
  - 12. Nenhuma

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

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

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

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

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

Comentários: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ASI6

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

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

Quantos dias você:

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

Uso de Álcool

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

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

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

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

Sintomas do ÁlcoolNos últimos 30 dias:

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

Comentários:


---



---



---



---



---



---

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

**ASI6**

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

**NOTA:** Se o entrevistado relata:

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

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

**Comentários adicionais:**

---



---



---



---

## AS16

## Uso de Substâncias – Categorias Problema

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

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

## Rota(s) de Administração

De que forma você já usou \_\_\_\_\_?

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

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

## Comentários adicionais:

---



---



---



---

## AS16

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

**D37.** Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?   – se nunca usou drogas ou medicação → D54

**D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?  
 0 – Sem uso (→ D45)                      3 – 3-6 vezes por semana  
 1 – 1-3 vezes por mês                      4 – Diariamente  
 2 – 1-2 vezes por semana

**D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   0 → D45

**D40.** Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   00 – se hoje, 01 – se ontem ou 02 – se 2 dias antes, etc.

**D41.** Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$         – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

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

**D42.** Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?  1 – Sim, 0 – Não

**D43.** Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?  1 – Sim, 0 – Não

**D44.** Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?  1 – Sim, 0 – Não

**D45.** Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?  1 – Sim, 0 – Não

**D46.** Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?   00 → D48

**D47.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?  
 0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente                              4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente

**D48.** Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?  
 0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente                              4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente

**D49.** Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?  
 0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente                              4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente

**D50.** Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?  1 – Sim, 0 – Não  
 – exclua medicações prescritas e apropriadamente tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas) 0 → D52

**D51.** Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?   Anos   Meses  
 [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

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

**D52.** Alguma vez você se injetou drogas?  1 – Sim, 0 – Não  
 [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 00 → D54

**D53.** Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?   Anos   Meses Atrás  
 – se nunca, codifique N e N  
 – se no último mês, codifique 00 00

**D54.** Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

**D55.** Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?   Anos   Meses Atrás  
 – se nunca, codifique N e N  
 – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

**D56.** Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?   N → D59  
 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo  
 – se nunca experimentou, codifique N

**D57.** Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

**D58.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

**D59.** Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?  1 – Sim, 0 – Não

**D60.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## AS16

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

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

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não  
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros<sup>2</sup> você tem? – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.  
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

**NOTA: Para F3 – F9:**

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

**Nos últimos 30 dias, você:**

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

**Comentários:**

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

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

**Nos últimos 30 dias (F19-F22):**

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

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

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

ASI6

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

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

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

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

ASI6

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

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)   Veze
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?  1 – Sim, 0 – Não 0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? **A. Últ. 6 meses**     **B. 30 Dias** 000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos  
0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões  
1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões  
2 – 6-25 sessões
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? **A. Últ. 6 meses**     **B. 30 Dias**   000 → NOTA

[NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]

- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?   Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica?  1 – Sim, 0 – Não

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

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

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

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

**Você (já):** **A.**  **B.**  **C.**   
Na vida 30 Dias Dias Atrás

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

**Você (já):**

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

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

Especifique: \_\_\_\_\_

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

**(P18 – P20) Nos últimos 30 dias:**

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

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

G15. Hora de Término:

**Comentários:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASI6**

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

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

1 – Ruim,                    2 – Satisfatória,                    3 – Boa                   

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

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

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

## AS16

**Lista de Álcool e Outras Drogas**

**Álcool** – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, 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 (oriental), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

**Sedativos** – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbital, 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, Novazepam, 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 (narcán), naltrexona (revia), diprenorfina,  $\beta$ -funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, tımasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, domot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPD, 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.

ASI6

## **Principais Grupos de Ocupação**

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**  
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**  
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**  
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**  
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**  
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**  
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**  
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e 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**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**  
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

ASI6

## *Escala de Intensidade*

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

## ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

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

### INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

**INSTRUÇÕES:** Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

0 Não me sinto triste

1 Me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar

0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

0 Não me sinto especialmente culpado(a)

1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo

3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo

0 Não acho que esteja sendo punido(a)

1 Acho que posso ser punido(a)

2 Creio que vou ser punido(a)

3 Acho que estou sendo punido(a)

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)

1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)

2 estou enojado(a) de mim

3 Eu me odeio

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade

0 Não choro mais que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava

2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo

3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes

1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo

3 Acredito que pareço feio(a)

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem como costumava

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual

1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava

2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa

3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

0 Meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 Meu apetite é muito pior agora

3 Absolutamente não tenho mais apetite

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio

2 Perdi mais do que 5 quilos

3 Perdi mais do que 7 quilos

*Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( )Sim ( )Não*

0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado em sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

**Subtotal da página 1** \_\_\_\_\_

**Subtotal da página 2** \_\_\_\_\_

**ESCORE TOTAL** \_\_\_\_\_

### ANEXO 3 - WHOQOL -BREF

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

#### WHOQOL – breve

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando **o que você acha de sua vida**, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parecer a melhor resposta.**

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as	1	2	3	4	5

	informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**ANEXO 4 - CARTA DE APROVAÇÃO COMPESQ**

**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto: PG Mestrado 02/2010  
Versão 01/2010

Pesquisadores: Elizeth Heldt e Maiko Marini

Título:.. PREDITORES DA ADESÃO AO PROJETO TERAPÉUTICO EM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 06 de Janeiro de 2010.

  
**Maria da Graça Oliveira Crossetti**  
Coordenadora da COMPESQ UFRGS

Profª Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ

**ANEXO 5 - CARTA DE APROVAÇÃO CEP/UFRGS**

**U F R G S**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

**CARTA DE APROVAÇÃO**

O Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

**Número:** 17886

**Título:** PREDITORES DA ADESÃO AO PROJETO TERAPÊUTICO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT - coordenador desde 15/03/2010  
MAIKO MARINI - pesquisador desde 15/03/2010

***O mesmo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs, em reunião realizada em 27/05/2010 - Sala de Reuniões do Gabinete do Reitor (Ex Salão Vermelho) - Prédio Reitoria, 6º andar, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho nacional de Saúde.***

Porto Alegre, Quinta-Feira, 27 de Maio de 2010

JOSE ARTUR BOGO CHIES  
Coordenador da comissão de ética