

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA FERNANDA ROSA DE ALMEIDA RAIMUNDO

**USO DE ÁLCOOL NO PADRÃO *BINGE* E CONSEQUÊNCIAS
EM USUÁRIOS DE DROGAS**

RIBEIRÃO PRETO

2015

MARIA FERNANDA ROSA DE ALMEIDA RAIMUNDO

**USO DE ÁLCOOL NO PADRÃO *BINGE* E CONSEQUÊNCIAS
EM USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de mestre em Ciências, Enfermagem
Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Raimundo, Maria Fernanda Rosa de Almeida

USO DE ÁLCOOL NO PADRÃO BINGE E CONSEQUÊNCIAS
EM USUÁRIOS DE DROGAS. Ribeirão Preto, 2015.

86 f. il. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Pillon, Sandra Cristina

1. Cocaína. 2. Cocaína Crack. 3. Beber em binge. 4. Enfermagem

USO DE ÁLCOOL NO PADRÃO *BINGE* E CONSEQUÊNCIAS EM USUÁRIOS DE DROGAS

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em Ciências, Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Aprovado em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por te abençoar todos os dias.

A minha mãe Valéria, meu pai Cássio, pelo incentivo e apoio nas minhas escolhas.

A minha Orientadora Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon, que desde a graduação vem contribuindo para a minha formação, com compreensão, apoio, correção, paciência e dedicação.

As minhas amigas Natália e Josélia que me auxiliaram e foram fundamentais neste estudo.

Aos Clientes do CAPSad de Ribeirão Preto, SP, que apresentaram contribuições essenciais a este trabalho.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e pelas contribuições.

A todos amigos que contribuíram de alguma forma.

RESUMO

RAIMUNDO, M. F. R. A. **USO DE ÁLCOOL NO PADRÃO *BINGE* E CONSEQUÊNCIAS EM USUÁRIOS DE DROGAS.** 86 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O estudo teve por objetivo avaliar o uso de álcool no padrão *binge* em usuários de drogas. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, da abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. A amostra foi composta por 140 usuários de drogas em tratamento. Constituíram instrumentos para coleta de dados: informações sociodemográficas, Escala de Gravidade de Dependência do Álcool (SADD), AUDIT-C, Escala de Severidade de Dependência de Drogas (SDS), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-Brief) e *The Drinker Inventory of Consequences* (DrInC). A amostra caracterizou-se predominantemente por adultos do sexo masculino, solteiros, cor negra/parda, com baixo nível de escolaridade, que professavam a religião católica. A maioria dos participantes fez uso de bebida alcoólica no padrão *binge* e nível severo de dependência alcoólica e de drogas. Na presente amostra não foram verificadas associações entre o consumo no padrão *binge* e situações de violências. Os usuários também apresentaram consequências mais graves nos aspectos físicos, interpessoais, intrapessoal, controle de impulso e responsabilidade social avaliadas pela escala DrInC. O uso pesado de álcool tem sido uma prática muito comum entre usuários de cocaína e crack, o que representa graves riscos para a saúde física e social dessas pessoas. Os resultados indicam a necessidade de estratégias interventivas para controle do uso de álcool nessa população.

Descritores: Consumo de bebidas alcoólicas; beber em *binge*; cuidados de enfermagem; cocaína; cocaína/ crack.

ABSTRACT

RAIMUNDO, M. F. R. A. **BINGE-DRINKING AND THE CONSEQUENCES AMONG DRUG USERS**. 86 f. DISSERTATION (Master's degree). School of Nursing at Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2015.

The study aimed to evaluate the binge-drinking among drugs users. It is a cross-sectional study of a quantitative approach. The study was developed in a Psychosocial Attention Center - Alcohol and drugs. The sample was composed of 140 drug users in treatment. The tools of data collection were: sociodemographic information, *Short Alcohol Dependence Data* (SADD), The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C), *Severity Dependence Scale* (SDS), Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-Brief) and Drinker Inventory of Consequences (DrInC). The sample was characterized predominantly by being adults, males, singles, black / brown color, with low education level, who professed the Catholic religion. Most participants made the use of alcohol in binge-drinking and severe levels of alcoholism and addiction. In the present sample was not identified associations between the binge-drinking and violence situations. Users also present more serious consequences in the physical, interpersonal, intrapersonal aspects, impulse control and social responsibility evaluated by DrInC scale. Heavy use of alcohol has been a very common practice for cocaine and crack users, which represents serious risks to physical and social health of these users. The results indicate the need for intervention strategies of alcohol use control with this population.

Keywords: Alcohol beverage consumption; binge drinking; nursing care; cocaine; cocaine/crack.

RESUMEM

RAIMUNDO, M. F. R. A. **BINGE DRINKING Y CONSECUENCIAS EN USUARIOS DE DROGAS**. 86 f. Disertación (MS). Ribeirão Preto Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El objetivo del estudio fue evaluar el binge-drinking en usuarios de drogas. Se trata de un estudio transversal, exploratorio con enfoque cuantitativo. El estudio fue realizado en un Centro de Atención Psicosocial - alcohol y drogas. La muestra estuvo constituida por 140 usuarios de drogas en tratamiento. Los instrumentos de recolección de datos fueron: información socio-demográfica, Escala de gravedad de la dependencia del alcohol (SADD), AUDIT-C, Escala de Severidad de Drogadicción (SDS), Cocaine Craving Questionnaire-Breve (CCQ-Brief) y el Inventario de las Consecuencias de beber (Drinc). La muestra se caracteriza principalmente por ser adulto, hombre, de color, negro, con bajo nivel de educación, que profesaban la religión católica. La mayoría de los participantes hicieron el uso de alcohol en el patrón *binge-drinking* y en niveles graves de alcoholismo y drogas. En la presente muestra no fue identificado asociaciones entre el consumo en el patrón binge-drinking y en las situaciones de violencia. Los usuarios también tienen consecuencias más graves en los aspectos físico, interpersonal, intrapersonal, control de los impulsos y la responsabilidad social evaluadas en la escala DrInC. El consumo excesivo de alcohol ha sido una práctica muy común en los usuarios de cocaína y crack, lo que representa graves riesgos para salud física y social de estas personas. Los resultados indican la necesidad de estrategias de intervención para el control del consumo de alcohol en esta población

Palabras clave: beber alcohol; consumo excesivo de alcohol en; cuidado de enfermera; cocaína; cocaína/ crack.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Critérios de diagnóstico para o uso nocivo (abuso) de substâncias, segundo a CID-10 e o DMS-IV.....	19
Quadro 2.	Critérios de diagnóstico para dependência de substâncias, segundo a CID-10 e o DMS-IV.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Informações sociodemográficas.....	39
Tabela 2.	Frequência do uso de álcool no padrão <i>binge</i>	40
Tabela 3.	Tipo de droga e frequência do uso no padrão <i>binge</i>	40
Tabela 4.	Comparação do nível de gravidade da DAS e uso no padrão <i>binge</i>	41
Tabela 5.	Comparação dos valores médios de gravidade de dependência do álcool (SADD), de drogas (SDS), da gravidade de fissura (CCQ-B) e o uso de álcool no padrão <i>binge</i>	41
Tabela 6.	Frequência de situações de violência após uso de cocaína/crack e uso de álcool no padrão <i>binge</i>	42
Tabela 7.	Comparação dos valores médios dos domínios da escala DrInC e o uso do álcool no padrão <i>binge</i>	42
Tabela 8.	Correlação dos domínios da escala DrInC e o uso de álcool no padrão <i>binge</i>	43

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol and Alcoholism</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
SNC	Sistema Nervoso Central
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para Usuário de Álcool e outras Drogas
GA	Grupo de Atendimento
GAG	Grupo de Acolhimento Geral para Adultos
GAF	Grupo de Acolhimento para Familiares
GAM	Grupo de Acolhimento Geral para Mulheres
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
SADD	Escala de Gravidade de Dependência do Álcool
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Identification Test-C</i>
SDS	Escala de Severidade da Dependência de Drogas
DrInC	<i>The Drinker Inventory of Consequences</i>
CCQ-B	<i>Cocaine Craving Questionnaire – Brief</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
1.1	Síndrome da dependência, uso nocivo e intoxicação.....	18
1.2	Os efeitos do álcool.....	22
1.3	Cocaína e crack.....	23
2.	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral.....	27
2.2	Objetivos específicos.....	27
3.	MATERIAL E MÉTODO	28
3.1	Desenho metodológico.....	29
3.2	Contexto da investigação.....	29
3.3	Amostra.....	30
3.4	Critérios de Inclusão.....	30
3.5	Critérios de Exclusão.....	31
3.6	Procedimentos.....	32
3.6.1	Recrutamento.....	32
3.6.2	Coleta de dados.....	32
3.6.3	Teste piloto.....	33
3.7	Instrumentos.....	33
3.7.1	Informações Sociodemográficas.....	33
3.7.2	<i>Short Alcohol Dependence Data (SADD)</i>	33
3.7.3	Alcohol Use Identification Test-C (AUDIT-C)	33
3.7.4	Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS).....	34
3.7.5	Inventário das Consequências do Beber (DrInC).....	34
3.7.6	Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B)	36
3.8	Aspectos Éticos.....	36
3.9	Análise Estatística.....	37
4.	RESULTADOS	38
5.	DISCUSSÃO	44
6.	CONCLUSÃO	54
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
8.	APÊNDICE	70
	A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
9.	ANEXOS	72
	A- Carta ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.....	73
	B- Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS).....	74
	C- Instrumentos de coleta de dados.....	80

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas acompanha a história do homem e mostra-se um comportamento muito aceito socialmente. De acordo com épocas e lugares, possui múltiplas finalidades, que abrangem desde aspectos religiosos, prazerosos até curativos (MacRal, 2010; CROCQ, 2007). No entanto, por ser a substância psicoativa mais consumida no mundo, o álcool pode causar efeitos significativos em um grande número de pessoas: tanto prazer quanto problemas de saúde (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). Há uma crescente preocupação com suas consequências, pois seu consumo prejudicial tornou-se um problema global de Saúde Pública, que compromete o indivíduo e a sociedade, gerando altos custos para o sistema social e de saúde (WHO, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as consequências do uso nocivo do álcool resultam, anualmente, em 2,5 milhões de mortes (WHO, 2011). Estima-se que indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (WHO, 2014). Sabe-se que a substância é consumida globalmente, porém seus padrões de consumo são influenciados por algumas variáveis, como cultura, desenvolvimento, faixa etária e normas sociais de uma população, de tal modo que seus efeitos não dependem somente da ação farmacológica, mas também da personalidade dos indivíduos, das suas ações e do seu contexto social (MacRal, 2010).

O álcool possui propriedades que causam dependência e afetam, de forma heterogênea, a população, cada qual com suas peculiaridades. As consequências de seu uso nocivo são evidentes nas esferas social e econômica e no sistema de saúde devido aos altos índices de morbimortalidade, levando o indivíduo à incapacidade. Anualmente o uso nocivo do álcool é responsável pela morte de aproximadamente 320 000 jovens em fase produtiva, o que supera o tabagismo como fator de risco para muitas doenças e também apresenta risco seis vezes maior do que o uso de drogas ilícitas. (WHO, 2011; REHM; MONTEIRO, 2005; BABOR et al., 2012).

Em virtude das preocupantes consequências, nota-se que houve um atraso por parte do governo em reconhecer os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas e assumir sua parcela de responsabilidade por eles. No início, o consumo de álcool não constituía objeto de preocupação nas políticas públicas, uma vez que as ações eram, a priori, direcionadas apenas aos usuários de drogas ilícitas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Adquiriu importância somente a partir das décadas de 1980 e 1990, após o início de estudos

epidemiológicos sobre as associações entre os vários problemas de saúde e o uso de álcool e outras drogas (MACHADO, 2006).

Assim, em decorrência de sua associação a problemas, o consumo de álcool passou a receber maior atenção e atrair o interesse de pesquisadores que intencionavam compreender esse fenômeno. No Brasil, o impacto gerado pelo uso nocivo não diverge da realidade global. Há tempos levantamentos nacionais sobre uso de álcool e/ ou de drogas têm sinalizado para o evidente crescimento do consumo de álcool na população geral. Nas pesquisas epidemiológicas, constata-se predominância de estudos de levantamentos populacionais, desenvolvidos, a princípio, principalmente pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Os primeiros levantamentos realizados sobre o consumo de drogas entre estudantes de 12 a 18 anos ocorreram a partir de 1987, dando início a uma série de pesquisas sobre esses jovens. Entretanto, somente em 2004 foi realizado estudo em âmbito nacional, envolvendo 27 capitais brasileiras, desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Esse centro de pesquisa também realizou, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, outros cinco levantamentos com crianças em situação de rua e, em 2003, ampliou sua amostra englobando 27 capitais brasileiras. A partir de 1999, o CEBRID realizou o primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo. Nos anos de 2001 e 2005, outros dois levantamentos sobre o uso de drogas psicotrópicas foram realizados, abrangendo as 107 maiores cidades brasileiras (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Os resultados desses estudos evidenciam que o número de usuários de substâncias psicoativas está em notório crescimento no Brasil, sendo o álcool e o tabaco as drogas mais consumidas (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Uma pesquisa que avaliou padrões de consumo de álcool na população brasileira mostrou que quase a metade (48%) da amostra era abstinente e 28% (40% homens e 18% mulheres) haviam consumido bebidas alcoólicas no padrão de intoxicação (*binge*) pelo menos uma vez no ano anterior à entrevista. Além disso, revelou que 3% dos entrevistados fizeram uso nocivo de álcool e 9% eram dependentes dessa substância (LARANJEIRA; PINSKY; ZALESKY, 2007).

Alguns estudos recomendam não investigar apenas a frequência de consumo de bebida alcoólica, mas a quantidade ingerida em uma única ocasião, o que tem se mostrado relevante, uma vez que o volume médio ingerido é fator importante para avaliação dos riscos atribuíveis

ao álcool, pois relaciona-se aos índices de doença e mortalidade. Assim, com o aumento da ingestão de bebida alcoólica, maiores são os problemas de saúde (MELONI, LARANJEIRA, 2004; REHN et al., 2003).

Sabe-se que existem diversos padrões de consumo de bebidas alcoólicas. Atualmente, as pesquisas vêm destacando um determinado tipo de ingestão, cada vez mais frequente e com importantes consequências: o *binge drinking*. Trata-se de um padrão caracterizado pelo consumo de grande quantidade de álcool, num período curto de tempo, prática descrita na literatura como *binge-drinking*, ou beber em *bing*. Esse termo é empregado para definir o “uso pesado episódico do álcool”. Um tipo de consumo de risco elevado e frequentemente associado a uma série de problemas - físicos, sociais e mentais (NAIMI et al., 2003). Esse padrão resulta ainda em importantes modificações neurofisiológicas (desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento e diminuição da coordenação motora) (BREWER; SWAHN; MONICA, 2005).

A OMS considera que, em muitos países, o comportamento do beber está bastante superior ao esperado, uma vez que esse órgão estabelece que para se evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de duas a três doses por dia para homens e de uma a duas doses por dia para mulheres. Os homens não devem ultrapassar o consumo de três doses diárias de álcool e as mulheres duas doses diárias (WHO, 2014).

As características do consumo de álcool e suas complicações estão relacionadas ao volume de bebida ingerido e à frequência de uso (FERREIRA et al., 2013). Os bebedores que consomem no padrão *binge* apresentam maiores danos quando comparados a indivíduos que consomem em um padrão contínuo, porém em menor volume. De acordo com o *National Institute on Alcohol and Alcoholism* (NIAAA) dos Estados Unidos da América (EUA), o consumo em *binge* é descrito como um comportamento que potencializa os danos associados ao uso do álcool, representando risco para a saúde e elevados custos econômicos e sociais (NUNES, 2012; MILLERS et al., 2005).

O beber em *binge* tem sido um problema presente em diferentes culturas, cada qual com suas especificidades. Em 2001, nos EUA, um estudo revelou que 14,3% dos indivíduos adultos fizeram consumo em *binge* nos últimos 30 dias, e apesar de o consumo ser elevado em jovens, todas as faixas etárias apresentaram consumo nesse padrão (TIMOTHY et al., 2003). Assim como os EUA, países europeus também estão apresentando um aumento no consumo excessivo de álcool. O consumo no padrão *binge* foi identificado predominantemente na população jovem e adulta, e o sexo masculino tende a consumir mais quando comparado ao feminino (KUNTSCHE; REHM; GMEL, 2004).

A Região Europeia apresenta um dos maiores impactos atribuíveis ao álcool, associado a problemas de saúde, e os maiores danos ocorrem em bebedores que consomem no padrão *binge* (RHEM et al., 2011; REHM, 2013). Na Europa, é atribuível a 15% dos homens e 6% das mulheres o beber em *binge*, o que representa um risco significativo de danos à saúde (ANDERSON; BAUMBURG, 2006).

Relatório mais recente constatou que o consumo em *binge* vem aumentando nos EUA: 17,1% da população fizeram consumo nesse padrão com maior frequência e intensidade. Indivíduos que iniciaram o consumo precoce de álcool apresentam três vezes mais chances de consumir no padrão *binge*, porém foi observado que os episódios de beber pesado tendem a diminuir com a idade (CDC, 2012; CAETANO et al., 2012).

Os resultados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na população brasileira, realizado em 2007, foram relevantes para conhecer o quanto a população brasileira está bebendo. O levantamento envolveu 3007 entrevistados, e os resultados evidenciaram que metade dos brasileiros acima de 18 anos bebeu pelo menos uma vez ao ano, a maioria do sexo masculino. Nessa amostra, em relação à frequência do beber, 11% dos entrevistados relataram beber todos os dias e 28% entre 1 a 4 vezes na semana. Identificou-se ainda que 38% dos homens que beberam no último ano consumiram bebidas alcoólicas no padrão *binge*. Esse levantamento conclui que a população brasileira está bebendo em quantidades prejudiciais, o que pode ocasionar problemas (LENAD, 2007).

O relatório brasileiro sobre drogas de 2009 mostrou dados que corroboram os resultados dos levantamentos anteriores, no sentido do álcool representar a droga de abuso mais consumida entre os brasileiros, durante a vida, seguida pelo tabaco (DUART; STEMPLIUK; BARROSO, 2009). O I Levantamento identificou ainda que os brasileiros estão consumindo bebidas alcoólicas em níveis prejudiciais, e que 9% fazem uso pesado dessa substância (LENAD, 2007).

Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado em 2012, revelaram que o consumo de álcool foi identificado novamente em metade da amostra investigada, que corresponde àqueles que fizeram uso de bebida pelo menos uma vez ao ano. Os índices se mantiveram em relação ao estudo anterior, porém indivíduos que já consumiam a bebida alcoólica estão provavelmente consumindo em maior quantidade e frequência. Os dados também são preocupantes, uma vez que 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram no padrão *binge*, no último ano. Na comparação entre os anos de 2006 e 2012, os índices de bebedores frequentes aumentaram 20% e o beber no padrão *binge* elevou-se em mais de 30%. O consumo nesse padrão foi caracterizado em brasileiros do sexo masculino e

jovens, entretanto outro resultado relevante desse levantamento foi em relação às mulheres jovens: entre elas, o índice do uso de álcool aumentou em mais de 30%, além de estarem consumindo bebidas alcoólicas de forma mais nociva (LENAD, 2012).

Podem ser observadas, por meio de dados epidemiológicos sobre o uso de álcool no Brasil, evidências crescentes dos índices de abuso e dependência na população. Seu consumo tem se tornado um hábito muito comum e frequente na população de um modo geral. O álcool é uma substância psicoativa que atinge todas as classes sociais, independentemente do sexo, raça, idade ou nível de escolaridade. Estudo identificou associações entre o uso de álcool e riscos para a saúde do indivíduo, tais como consequências médicas e psiquiátricas, problemas econômicos e sociais que impulsionavam os índices de morbimortalidade (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

A intensificação do uso e abuso do álcool gera importantes consequências para a saúde do indivíduo, como a síndrome de dependência do álcool, que se caracteriza por um transtorno psiquiátrico com extensas repercussões, identificado em 17% da população brasileira (aproximadamente, 11,7 milhões de pessoas dependentes ou abusadores dessa substância (LARANJEIRA *et al.*, 2013; GIGLIOTTI; BESSA, 2004). As consequências na vida do usuário foram evidenciadas a curto, médio e longo prazo, como a presença de problemas físicos, mentais e sociais, resultando em importantes modificações neurofisiológicas, por exemplo desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento e redução da coordenação motora (NAIMI *et al.*, 2003; LARANJEIRA, 2007; ARANTES, 2012; PARADA, 2012).

Quando associado a outras drogas, o álcool é um importante fator causal para o desenvolvimento de mais de 60 tipos de doenças. Segundo a OMS (2011), seu uso nocivo está relacionado aos principais fatores que contribuem para o início de transtornos neuropsiquiátricos, epilepsia e outras doenças não transmissíveis, doenças cardiovasculares e cirrose hepática. O uso da substância também está relacionado a comportamentos sexuais que expõem o indivíduo a riscos, como HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. O consumo também pode contribuir para indivíduos manterem múltiplos parceiros sexuais e relações sexuais não planejadas (WHO, 2011; ABDALA *et al.*, 2013).

Além de todas essas consequências, o beber nocivo apresenta forte relação com diversos prejuízos sociais e de relacionamentos. Sob o efeito do álcool, os indivíduos tendem a se envolver em discussões, quedas, acidentes de trânsito, agressões físicas, problemas no trabalho, suicídio e homicídio (SILVEIRA *et al.*, 2008). Também pode causar a perda de alguns anos de vida, devido a mortes ou prejuízos, quando comparado ao uso de outras drogas

(WHO, 2004). Em diversos países, o álcool é responsável por 30 a 50% de acidentes graves e fatais (MARIN; QUEIROZ, 2000).

Nos levantamentos domiciliares, 3,1% dos entrevistados relataram algum envolvimento com agressão física e 6,3% afirmaram já ter discutido sob o efeito do álcool (CEBRID, 2002; CEBRID, 2005). O II LENAD mostrou que 8% (7,4 milhões de pessoas) confirmaram a vivência de problemas relacionados ao uso do álcool. Outro dado é que 6% de jovens do sexo masculino já se envolveram em situações de violência, como briga com agressão física, e um em cada dez brasileiros possuía uma arma de fogo, índice que aumenta para mais de 10% na população jovem, com problemas relacionados ao beber (LENAD, 2012).

1.1 Síndrome de Dependência, uso nocivo e intoxicação

Como há distintas maneiras de consumir substâncias psicoativas, foi necessário estabelecer os diferentes conceitos, com base na classificação e critérios diagnósticos, para unificação de uma linguagem de forma a contribuir, na prática clínica, para identificação do tipo de uso, compreensão dos fenômenos envolvidos e definição de tratamentos resolutivos (GIGLIOTTIA; BESSAB, 2004; SEGATTO et al., 2007; RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006).

O conceito de síndrome de dependência e seus critérios de diagnóstico foram elaborados pela escola britânica de Griffith Edwards (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005) e serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos de classificação de doenças mentais. São eles: Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10), que se encontra em sua décima versão (OMS, 1993), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta versão (DSM – IV) (APA, 2003). Com um caráter objetivo, facilitam o trabalho do profissional.

Essas classificações constituem os principais critérios diagnósticos utilizados para definição de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, classificando o nível de consumo em: uso nocivo e dependência (OMS, 1993; APA, 2003).

O uso nocivo é um padrão que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário. Na CID – 10, o termo caracteriza-se por um padrão que resulta em dano físico e/ou mental ao indivíduo de modo recorrente, mas geralmente restrito ao período do consumo. Esse padrão de consumo é uma condição transitória, durante a qual o indivíduo pode interromper ou manter o consumo por um período prolongado, sem apresentar critérios para

dependência (OMS, 1993). No DSM – IV, utiliza-se o termo "abuso" de substâncias para o uso nocivo, caracterizando-o por um padrão mal adaptativo de uso, em que há consumo recorrente da substância e o indivíduo apresenta consequências adversas. A pessoa desenvolve problemas físicos, legais, sociais e interpessoais recorrentes, falha em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel na sociedade e não preenche critérios para dependência (APA, 2003).

Os conceitos de uso nocivo dos dois critérios de classificação são semelhantes, claros e objetivos, existindo diferenças apenas entre algumas especificações. Na CID – 10, não há especificações sobre desenvolvimento de problemas legais, os quais se encontram descritos no DSM – IV, e este já não especifica as alterações físicas e a relação de prejuízo decorrentes do uso da substância, o que é previsto na CID – 10 (Quadro 1) (OMS, 1993; APA, 2003).

Quadro 1. Critérios de diagnóstico de uso nocivo (abuso) de substâncias, segundo a CID – 10 e o DSM – IV.

CID-10	DSM-IV
<p>O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário.</p> <p>Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos.</p> <p>Uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um distúrbio psicótico ou outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool ou drogas estiver presente.</p>	<p>A. Padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um compromisso ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso constante da substância, resultando no fracasso em cumprir obrigações no trabalho, na escola ou em casa. 2. Uso constante da substância em situações fisicamente comprometedoras. 3. Problemas legais constantes relacionados ao uso da substância. 4. Uso contínuo da substância, apesar de ter um problema social ou interpessoal persistente ou constante, ou que seria exacerbado pelos efeitos da substância. <p>B. Nunca preencher os critérios para dependência desta substância.</p>

Fonte: OMS, 1993; APA, 2003.

É importante definir o diagnóstico de dependência ou de uso nocivo, para avaliar os possíveis riscos e potenciais problemas devido ao padrão de consumo e, dessa forma, possibilitar intervenções mais efetivas no seu tratamento. (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 2005; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Antigamente, a dependência não era considerada uma doença, mas, após pesquisas, passou a ser concebida como um transtorno psiquiátrico com características e realidade social específicas. O profissional de saúde deve reconhecer as consequências e compreender os motivos que a geraram, para que possa identificar as causas e os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas na singularidade do usuário (PRATTA; SANTOS, 2011).

A síndrome de dependência, segundo a CID – 10, é um transtorno caracterizado por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após episódios repetidos de consumo de uma substância psicoativa. Esse conjunto determina como o indivíduo se relaciona com a substância: forte desejo de usá-la, dificuldade de controlar o consumo, utilização persistente, apesar de suas graves consequências, prioridade conferida ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância pela droga e surgimento dos sintomas de abstinência física, resultando em forte associação entre o desenvolvimento e a manutenção da dependência. O padrão de consumo da dependência ocasiona danos significativos, físicos ou psíquicos, para a saúde (OMS, 1993).

O DSM – IV define a dependência de substância pela presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, em que o indivíduo continua utilizando, apesar de apresentar problemas significativos a ela relacionados (APA, 2003).

Os critérios diagnósticos da síndrome de dependência abordados pela CID – 10 e pelo DSM – IV (APA, 2002) estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios diagnósticos para a dependência de substâncias, segundo a CID – 10 e o DSM - IV

CID-10	DSM-IV
<p>O diagnóstico de dependência deve ser realizado se três ou mais dos seguintes são experienciados ou manifestados durante o ano anterior.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância. 2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo. 3. Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. 4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas. 5. Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos. 6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo. 	<p>Um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante qualquer tempo, num período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por um dos seguintes critérios <ol style="list-style-type: none"> a. necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado. b. efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância. 2. Abstinência, manifestada por um dos seguintes critérios. <ol style="list-style-type: none"> a. síndrome de abstinência característica da substância b. a mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado. 4. Um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância. 5. Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos. 6. Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância. 7. Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância. <p>A dependência da substância é fisiológica se houver evidência de tolerância ou abstinência. Se nenhuma dessas características estiver presente, a dependência da substância é classificada como "sem dependência fisiológica".</p>

Fonte: OMS,1993; APA, 2003

O diagnóstico da síndrome de dependência de substâncias psicoativas é caracterizado pela presença de pelo menos três dos critérios definidos pela CID – 10 (OMS, 1993) e o DSM

– IV o define pelo agrupamento de três ou mais dos sintomas apresentados no quadro acima, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses (APA, 2003).

Segundo a CID – 10, para elaboração do diagnóstico do transtorno de dependência de substâncias, deve ser feita classificação de acordo com a utilização de uma substância única ou pela classe de substâncias mais importante usada (por exemplo, o álcool).

Importante lembrar também que é preciso compreender algumas características que determinam a dependência e o padrão de consumo, por exemplo o uso associado de múltiplas drogas para diminuição dos efeitos negativos e prolongamento dos prazeros e até mesmo o ritual de consumo presente no momento do uso da substância, que possibilita maior envolvimento da pessoa e manutenção do consumo. (RIBEIRO; DUALIBI, 2010; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

O diagnóstico deve ser realizado com base nas classificações apresentadas, considerando os padrões de consumo e a identificação das associações presentes nesse uso, com a finalidade de compreender e considerar o contexto do usuário. Essa conduta permite traçar o melhor plano terapêutico para favorecer a manutenção desse indivíduo no tratamento (AZEVEDO et al., 2012).

1.2 Os efeitos do álcool

O consumo do álcool tem relevância epidemiológica, está relacionado a distúrbios físicos e psíquicos e, quanto torna o indivíduo incapaz de assumir suas obrigações, passa a ser considerado uma doença. O impacto do álcool produz consequências graves e irreversíveis, que se tornam uma barreira para os serviços, uma vez que o álcool já causa mais problemas que outras drogas ilícitas.

A ação do álcool no organismo é influenciada por fatores como frequência da ingestão, quantidade ingerida e absorvida pelo corpo, variabilidade e sensibilidade individual e velocidade de metabolização do álcool (Brasil, 2014).

O álcool atua no sistema nervoso central (SNC), atinge os neurônios, produz diferentes impactos, podendo estar associado a diferentes comportamentos, como diminuição das inibições ou severas perdas motoras e cognitivas (WONG et al., 2008). Sua ingestão em pequenas doses pode resultar em dificuldades motoras, e o indivíduo apresenta um tempo maior de reação aos estímulos e decréscimos na memória. O uso prolongado pode causar danos permanentes no tecido cerebral, o que compromete as habilidades cognitivas,

perceptuais, verbais e motoras, além de causar desequilíbrio e dificuldades de coordenação. (KOLLING, et al., 2007).

O alcoolismo está associado a importantes alterações nutricionais e metabólicas e doenças cardiovasculares. No que se refere ao sistema cardiovascular, o consumo elevado e frequente de álcool induz o aumento da pressão arterial, desregulação de lipídeos e triglicérides e potencializa o risco de infarto do miocárdio e doenças cerebrovasculares. (SOUSA et al., 2009; JARVIS et al., 2009).

Os problemas no sistema digestivo são frequentes e os indivíduos estão suscetíveis a patologias como câncer, doenças do fígado, cirrose, hepatite alcoólica, gastrite e pancreatite. O consumo abusivo do álcool é a principal etiologia de pancreatite crônica, caracterizada por fortes dores abdominais. A maioria dos indivíduos só se conscientiza e busca tratamento médico para o uso prejudicial de bebida alcoólica quando surge um problema físico. (PICCOLOTO et al., 2006).

1.3 Cocaína e Crack

A cocaína tem ação direta no SNC intensificando a ação da dopamina e da noradrenalina, que são neurotransmissores excitatórios. Assim, sua ação é estimulante. Como resultado, produz euforia, ansiedade e estado de alerta. O crack provoca o mesmo efeito, porém como sua via de administração é aspirada, alcança o pulmão, órgão com intensa vascularização, onde é imediatamente absorvido, produzindo seus efeitos rapidamente e com elevada duração, (cerca de cinco minutos) quando comparado à cocaína inalada, cujos efeitos surgem em vinte minutos. Consequentemente, quem faz uso da forma fumada, volta a usar mais frequentemente, levando a uma dependência mais rápida (CARLINI et al., 2005).

O crack é uma apresentação da cocaína em evidente expansão no Brasil. Trata-se de uma nova forma de uso da cocaína (fumada), uma mistura de pasta de cocaína e bicarbonato de sódio, que tem se constituído em relevante problema de saúde pública para o Brasil e outros países (NAPPO, SANCHEZ, RIBEIRO, 2012). É uma forma potente da cocaína que resulta em rápido e notável efeito estimulante quando fumada, o que parece ser um dos fatores responsáveis pelo seu alto poder de dependência. Essa droga se expandiu pelo território brasileiro, facilitado por seu baixo custo de comercialização e seus efeitos estimulantes e prazerosos, atingindo diferentes classes sociais (RODRIGUES et al., 2012).

O Relatório Internacional sobre drogas no mundo mostrou que 5% da população, com idade entre 15 e 64 anos, fez uso de alguma substância ilícita no ano de 2010. A prevalência

mundial de uso de cocaína representou 0,6%, enquanto que, nos EUA, houve queda de 3% para 2,2%, o que significa uma diminuição do uso. No entanto, em alguns países da América do Sul esse consumo está crescente (UNODC, 2012).

O Brasil apresenta um mercado de cocaína/crack em franco crescimento. Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado em 2012, envolvendo 4,6 mil pessoas com idade superior a 14 anos, destacaram o Brasil como o maior mercado mundial. O uso do crack representa 20% do consumo mundial e a cocaína o segundo maior mercado. De acordo com esses dados, seis milhões da população adulta (4%) já experimentaram cocaína em algum momento na vida. Entre os adolescentes (14 a 18 anos), 44 mil relataram ter usado a droga. No ano de 2011, 2,6 milhões de adultos e 244 mil adolescentes usaram cocaína. Em relação às suas diferentes apresentações, a forma mais comum é a intranasal. Somente no último ano, 2,3 milhões de pessoas da população adulta fizeram uso. A cocaína fumada, exemplificada pelo crack e óxi, já foi usada pelo menos uma vez na vida por 1,4% da população adulta (2,6 milhões). Já entre os adolescentes que a experimentaram, os valores diminuem para 150 mil (1%) (LENAD, 2012).

Se, por si só, o consumo de álcool tem várias consequências para a saúde física e mental do indivíduo, quando associado ao uso de outras substâncias, como cocaína e/ou crack, os prejuízos são ainda maiores. O uso de álcool e outras substâncias psicoativas correlaciona-se às causas de violência, segundo levantamento realizado em 2012, o qual identificou que 6,6 milhões de pessoas já se feriram em consequência do consumo do álcool, e 57% dos jovens envolvidos em brigas também fizeram uso de cocaína (LENAD, 2012).

A associação do consumo de álcool e de cocaína acarreta problemas à saúde pública, gera uma série de complicações clínicas, psiquiátricas e, portanto, contribui para o aumento dos índices de morbimortalidade. Os usuários de cocaína e/ou crack, na maioria das vezes, apresentam problemas com outras drogas. Verifica-se, na prática clínica e nas pesquisas, que os dependentes de cocaína e crack, em geral, são também dependentes de outras substâncias psicoativas e fazem uso problemático de álcool (KOLLING et al., 2007).

O consumo de álcool e de cocaína é a associação mais frequente, segundo estudo que considera este um hábito cada vez mais presente entre os usuários de drogas (VASCONCELOS et al., 2001). O consumo individual de álcool gera consequências físicas, mentais e sociais e, quando associado a outra substância ilícita, entre elas a cocaína, nas suas distintas formas de uso, os prejuízos se intensificam. As justificativas para o consumo conjunto das duas substâncias referem-se à elevação dos efeitos de prazer ou neutralização das sensações negativas, como alucinações, delírios, fissuras, depressão e arrependimento.

Seu uso também ocorre na ausência da droga de consumo prioritária ou por influência de outros usuários (OLIVEIRA, 2007; GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006). Assim, uma droga estimula o consumo da outra (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

No organismo, a interação entre essas duas drogas produz uma substância denominada cocaetileno, que apresenta mecanismos de ação tóxica semelhante e mais elevada do que a própria cocaína (CHASIN, 1996). O cocaetileno é o único metabólito da cocaína formado na presença do etanol. Sua lenta remoção do organismo torna a associação um atrativo (VASCONCELOS, 2001). Estudos apontam que o uso crônico de álcool e/ou cocaína/ crack pode desencadear o desenvolvimento de quadros psiquiátricos, principalmente transtornos do humor (SCHEFFER, PASA, ALMEIDA, 2010), bem como originar sérios problemas cardiovasculares e de toxicidade no fígado (SOBEL, RILEY, 1999), perda crescente do controle do consumo, aumento prolongado da euforia, problemas sociais e condutas violentas que levam a comportamentos de risco, constituindo a base para quadros clínicos de maior gravidade (PRIOR et al., 2006).

Estudos identificam forte relação entre os usuários que fazem uso frequente de álcool e cocaína. Essas substâncias provocam elevados níveis de ansiedade e desejo, que tornam o indivíduo mais suscetível a recaídas durante o tratamento, aumentam sua vulnerabilidade ao estresse e ao consumo de outras drogas, como tabaco e maconha (FOX, 2005; HEDDEN, 2009). Indivíduos usuários de múltiplas drogas apresentam alto comprometimento de funções cognitivas, como memória, e funções executivas, como planejamento, execução de diversas tarefas, fluência, entre outros (FERNÁNDEZ-SERRANO et al., 2010).

O consumo de álcool é a associação mais frequente entre usuários de cocaína, presente em aproximadamente 54% deles (ALMEIDA, 2011). Estudos que avaliaram o uso de álcool no padrão *binge* em usuários de cocaína, nas suas diferentes formas, em tratamento ainda são escassos no Brasil. Os disponíveis mostraram apenas avaliações das consequências para cada droga de forma separada. O uso de álcool no padrão *binge* e suas consequências vão além da natureza clínica, perpassam os problemas sociais, muitas vezes indissociáveis, mas podem ser prevenidos precocemente. Desse modo, torna-se de extrema importância conhecer o perfil desta população, que vem crescendo nos programas de tratamento e, assim, identificar suas especificidades e compreender as características relacionadas ao beber em *binge*, a fim de oferecer uma assistência de qualidade a essas pessoas.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o uso de álcool no padrão *binge* em usuário de cocaína, crack e múltiplas drogas em tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários de cocaína, crack e múltiplas drogas;
- Avaliar o uso de álcool no padrão *binge* em usuários de cocaína, crack e múltiplas drogas.
- Identificar as possíveis relações do uso de álcool no padrão *binge* em usuários de cocaína, crack e múltiplas drogas.

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho metodológico

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, da abordagem quantitativa.

3.2 Contexto da investigação

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas, localizado em município de médio porte no sudeste paulista (Ribeirão Preto, SP).

Trata-se de um serviço pioneiro na assistência aos usuários de álcool e/ou de drogas, subsidiado e descrito pela Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e/ou outras Drogas, criado pela necessidade de um centro especializado, e de referência, para a rede de saúde mental em Ribeirão Preto, SP (CAPS-AD II, 2013).

O CAPSad II foi criado no Sanatório Espírita Vicente de Paulo em Ribeirão Preto, SP, em 1996, em parceria com a Prefeitura Municipal. Conveniado com o SUS, está integrado à rede de atendimento à saúde do município, composta pela Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Unidade de Desintoxicação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e por outras unidades básicas de saúde do município (Ministério da Saúde, 2002; CAPS-AD II, 2013).

O CAPSad II funciona diariamente, oferece atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e orientação) e em grupo (acolhimento, oficinas terapêuticas), bem como visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial. Atualmente atende aproximadamente 70 pacientes por dia; em 2012, foram atendidos 5502 pacientes, dos quais 840 eram casos novos, ou seja, pacientes que até então não haviam procurado tratamento para dependência (CAPS-AD II, 2013). Todo o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, assistente social, professor de educação física, nutricionista, auxiliares de enfermagem e administrativo, que trabalham de modo integrado e segundo proposta terapêutica comum (CAPS-AD II, 2013).

O usuário chega ao serviço por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento da assistência municipal, seja pela rede de saúde, seja pela assistência social. Antes de participar do Grupo de Acolhimento, ele é avaliado por um profissional, que realiza a anamnese com a finalidade de conhecer o tipo de droga, padrão de uso, possíveis sinais de

síndrome de abstinência e gravidade da dependência. Essa avaliação é dirigida aos pacientes que chegam pela primeira vez ao serviço (CAPS-AD II, 2013).

O grupo de acolhimento destina-se a todos os pacientes, tanto aos que frequentam regularmente o programa terapêutico quanto aos “ex-pacientes” que, quando necessário, retornam (CAPS-AD II, 2013).

Atualmente existem três modalidades de Grupo de Acolhimento (GA) que atuam separadamente: grupo de acolhimento geral para adultos (GAG), grupo de acolhimento para familiares (GAF) e grupo de acolhimento geral para mulheres (GAM). Além desses, há o grupo de manutenção de tratamento, para pacientes abstinentes há mais de um mês (CAPS-AD II, 2013). Geralmente, as consultas médicas são realizadas após verificação da necessidade de atendimento para problemas mentais ou físicos. Essa primeira avaliação é realizada pelo profissional de referência que acompanha os casos (CAPS-AD II, 2013).

Na organização de serviço, há um grupo de discussão de casos clínicos por parte da equipe e elaboração de um Programa Terapêutico, além da avaliação das facilidades e dificuldades de cada caso. Todo usuário do serviço possui um profissional de referência, que desenvolve um contrato terapêutico específico e o acompanha de maneira individual e personalizada (CAPS-AD II, 2013).

As atividades terapêuticas oferecidas no Programa Terapêutico estão centradas principalmente em atividades grupais; além do grupo de acolhimento, o Programa oferece psicoterapia individual/grupal, terapia ocupacional, oficinas terapêuticas (prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), expressão artística, mosaico, entre outras), avaliação nutricional e atividades esportivas e recreativas (CAPS-AD II, 2013).

3.3 Amostra

Estudou-se uma amostra clínica composta por 140 usuários de drogas que procuraram tratamento pela primeira vez no CAPSad II.

3.4 Critérios de inclusão

Para atender aos objetivos da pesquisa, foram incluídos clientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, matriculados no CAPSad II.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos indivíduos que apresentaram retardo mental grave, sintomas psicóticos evidentes e prejuízos cognitivos severos, avaliados por meio da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS-A), os quais constituíram critérios de exclusão no estudo (Anexo B).

Para avaliar os critérios de exclusão utilizou-se a BPRS-a (Anexo A). Elaborada em 1962 por Overall e Gorham, a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS) era composta inicialmente por 16 itens (OVERALL, GORHAM, 1962). Em 1965, foram acrescentados outros dois ("excitação" e "desorientação") e, dessa forma, passou a ser composta por 18 itens ou sintomas. Cada item psicopatológico da BPRS possui sete níveis de severidade (ausente, muito leve, leve, moderado, moderado para grave, grave, muito grave), correspondendo aos valores de 1 a 7. As definições operacionais dos níveis de gravidade do BPRS são muito subjetivas.

Em virtude da subjetividade da escala na versão padrão, Woerner e colaboradores criaram, em 1988, "âncoras" - definições operacionais para cada um dos graus de gravidade, com a finalidade de resolver o problema da subjetividade e torná-la mais confiável (WOERNER; MANUZZA; KANE, 1988).

A tradução para o português do BPRS baseou-se na versão ancorada de Woerner (1988), contando com escores que variam de zero a seis para os graus de severidade (ROMANO, ELKIS, 1996). Nesta tradução, o BPRS foi pontuado de zero a seis, e não de um a sete, devido ao fato de que Thompson, Buckley e Meltzer (1994) demonstraram que, na ausência de patologia, se esta fosse representada por um e não por zero, haveria uma superestimação da psicopatologia, permitindo o surgimento de falsos positivos.

Essa escala é constituída por quatro fatores:

- Distúrbio de Pensamento: composto por desorganização conceitual, conduta alucinatória e alteração do conteúdo do pensamento;
- Retraimento/Retardo Psicomotor: formado por retraimento emocional, retardo motor e afeto embotado;
- Hostilidade/Desconfiança: hostilidade, desconfiança e falta de cooperação com a entrevista;
- Ansiedade/Depressão: ansiedade, sentimentos de culpa e humor depressivo.

Várias análises fatoriais subsequentes, como a BPRS16 ou a BPRS18, por meio de diversas técnicas de extração de fatores (componente principal, varimax, oblíqua), continuaram igualmente identificando os quatro fatores.

A pontuação final é dada pela somatória de cada resposta, podendo variar de zero a 108 pontos. Para fins deste estudo, foram excluídos os pacientes que obtiveram pontuação de pelo menos quatro (moderadamente intensa), em pelo menos dois dos seguintes BPRS itens: Distúrbio de Pensamento e Hostilidade/Desconfiança.

3.6 Procedimentos

3.6.1 Recrutamento

Os clientes foram recrutados nas atividades terapêuticas de rotina do referido serviço, ou seja, no primeiro atendimento individual (triagem) ou no grupo de acolhimento. Essas atividades foram escolhidas uma vez que todos os clientes passam por assistência com a enfermeira ou outro profissional da equipe de saúde. Assim, foram convidados a participar da pesquisa e o agendamento ocorreu segundo sua disponibilidade de horário. Essa estratégia revelou-se necessária para que a participação na pesquisa não comprometesse a dinâmica do serviço. Os clientes foram apresentados aos pesquisadores pela enfermeira do serviço e esclarecidos quanto aos procedimentos da pesquisa. Mediante a aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido, sendo-lhes assegurado o recebimento de uma cópia. A entrevista foi agendada em local privativo. (Apêndice A)

3.6.2 Coleta de dados

A coleta foi realizada pelo pesquisador principal, com a colaboração de dois pesquisadores envolvidos na pesquisa desde seu início. Eles foram treinados para uniformização de entendimento e padronização da coleta de dados e uso dos instrumentos de pesquisa, com a finalidade de proporcionar informações fidedignas e homogêneas. O período da coleta de dados perfez três meses, no primeiro semestre de 2012. Os instrumentos foram aplicados em uma sala reservada, de maneira a preservar integralmente a privacidade do participante, assim otimizando a coleta dos dados e propiciando uma interação mais efetiva entre o entrevistador e o entrevistado.

3.6.3 Teste piloto

No mês de julho de 2011, realizou-se um teste piloto a fim de adaptar e padronizar os entrevistadores para utilização dos instrumentos de coleta de dados, além de avaliar a eficiência na forma de procedimento para a referida coleta.

3.7 Instrumentos

Para a coleta de dados, elaborou-se um questionário, contendo: (1) Informações sociodemográficas; (2) Escala de gravidade de dependência do álcool (SADD); (3) Alcohol Use Identification Test-C (AUDIT-C); (4) Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS) (5) *The Drinker Inventory of Consequences* (DrInC); (6) *Cocaine Craving Questionnaire – Brief* (CCQ-B).

Os instrumentos utilizados na coleta de dados constam do Anexo C.

3.7.1 Informações Sociodemográficas

Compostas por idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar.

3.7.2 *Short Alcohol Dependence Data* (SADD)

O *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) (RAISTRICK; DUNBOR; DAVIDSON, 1983) foi traduzido e validado para o português do Brasil por Jorge e Masur (1986). Trata-se de uma escala breve, constituída por 15 itens relacionados ao consumo do álcool, cujo objetivo é avaliar o grau de dependência dessa substância.

Há quatro alternativas de respostas para cada item: (0) Nunca; (1) Poucas vezes; (2) Muitas vezes; (3) Sempre. De acordo com o somatório total de pontos, os usuários são classificados nas seguintes categorias: um a nove = Dependência leve; 10 a 19 = Dependência moderada; 20 a 45 = Dependência grave.

3.7.3 *Alcohol Use Identification Test-C* (AUDIT-C)

O AUDIT-C é uma forma abreviada do AUDIT. Esse teste apresenta três questões referentes à quantidade e ao consumo no padrão *binge* (consumo de cinco ou mais doses em

uma ocasião). Para a leitura dos níveis de risco de consumo é necessário proceder ao somatório das respostas, que variam de 0 a 12 pontos, sendo diferenciada a pontuação entre os sexos - escores a partir de quatro pontos para o feminino e cinco para o masculino, o que indica um consumo nocivo e direciona a intervenção (Bush et al., 1998).

3.7.4 Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS)

Utilizou-se a Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS) para mensurar o nível de gravidade da dependência de cocaína e/ou crack (GOSSOP et al., 1995). A SDS é composta por cinco itens, os quais fornecem uma pontuação indicativa do nível de gravidade da dependência de drogas. Cada item possui um escore de respostas de quatro pontos. Assim, os itens de um a quatro estão compostos por: (0) Nunca ou quase nunca; (1) Algumas vezes; (2) Sempre; (3) Quase sempre. Para o item cinco, as respostas são (0) Não é difícil; (1) Difícil; (2) Muito difícil; (3) Impossível (GOSSOP et al.; 1995; FERRI et al., 2000).

A pontuação total é obtida por meio da soma dos cinco itens, os quais mensuram os sintomas da síndrome de dependência nos últimos 12 meses. Para sua leitura, quanto maior a pontuação, maior o nível de gravidade da dependência da droga (GOSSOP et al., 1995).

Trata-se de uma escala econômica, de fácil aplicação, que pode ser usada para avaliar o grau de severidade da dependência de diferentes tipos de drogas; foi validada no Brasil por Ferri e colaboradores, em 2000. A SDS leva em torno de cinco minutos para ser respondida (GOSSOP et al., 1995).

Em estudo realizado com 374 usuários de drogas, as pontuações para os usuários de cocaína, crack, maconha e álcool foram significativamente positivas, indicando que a versão em português da SDS é uma ferramenta de pesquisa válida (FERRI et al., 2000).

3.7.5 Inventário das Consequências do Beber (DrInC)

Este inventário avalia os problemas e as consequências do hábito de beber como um constructo distinto do consumo e dependência nas esferas física, interpessoal, intrapessoal, controle de impulsos e de responsabilidade social. Foi desenvolvido no Projeto MATCH para a descrição e avaliação do desfecho clínico (MILLER, TONIGAN, LONGABAUGH, 1995) e validado no Brasil (FIGLIE, 1999).

Está dividido em cinco domínios distribuídos em:

(1) consequências físicas (8 itens); refere-se às diversas consequências do beber abusivo, incluindo os efeitos agudos e crônicos da embriaguez. Os itens avaliam a ressaca, problemas do sono, doenças, prejuízos à saúde, hábito alimentar e danos relacionados ao beber.

(2) consequências interpessoais (10 itens); enfoca o impacto do beber sobre as relações da pessoa. As consequências adversas incluem o prejuízo ou a perda de uma amizade, ou de um relacionamento amoroso, prejuízos e perdas familiares, em função do beber de familiares, amigos, danos à reputação e ações cruéis ou confusas enquanto embriagado.

(3) consequências intrapessoais (8 itens); aborda as percepções subjetivas que podem ser observáveis por outros, as quais incluem maus sentimentos, infelicidade decorrente da bebedeira, experiências de mudanças de personalidade para pior e interferência com o crescimento pessoal, vida moral/espiritual, atividades e interesses, ter uma vida da forma como deseja.

(4) consequência da responsabilidade social (7 itens); destina-se às repercussões na esfera do desempenho de papéis, observadas por outros, as quais incluem problemas no trabalho e/ou escola (ausência, baixa qualidade no trabalho, demissão ou suspensão), significativas dificuldades financeiras, envolvimento em conflitos, falhas para atender às expectativas.

(5) consequências no controle dos impulsos (12 itens); inclui as sequelas da embriaguez, uso abusivo de outras substâncias (tabaco, drogas), ações impulsivas e tomada de risco, lutas físicas, acidentes de trânsito após beber e problemas com a lei, causar danos a outros ou a propriedades.

A pontuação total do inventário é o somatório dos escores, primeiro de cada domínio e posteriormente da escala total. As respostas são dicotômicas, (1) Sim e (0) Não, e sua somatória gera uma pontuação classificada em muito baixa (0 - 23 pontos), baixa (24 - 28 pontos), média (29 - 34 pontos), alta (35 - 38 pontos) e muito alta (39 - 45 pontos) (LONGABAUGH et al., 1994).

O fato da escala DrInC ser um instrumento de autorrelato possibilita uma avaliação quantitativa do julgamento do usuário, o que permite uma aproximação empírica da dimensão do funcionamento vital associado ao consumo do álcool (LONGABAUGH et al., 1994; PICCOLOTO et al., 2006).

3.7.6 Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B)

O CCQ-Brief foi desenvolvido por Sussner et al. Trata-se de uma escala composta por 10 itens, elaborada com base na versão original, a *Cocaine Craving Questionnaire Now* (CCQ-Now), que apresentava 45 itens, divididos em cinco categorias: desejo de usar cocaína, antecipação dos resultados positivos, alívio dos sintomas de abstinência ou afeto negativo, intenção e planejamento para o uso de crack e falta de controle do uso (TIFFANY et al., 1993).

No Brasil, foi validada por Silveira et al., (2006), em estudo envolvendo uma amostra de 247 indivíduos usuários de drogas, com bom valor de confiabilidade, valor de alfa de *Cronbach* = 0,90, indicando ser um instrumento positivo para avaliar a fissura ou *craving*. Na versão brasileira, a escala está composta por 10 itens e permite avaliação com base em seu escore total (com os itens 4 e 7 invertidos e somados aos demais itens). Dos pontos do fator 1 – somam-se todos os itens, exceto 4 e 7, e, no fator 2 – somam-se os itens 4 e 7 já invertidos.

As respostas do tipo *Likert* perfazem sete pontos, que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O escore do CCQ-Brief é obtido pela soma de pontos de todos os itens: quanto mais alta a pontuação na escala, maior o nível de gravidade da fissura.

3.8 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo A), Processo nº 381, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012.

Todos os clientes do CAPSad II que foram convidados a participar da pesquisa e aceitaram, conforme apresentado no recrutamento, foram novamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos para realização das entrevistas, as quais ocorreram em locais reservados, possibilitando-lhes tranquilidade e privacidade, bem como a garantia do seu anonimato.

Os participantes foram informados de que poderiam interromper ou encerrar a entrevista no momento em que desejassem e esclarecidos que a pesquisa não lhes causaria qualquer risco físico, social ou psicológico ou geraria custo econômico. Também foi ressaltado que as informações não alterariam seu tratamento no serviço.

3.9 Análise Estatística

Para análise do material, elaborou-se um banco de dados no *Statistical Program of Social Science* (SPSS) v. 19, for Windows.

Em um primeiro momento, realizou-se a análise exploratória por meio de médias, frequência e porcentagem dos dados, para elucidação das características da amostra e análise comparativa, a fim de avaliar as possíveis associações entre as variáveis estudadas.

Os dados foram avaliados por meio da estatística descritiva, para a caracterização da amostra quanto às variáveis em estudo. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, houve submissão dos dados ao Teste Exato de *Fisher*. (FISHER, 1935).

Utilizou-se também o teste Qui-quadrado para mensurar o grau de associação entre duas variáveis, pois ele permite testar a significância existente entre duas variáveis qualitativas, comparar proporções e as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento.

Para as comparações, foram utilizados testes *t-Student*, que confrontam duas médias provenientes de amostras não pareadas. Para a utilização desse teste é necessário avaliar se as variâncias entre os dois grupos são estatisticamente iguais, e se os dados seguem uma distribuição normal.

Resultados

4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 140 (100%) usuários de drogas, dos quais 113 (80, 7%) consumiram no padrão *binge*, caracterizados predominantemente por serem do sexo masculino, adultos, solteiros, de cor negra/parda, com baixo nível de escolaridade, que professavam a religião católica. Os pacientes que consumiram ou não bebidas alcoólicas no padrão *binge* não se diferenciaram em relação às características sociodemográficas na presente amostra. Dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Informações sociodemográficas e uso de álcool no padrão *binge*, segundo os usuários do CAPSad II (N=140). Ribeirão Preto, 2014.

		BD						Valor de p.
		Total		Sim		Não		
		n	%	n	%	N	%	
Total		140	100	113	80,7	27	19,3	
Sexo	Masculino	107	76,4	86	80,4	21	19,6	0,538 ^a
	Feminino	33	23,6	27	81,8	6	18,2	
Faixa etária	18 a 29 anos	51	36,4	38	74,5	13	25,5	
	30 a 49 anos	68	48,6	55	80,9	13	19,1	0,128 ^b
	50 anos ou mais	21	15,0	20	95,2	1	4,8	
Raça	Negra/Preta	76	54,3	61	80,3	15	19,7	0,528 ^a
	Branca	64	45,7	52	81,3	12	18,8	
Estado civil	União consensual	32	22,9	27	84,4	5	15,6	0,376 ^a
	Solteiro	108	77,1	86	79,6	22	20,4	
Escolaridade	Ensino Fundamental	80	57,1	70	87,5	10	12,5	0,061 ^b
	Ensino Médio	49	35,0	37	71,2	15	28,8	
	Ensino Superior	8	5,9	6	75,0	2	25,0	
Religião (n=104)	Católico	58	55,8	47	81,0	11	19,0	0,359 ^b
	Evangélico	37	35,6	31	83,8	6	16,2	
	Não tem	9	8,6	9	100,0	-	-	

^a Teste Exato de Fisher. ^b Teste Qui-quadrado. (*) $p \geq 0,05$

Quanto ao uso de drogas, 38,6% eram usuários de crack, 32,1% de múltiplas drogas e 29,3% de cocaína.

A frequência do consumo de bebida alcoólica no padrão *binge* foi maior em participantes que consumiram de 1 a 2 dias na semana e diariamente, com associações

estatisticamente significativas quando comparados aos que não consumiam nesse padrão. Dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência do uso de álcool no padrão *binge*, nos últimos seis meses, segundo os usuários do CAPSad II (n=140). Ribeirão Preto, 2014.

		BD				Valor de p.
		Não		Sim		
		n	%	N	%	
Frequência	Sem uso	25	62,5	15	37,5	0,000*
	1-3 vezes por mês	1	10,0	9	90,0	
	1-2 vezes por semana	-	-	11	100,0	
	3-6 vezes por semana	1	4,0	24	96,0	
	Diariamente	-	-	54	100,0	

Teste Qui-quadrado. (*) $p \leq 0,05$

O consumo de álcool no padrão *binge* ocorreu em maior porcentagem em usuários de múltiplas drogas, com frequência de consumo regular, nos últimos 30 dias e diariamente, quando comparados aos usuários de cocaína e de crack, com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3. Tipo de droga e frequência do uso no padrão *binge*, segundo os usuários do CAPSad II (n = 140). Ribeirão Preto, 2014.

BD		Drogas usadas										
		Cocaína				Crack				Múltiplas drogas		Valores de p
		n	%	n	%	n	%	n	%			
1. Consumo regular (3 ou mais dias/semana)	Não	13	35,1	24	64,9	-	-	0,000*				
	Sim	28	27,2	30	29,1	45	43,7					
2. Consumo nos últimos 30 dias	Não	24	38,7	28	45,2	10	16,1	0,001*				
	Sim	17	22,1	25	32,5	35	45,5					
3. Consumo diariamente nos últimos 50 dias ou mais	Não	10	37,0	17	63,0	-	-	0,000*				
	Sim	31	27,4	37	32,7	45	39,8					

Teste Qui-quadrado. (*) $p \leq 0,05$

Os usuários que consumiram no padrão *binge* apresentaram nível de gravidade de dependência de álcool (SAD) moderada.

Tabela 4. Comparação entre o nível de gravidade da SDA e o uso de álcool no padrão *binge*, segundo os usuários do CAPSad II (n=140). Ribeirão Preto, 2014.

	BD				Valor de p.
	Não		Sim		
	n	%	N	%	
Sem dependência	19	82,6	4	17,4	
SDA Leve	3	17,6	14	82,4	0,000*
SDA Moderada	1	2,9	34	97,1	
SDA Severa	4	6,2	61	93,8	

Teste Qui-quadrado. (*) $p \leq 0,05$

Os usuários que consumiram no padrão *binge* apresentaram valores médios maiores apenas nos níveis de gravidade de dependência do álcool, com valores estatisticamente significativos. Não houve associação estatística quando comparados os níveis de gravidade da dependência de drogas (SDS), de fissura e perda do controle, bem como do CCQ-B entre os indivíduos que consumiram ou não no padrão *binge*.

Tabela 5. Comparação entre os valores médios dos níveis de gravidade da dependência do álcool (SADD), de drogas (SDS), da gravidade de fissura (CCQ-B) e o uso de álcool no padrão *binge*, segundo os usuários do CAPSad II (n = 140). Ribeirão Preto, 2014.

	BD	Média	Dp	t	Valor de p.
SDS	Não	11,4	3,2	-0,278	0,781
	Sim	11,7	3,9		
SADD	Não	6,2	12,2	-0,631	0,000*
	Sim	20,7	10,3		
CCQ-B	Não	33,4	9,9	0,022	0,982
	Sim	33,3	11,0		
Fissura	Não	14,2	6,3	-0,493	0,623
	Sim	15,0	7,0		
Perda de controle	Não	8,8	1,2	1,614	0,110
	Sim	8,3	1,2		

Teste "t". (*) $p \leq 0,05$

Embora a maioria das situações de violência tenha predominado entre participantes que consumiam álcool no padrão *binge*, não houve diferenças estatisticamente significativas quando comparados aos que não consumiam nesse padrão.

Tabela 6. Frequência de situações de violência após uso de cocaína/crack e álcool no padrão *binge*, segundo os usuários de drogas do CAPSad II (N=140). Ribeirão Preto, 2014.

		BD				Valor de p.
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Ameaçado por violência física (n=140)	Não	14	15,4	77	84,6	0,085 ^a
	Sim	13	26,5	36	73,5	
Agressividade pós uso de Cocaína/Crack (n=118)	Não	9	24,3	28	75,7	0,064 ^b
	Sim	18	22,2	63	77,8	
Envolvimento em brigas pós uso de Cocaína/Crack (n=118)	Não	16	25,8	46	74,2	0,283 ^a
	Sim	11	19,6	45	80,4	
Encorajado a lutar por si mesmo após uso de cocaína/crack (n=118)	Não	18	27,3	48	72,7	0,145 ^a
	Sim	9	17,3	43	82,7	

^a Teste Exato de *Fisher*. ^b Teste Qui-quadrado. ^(*) $p \leq 0,05$

De acordo com as consequências do beber, avaliadas pela escala *DrInC*, os usuários de drogas que fizeram uso de álcool no padrão *binge* apresentaram maiores prejuízos nos aspectos físicos, interpessoais, intrapessoais, controle de impulso e responsabilidade social, quando comparados aos participantes que não fizeram o uso no padrão *binge*, com diferenças estatísticas significativas, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7. Comparação entre os valores médios pontuados nos domínios da escala *DrInC* e o uso de álcool no padrão *binge*, segundo os usuários do CAPSad II (n = 140). Ribeirão Preto, 2014.

	BD	Média	Dp	T	Valor de p.
Físico	Não	0,3	1,0	-8,907	0,000*
	Sim	4,8	2,2		
Interpessoal	Não	0,4	1,2	-8,929	0,000*
	Sim	6,3	2,9		
Intrapessoal	Não	0,4	1,4	-7,764	0,000*
	Sim	5,3	2,8		
Controle de impulso	Não	0,6	2,2	-6,965	0,000*
	Sim	5,5	3,0		
Responsabilidade Social	Não	0,2	0,5	-8,082	0,000*
	Sim	4,2	2,2		
Escala de Controle	Não	0,4	0,9	-8,587	0,000*
	Sim	3,0	1,3		

Teste "t". (*) $p \leq 0,05$

As correlações foram fortes, positivas e estatisticamente significativas entre os domínios da escala DrInC e o BD, conforme apresenta a Tabela 8.

Tabela 8. Coeficiente de Correlação de Pearson dos domínios do DrInC e uso de álcool no padrão *binge*, segundo os usuários do CAPSad II (n=129). Ribeirão Preto, 2014.

	Físico	Interpessoal	Intrapessoal	Controle de Impulso	Responsabilidade Social	Escala de Controle
BD r.	0,620*	0,621*	0,567*	0,526*	0,583*	0,606*
p.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

(*) $p \leq 0,05$.

Discussão

5. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o consumo de bebidas alcoólicas no padrão *binge*, em uma amostra clínica de usuários de cocaína (inalada e fumada) em tratamento para dependência química. A esse respeito, uma das grandes preocupações em relação ao beber em *binge* é que esse comportamento representa riscos diversos não apenas para a saúde do indivíduo (doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão arterial severa, acidente vascular cerebral, doenças hepáticas, danos neurológicos), mas o coloca em situações de vulnerabilidade e potencializa seu envolvimento em situações de violência (doméstica, acidentes de trânsito, física entre parceiros íntimos) (WHO, 2011). Estudos apontam que o beber pesado episódico está fortemente relacionado a transtornos mentais, como transtornos depressivos e comportamentos suicidas (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; COMPTON et al., 2007).

No que se refere às características sociodemográficas, a amostra foi composta por 140 (100%) participantes, caracterizados predominantemente por serem adultos, do sexo masculino, solteiros, cor negra/parda, com baixo nível de escolaridade, que professavam a religião católica. No entanto, não houve diferenças estatísticas significativas na amostra comparando-se as características sociodemográficas e o beber em *binge* (Tabela 1).

Quanto ao perfil epidemiológico, foram encontrados resultados semelhantes aos de outros estudos, que identificaram predominância do sexo masculino, adultos, solteiros e com baixa escolaridade (DE FARIA; SCHENEIDER, 2009; JORGE, 2010; MONTEIRO ET AL., 2011; PEIXOTO ET AL., 2010; FERREIRA ET AL., 2012; PEREIRA, 2008; MOURA; MALTA, 2011).

As condições sociodemográficas e o contexto social do indivíduo são fatores importantes que interferem no tratamento e planejamento da assistência (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2009).

Na amostra, o uso de crack e o consumo de múltiplas drogas foram predominantes entre os usuários entrevistados. Independentemente do uso dessas drogas, 113 (80,7%) consumiram bebidas alcoólicas no padrão *binge*. Por ser uma amostra específica de indivíduos em tratamento, essas porcentagens são elevadas. A esse respeito, o beber em *binge* caracteriza-se como um comportamento muito comum, principalmente em homens jovens, pois o álcool é bastante aceito em nossa sociedade (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

A identificação do uso do álcool no padrão *binge*, bem como suas consequências em usuários de cocaína e crack, tem sido fundamental para monitoração do padrão de consumo e planejamento de ações interventivas precoces diante dos problemas que esse comportamento

pode ocasionar. Estudos recomendam esforços para explicar a relação entre as variáveis (cocaína *versus* beber em *binge*) de forma a investigar as associações entre o comportamento do beber e suas consequências (NIAAA, 2003; GREENFIELD et al., 2006).

No presente estudo, os participantes que fizeram consumo no padrão *binge* apresentaram frequência de consumo mais intensa, ou seja, 1 a 2 vezes por semana e diariamente, quando comparados àqueles que não consumiram nesse padrão, com diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 2). Há evidências de que conhecer o padrão de consumo de uma pessoa que bebe em níveis de risco torna-se, para a prática do enfermeiro, cada vez mais necessário para o reconhecimento dos riscos à saúde e aplicação de intervenções pontuais para esses problemas (GONÇALVEZ; TAVARES, 2007; CHERMACK; SOPRO, 2002). A literatura relata que indivíduos com quadro de intoxicação em um único episódio estão sujeitos a apresentar mais problemas decorrentes desse uso, quando comparados aos que bebem com maior frequência em menor intensidade (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007).

Os achados ainda corroboram os resultados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas que identificou que um quarto da população consumia frequentemente bebidas alcoólicas no padrão *binge*. Além disso, o levantamento apontou que, na população adulta, o consumo em *binge* é um fenômeno crescente (INPAD, 2012).

A literatura mostra também que o uso pesado de álcool tem sido uma prática muito comum em usuários de substâncias psicoativas, o que representa graves riscos para a saúde e é considerado fator de severidade e mau prognóstico para qualquer tipo de droga (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

No presente estudo, observou-se que o consumo de álcool no padrão *binge* foi diferenciado na amostra. Entre os usuários de múltiplas drogas, houve predomínio do uso regular (três ou mais dias/semana), nos últimos 30 dias, e consumo diário (durante 50 dias ou mais), quando comparados aos usuários de cocaína e de crack. (Tabela 3) com diferenças estatisticamente significantes. Segundo dados da literatura, o álcool tem sido descrito como a substância mais consumida por usuários de múltiplas drogas e, entre os bebedores pesados, há parcela considerável que faz uso de cocaína e crack (LARANJEIRA et al., 2012; HEDDEN; MALCOLM; LATIMER, 2009).

Outro dado interessante refere-se ao uso de múltiplas drogas na presente amostra. A literatura menciona que aquelas de maior uso ao longo do tempo mudam constantemente e, embora uma determinada substância possa ser por alguns anos a maior preocupação, os problemas com drogas nunca podem ser definidos satisfatoriamente em termos de uma única

substância apenas (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Esses autores apontam que o consumo de álcool quase sempre está envolvido e contribui fortemente no quadro instável do uso de múltiplas drogas. Associa-se ainda significativamente ao desenvolvimento de problemas, bem como a complicações médicas e psicossociais.

Estudos têm mostrado ser importante conhecer também a associação de drogas para direcionar os métodos de tratamento, uma vez que o efeito simultâneo das substâncias psicoativas dificulta o processo de recuperação e deixa o indivíduo suscetível ao desenvolvimento de doenças e risco de morte. Nesse sentido, estudo apontou que os usuários de múltiplas substâncias apresentam mais facilidade em cessar o uso de substâncias ilícitas do que abandonar o consumo de álcool. (GJERSING et al.; 2013; CAPLEHORN; DRUMMER, 2002; BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

Há de se considerar que, entre os usuários de cocaína (inalada ou fumada), observa-se que o uso geralmente se inicia pelas drogas lícitas, como o álcool e/ou o tabaco, quase sempre na adolescência, fase marcada por transformações biopsicossociais, em que o indivíduo, muitas vezes, encontra-se vulnerável para tal comportamento. Os levantamentos brasileiros revelaram aumento precoce e significativo no início do consumo, bem como dos agravos associados (SILVA et al., 2014; DUAIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; GALDUROZ et al., 2005).

A prática do beber em *binge* entre usuários de múltiplas drogas foi observada nos participantes de todas as faixas etárias e não se restringiu a uma determinada classe social, embora tenda a ser menos frequente com o passar do tempo, ou seja, com a maturidade e as responsabilidades da vida. Dados do *National Survey on Drug Use & Health* mostraram que dos 15,9 milhões de indivíduos classificados como bebedores pesados, com idade entre 12 anos ou mais, 31% usaram alguma droga ilícita. Pessoas que fizeram uso de álcool eram mais propensas ao consumo de substâncias ilícitas, quando comparadas àquelas que não consumiam bebidas alcoólicas. Acresce-se que 17,2% da população que beberam em *binge* usavam substâncias ilícitas (SAMSHA, 2011).

O álcool pode aumentar o consumo de cocaína e vice-versa. Estudo identificou que indivíduos que fizeram uso pesado do álcool eram oito vezes mais propensos a usar cocaína, quando comparados com aqueles que não consumiam bebidas alcoólicas (PENNING; LECCESE; WOLFF, 2002).

Outras evidências mostram que, segundo os usuários de múltiplas drogas, o tratamento para dependência de cocaína e crack pode contribuir para amenizar os problemas relacionados ao uso de álcool. No entanto, o diagnóstico da síndrome de dependência alcoólica em usuários

de cocaína e/ou crack esteve associado a piores resultados no desfecho do tratamento (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; MARQUES et al., 2004).

O álcool tem sido a droga mais utilizada em associação com outras substâncias psicoativas. Tal comportamento é influenciado pela idade e pelo ambiente em que o indivíduo vive (Silva et al., 2014). Estudo nacional que avaliou 183 usuários de drogas revelou que 45,3% deles utilizavam três ou mais drogas. Entre os dependentes de cocaína, cerca de 60 a 90% foram diagnosticados por abuso ou dependência de álcool. Essa associação foi justificada pela ação moduladora que o álcool produz, no sentido de atenuar a hiperatividade causada pela cocaína e prolongar os efeitos prazerosos (AZEVEDO et al., 2012; SANCHEZ, NAPPO, 2002).

A esse respeito, pesquisa britânica mostrou aumento do uso de cocaína e da prevalência do consumo de álcool de forma nociva. O uso frequente de bebidas alcoólicas aumenta de 2 a 9 vezes o consumo de cocaína. A associação entre álcool e cocaína induz a formação do cocaetileno, responsável por intensificar e prolongar os efeitos dessa substância (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006).

Estudo realizado com 111 pacientes, a maioria do sexo masculino, adulto, cor negra, sem vínculo empregatício, que procuraram tratamento ambulatorial e diagnosticados com dependência de álcool e cocaína, identificou que preferiam usar substâncias combinadas ao uso isolado, o que pode ser explicado pela soma dos efeitos simultâneos, ou redução daqueles causados por apenas uma droga. (LAU-BARRACO, SCHMITZ, 2008).

Os levantamentos desenvolvidos com esta população brasileira vêm apontando incremento significativo na prevalência de uso, abuso e dependência do álcool e cocaína. Os resultados evidenciam significativas mudanças, as quais merecem atenção, com número crescente de indivíduos que fazem abuso de substâncias e em maior frequência (LARANJEIRA et al., 2012). A transição do uso de uma substância para a utilização de múltiplas traz repercussões negativas não apenas relacionadas às questões de saúde, mas, também, com implicações familiares e sociais (GALDUROZ et al., 2005).

Vale destacar que elevados índices de problemas sociais e de saúde decorrentes do uso pesado de álcool repercutem no sistema de saúde. Estudo realizado em um hospital psiquiátrico, com 350 pacientes diagnosticados com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas substâncias psicoativas, identificou que 78,3% consumiam mais de uma substância psicoativa, sendo o álcool a mais comum (36%) (CAPISTRANO et al., 2013). Outro estudo apontou que os tratamentos são mais eficazes em pacientes de maior idade, pois esses indivíduos, muitas vezes, vivenciaram intenso sofrimento decorrente do uso contínuo

dessas substâncias. Destaca-se que, nesses casos, a família desempenha importante papel no tratamento, contribuindo para resultados mais favoráveis (PEIXOTO et al., 2010).

Quanto à Síndrome da dependência do álcool, os usuários que consumiram no padrão *binge* foram classificados segundo o nível de gravidade moderada (Tabela 4). Além disso, resultado que chama a atenção é observado na comparação dos valores médios entre níveis de gravidade do álcool (SADD), de drogas (SDS), gravidade de fissura (CCQ-B), de tal modo que apenas a síndrome de dependência de álcool foi maior entre os que beberam em *binge* (Tabela 5).

Os resultados deste estudo corroboram os de outras pesquisas quando evidenciam que indivíduos que fizeram uso de álcool no padrão *binge* apresentaram maiores chances de desenvolver dependência do álcool. Conhecer os padrões de consumo e dependência permite melhor diretriz aos profissionais para realização de ações e intervenções de saúde (BARROS et al., 2008; LARANJEIRA et al.; 2010; BRITES, ABREU, 2014; BARROS et al., 2007).

A dependência consiste em uma doença crônica, com altos índices de recaídas, cuja característica principal é o padrão compulsivo pela busca e consumo da droga, apesar dos efeitos adversos (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2010). Quanto mais precoce e intenso for o consumo de uma substância, maior é a chance de progressão e desenvolvimento da dependência em níveis mais severos (SANCHEZ, NAPPO, 2007; HSER et al., 2008). No Brasil, estudo realizado em 2012 mostrou que 11,7 milhões de indivíduos foram diagnosticados como abusadores e/ou dependentes de álcool, e 59% haviam bebido no padrão *binge* no último mês (LARANJEIRA et al., 2012).

Vale mencionar que os padrões de consumo são individuais e variam ao longo de um *continuum* de gravidade. Em geral, iniciam com um consumo de baixo risco até atingirem uso nocivo e dependência, potencializando os riscos (EDWARDS et al., 2005). Assim, a dependência é uma realidade clínica importante, e compreender suas implicações configura parte essencial da assistência do enfermeiro, de forma que esse profissional possa manejar adequadamente tais problemas e oferecer assistência de qualidade, uma vez que ele desempenha papel fundamental no atendimento a essas pessoas (SILVA et al., 2007).

Outro importante resultado observado no presente estudo, apesar de não ter sido significativo, refere-se às situações de violências. Os participantes que consumiram no padrão *binge* apresentaram maiores porcentagens de envolvimento em situações de violência (briga, violência física, comportamentos agressivos, encorajamento a lutar para se defender) (Tabela 6). A esse respeito, a literatura mostra que o beber em *binge* está potencialmente relacionado aos riscos de morbidade e mortalidade que podem ser prevenidos precocemente (REHM,

2006). Além disso, aumenta a probabilidade de envolvimento em situações de violências, seja na condição de agressor, seja na de vítima (BOLES, MIOTTO, 2003). Há evidências de forte associação entre o beber em *binge* e o envolvimento em brigas e, nesse sentido, o consumo de álcool e drogas ilícitas é observado em diversos eventos violentos. Essa relação, no entanto, é complexa e multidimensional, envolvendo as esferas sociais, econômicas, de saúde e culturais (EDWARDS et al., 2005; BOLES, MIOTTO, 2003). Estudo com 1631 indivíduos concluiu que o número de vítimas e agressores foi maior em situações que envolviam o consumo de álcool no padrão *binge*, totalizando 18,2% de vítimas e 15,9% de agressores (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Pesquisas evidenciam ainda que as pessoas em tratamento por abuso de substâncias psicoativas são mais propensas a se envolver em um evento violento, em virtude da desinibição causada pelo álcool. Uma vez que afeta a função cognitiva e diminui a capacidade de identificar situações de risco, também pode ser um disparo para indivíduos apresentarem comportamentos violentos (MACDONALD et al., 2008; BOLES, MIOTTO, 2003). Há evidências de que até 92% dos episódios de violência notificados podem ser atribuídos ao consumo de substâncias psicoativas (ZILBERMAN, BLUME, 2005). Estudo de revisão sugere que a combinação do uso de álcool e cocaína pode potencializar a tendência para apresentar pensamentos violentos e ameaças, o que pode levar a um aumento de comportamentos violentos (PENNING, LECESSE, WOLF, 2002).

A frequência do beber em *binge* contribui para os elevados índices de violência. Isso fica evidente no impacto econômico gerado pelas consequências diversas, causadas pela ingestão de grandes quantidades de álcool. O Brasil apresenta um gasto aproximado de 7,3% do seu PIB para tratamento de consequências decorrentes do consumo problemático do álcool (ZALEKI, 2010; GALLASSI et al., 2008).

A literatura mostra que, além do consumo do álcool associado às mudanças de comportamento que resultam em violência, também há associação com o uso de cocaína que pode contribuir para diversos comportamentos de risco (MINAYO; DESLANDES, 1998). O álcool produz efeitos de desinibição, e o consumo de cocaína e crack, por serem substâncias estimulantes, reduz a capacidade de controle de impulsos e aumenta as sensações de persecutoriedade. Assim, os episódios de violência envolvem uma grande proporção de indivíduos sob efeito de álcool e outras substâncias (ZALESKI, 2010; ZILBERMAN, BLUME, 2005).

Outro estudo, envolvendo 102 indivíduos usuários de cocaína em pó e crack, revelou que 35% da população estudada referiram beber em *binge* pelo menos uma vez na semana.

Identificou também que, além dos indivíduos serem frequentes bebedores pesados, os usuários de crack envolvem-se mais em problemas e são mais propensos a usar drogas ilícitas, além do álcool (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006).

Pessoas que fazem uso pesado de álcool e cocaína também relataram maior nível de gravidade da dependência e episódios de violência. Estudo com 125 homens e 125 mulheres apontou que nos dias em que ocorreram conflitos ou situações de violência, os níveis de consumo de álcool e cocaína eram elevados (CHERMACK, BLOW, 2002).

O consumo de álcool apresenta ainda uma relação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, com importantes prejuízos quando associado a outras drogas, o que resulta em níveis elevados de comportamentos agressivos, fator importante que contribui para violência (ZALESKI et al., 2010). As consequências desse uso, no entanto, foram ignoradas por muito tempo, e ainda são poucos os estudos brasileiros que relacionam o beber em *binge* e as situações de violência. Apesar de serem evidentes os danos dessa combinação, os profissionais de saúde ainda são poucos sensibilizados e capacitados para essa realidade. (MEDEIROS, 2014; DOMINGOS, 2012).

No que concerne às consequências do beber avaliadas por meio da DrInc, os usuários de drogas que fizeram uso de álcool no padrão *binge* apresentaram maiores prejuízos no que tange aos aspectos físicos, interpessoais, intrapessoal, controle de impulso e responsabilidade social, com diferenças estatísticas significativas. (Tabela 7). Essas consequências enfocam o impacto do beber sobre as relações pessoais e na área controle de impulso, o que inclui a embriaguez, o uso abusivo de outras substâncias, as ações impulsivas e a tomada de decisão de risco.

Segundo a literatura, a existência de prejuízos em diversos aspectos do funcionamento cognitivo em usuários de substâncias psicoativas envolve a maneira pela qual o indivíduo lida com as propriedades de reforço da substância, assim como a deficiência no controle dos mecanismos de respostas e a qualidade da tomada de decisões (CUNHA, NOVAES, 2004; XAVIER, MONTEIRO, 2013).

Estudos apontam que os prejuízos interpessoais e de controle de impulsos podem constituir fatores significativos para o indivíduo em relação ao uso da substância, motivando o consumo e a manutenção da dependência, uma vez que as funções cognitivas desempenham papéis importantes no processo da dependência, na tomada de decisões, no comportamento em usar a droga e nas dificuldades para interromper, causando relevantes problemas em todas as esferas da vida desse usuário (ALMEIDA et al, 2008; KOLLING et al., 2007).

Estudo realizado com 228 dependentes de álcool evidenciou que aqueles com dependência de álcool mais severa e bebedores mais pesados apresentaram maiores problemas físicos, de relacionamento, emocionais e de saúde (FONTES, FIGLIE, LARANJEIRA, 2006). Investigação confirma a associação que quanto maior o volume médio consumido de bebidas alcoólicas, maiores serão os problemas. (REHM, 2006). O uso do álcool de forma intensa gera consequências em diversas áreas da vida do homem.

A escala DrInC, por constituir um instrumento de autorrelato, fornece uma avaliação quantitativa do julgamento do paciente, o que possibilita compreender a extensão e a dimensão do funcionamento vital associado ao consumo do álcool (LONGBAUGH et al., 1995).

Na literatura, poucos estudos abordam resultados advindos da aplicação da escala DrInC, o que dificulta uma melhor discussão. Aqueles disponíveis, cujos dados são mais consistentes, descrevem que essa escala pode representar um marco, início para pensar estratégias e intervenções motivacionais envolvendo o comportamento do beber, para profissionais de saúde. Os pacientes chegam aos serviços especializados geralmente em fase de negação, ou seja, com pouca aceitação para mudanças comportamentais e dificuldade em reconhecer o problema. Todavia, com o tempo, a motivação será desenvolvida, auxiliando que vislumbrem os ganhos e os benefícios, levando-os a repensar tais comportamentos, o que poderá favorecer futuras mudanças nesse consumo (PICCOLOTO et al., 2006).

As correlações foram fortes, positivas e estatisticamente significativas entre a escala DrInC e o beber em *binge*. Foram observadas em todas as consequências mensuradas pela escala DrInC, significando que, à medida que o problema em uma das áreas aumenta, todas as demais também aumentam (Tabela 8).

Diante do exposto, nota-se que os problemas não estão somente relacionados à dependência, mas também ao padrão de consumo. O beber pesado é, portanto, responsável por um conjunto de consequências, que vão além dos problemas de saúde, não somente físicos e psíquicos, mas sociais, com associações significativas.

Limitações do estudo

O estudo tem algumas limitações que merecem ser destacadas. Uma delas refere-se ao fato de ter sido realizado em apenas um serviço especializado no tratamento da dependência química, o que permite que a amostra não seja representativa da população de usuários de substâncias psicoativas. Por ser uma amostra de conveniência, pode ocorrer que apenas os pacientes mais graves e motivados buscaram por tratamento para os problemas relacionados

ao uso de álcool e de drogas. Assim, os dados devem ser avaliados com cautela quando comparados a outras amostras não oriundas de serviços especializados.

Acresce-se que a opção por utilizar o ASI6 não permitiu diferenciar informações sobre o uso do crack e da cocaína, uma vez que esse instrumento não especifica o consumo de cada droga em particular. No entanto, os dados coletados foram avaliados de modo diferenciado e com base em uma única substância, ou seja, as informações sobre cocaína foram analisadas separadamente daquelas sobre o crack, a fim de evitar possíveis entendimentos dúbios e assegurar a obtenção de dados específicos sobre cada substância em particular, podendo compará-las de modo diferenciado. Para não correr esse risco, os pesquisadores receberam treinamento específico sobre essa questão.

Outra limitação refere-se ao desenho metodológico. Por se tratar de um estudo transversal, impossibilita avaliar a melhora ou a piora da qualidade de vida relacionada ao aumento ou à diminuição do consumo de substâncias psicoativas ao longo de um período maior de análise. Há, portanto, necessidade de realizar novos estudos com outros desenhos metodológicos e avaliação longitudinal de forma a possibilitar tal avaliação.

Em relação às variáveis, o estudo não investigou a presença de transtornos psiquiátricos, além da avaliação da área psiquiátrica contida no ASI6, o que seria importante para averiguar se os escores diminuídos na qualidade de vida são decorrentes apenas do uso de drogas ou se há influência de problemas psiquiátricos, principalmente no que se refere à depressão e à ansiedade, concomitantemente.

Esses dados reafirmam a necessidade de desenvolver novas investigações abordando a mesma temática, porém com amostras maiores e utilizando outras metodologias, como estudos de seguimento.

Conclusão

6. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram uma melhor compreensão sobre o uso de álcool no padrão *binge*, em usuários de cocaína, crack e múltiplas drogas, e suas possíveis consequências. Este é um dos poucos estudos brasileiros que têm avaliado essa relação em uma amostra clínica de usuários de drogas em tratamento. Tendo em vista os aspectos observados, o beber em *binge* é uma prática muito comum nessa população e associa-se a importantes problemas sociais, físicos e psicológicos.

Em relação às informações sociodemográficas, os indivíduos caracterizaram-se por serem adultos jovens, solteiros, de cor negra/parda, religião católica, com baixa escolaridade. A maioria consumia no padrão *binge*, apresentava nível severo de dependência e frequência intensa de consumo.

Entre o tipo de droga consumida, os resultados foram diferenciados na amostra: os usuários de múltiplas drogas apresentaram maior dependência, com resultados estatisticamente significativos.

Apesar de não ser estatisticamente significativo, o estudo identificou que os indivíduos que fizeram uso de álcool no padrão *binge* envolveram-se mais em conflitos, após associação com outras substâncias psicoativas.

O consumo de álcool é um problema de Saúde Pública, com consequências evidentes, comprovadas e significativas nas esferas econômica, social e de saúde, apesar de ainda existirem poucos estudos que avaliem o consumo de álcool no padrão *binge*.

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel fundamental na assistência aos usuários de álcool e de drogas, considerando seu maior contato com esses pacientes nos serviços. Assim, os achados trazem subsídios importantes sobre o abuso do álcool e de drogas, o que auxilia os profissionais não somente para o reconhecimento e identificação dos problemas, mas também para a construção de ações, formulação de intervenções com estratégias que auxiliem no tratamento, de forma a atender às necessidades dessas pessoas. Essas ações, em conjunto, podem significar melhora da qualidade no atendimento prestado e oferta de práticas preventivas por meio da educação e promoção de saúde nos diversos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA, N. et al. Inebriation, drinking motivations and sexual risk taking among sexually transmitted disease clinic patients in St. Petersburg, Russia. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 3, p. 1144-1150, 2013.

ALMEIDA, N. D. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. **Psicologia argumento**, v. 29, n. 66, p. 295-302, 2011.

ALMEIDA, P. P. et al. Review: executive functioning and cannabis use. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 69-76, 2008.

ANDERSON, P.; BAUMBERG, B. Alcohol in Europe. **London: Institute of Alcohol Studies**, v. 2, p. 73-75, 2006.

ARANTES, L.F.R. Binge drinking: um estudo bibliométrico (1999-2010) dos artigos publicados na base de dados SciELO. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 29, n. 2, p. 253-257, 2012.

AZEVEDO, R. C. S.; OLIVEIRA, K. D; LIMA e SILVA, L. F. A.; KOLLER, K., de ANDRADA, N. C.; MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; Laranjeira, R. R.; ANDRADA, N. C. Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas, 2012.

BABOR, T.; Rehm, J.; Jernigan, D.; Vaeth, P.; Monteiro, M., & Lehman, H. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 2, p. 151-155, 2012.

BARROS, M. B. A. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 4, p. 259-270, 2008.

BARROS, M. B. A. et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 502-509, 2007.

BOLES, S. M.; MIOTTO, K. Substance abuse and violence: A review of the literature. **Aggression and violent behavior**, v. 8, n. 2, p. 155-174, 2003.

BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **J Bras Psiquiatr**, v. 52, n. 3, p. 171-9, 2003.

BREWER, R. D.; SWAHN, M. H. Binge drinking and violence. **Jama**, v. 294, n. 5, p. 616-618, 2005.

BRITES, R. M. R.; ABREU, A. M. M. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 2, p. 93-9, 2014.

BUSH, K. et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. **Archives of internal medicine**, v. 158, n. 16, p. 1789-1795, 1998.

CAETANO, R.; MILLS, B.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. The distribution of alcohol consumption and the prevention paradox in Brazil. **Addiction**, v. 107, n. 1, p. 60-68, 2012.

CAPISTRANO, F. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: Análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 234-241, 2013.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. **São Paulo: Cebrid/Unifesp**, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC et al. Vital signs: binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults-United States, 2010. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 61, n. 1, p. 14, 2012.

CHASIN, A. A. M. **Cocaína e cocaetilenos: influência do etanol nas concentrações de cocaína em sangue humano post mortem**. 1996. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas.

CHERMACK, S. T.; BLOW, F. C. Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. **Drug and alcohol dependence**, v. 66, n. 1, p. 29-37, 2002.

CHERMACK, S. T.; BLOW, F. C. Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. **Drug and alcohol dependence**, v. 66, n. 1, p. 29-37, 2002.

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. 566-576, 2007.

CROCQ, M. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 9, n. 4, p. 355, 2007.

CUNHA, P. J.; NOVAES, M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 23-27, 2004.

D'OLIVEIRA, J. B. et al. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 494-501, 2009.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed, 2011.

DOMINGOS, J. B. C. **Fatores associados ao uso de cocaína e/ou crack em clientes de um CAPSad**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2012.

FORMIGONI, M. L. O. S. II - **Drogas – Uso – Abuso I.** Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas III. Série, 2014.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s545-s557, 2008.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 839-48, 2007.

DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. Relatório brasileiro sobre drogas. **Brasília: Secretaria Nacional Sobre Drogas/SENAD**, 2009.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. A síndrome de dependência do álcool. O tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais de saúde. 4ed. **Porto Alegre: Artmed**, 2005.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FERNÁNDEZ-SERRANO, M. J.; LOZANO, Ó.; PÉREZ-GARCIA, M.; VERDEJO-GARCÍA, A. Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. **Drug and alcohol dependence**, v. 109, n. 1, p. 57-64, 2010.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2012.

FERREIRA, L. N.; JÚNIOR, J.P.B.; SALES, Z. N.; CASOTTI, C. A.; JUNIOR, A. C. R. B. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** .vol. 18 Issue 11, p3409-3418. 10p, 2013.

FERRI, C. P. et al. Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. **Drug and Alcohol Review**, v. 19, n. 4, p. 451-455, 2000.

FISHER, R. A. The logic of inductive inference. **Journal of the Royal Statistical Society**, p. 39-82, 1935.

FOX, H. C. et al. Frequency of recent cocaine and alcohol use affects drug craving and associated responses to stress and drug-related cues. **Psychoneuroendocrinology**, v. 30, n. 9, p. 880-891, 2005.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. **Rev Latinoam Enferm**, v. 13, n. Esp, 2005.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil [Epidemiology of alcohol use in Brazil]. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl I, p. 3-6, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País-2005. **Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas**, 2007.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z.V.M.; NOTO, A.R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIHEL, A. et al. **Dependência química. Porto Alegre: Artmed**, p.49-58, 2011.

GALLASSI, A. D. et al. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 25-30, 2008.

GIGLIOTTIA, A.; BESSAB, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. Supl I, p. 11-13, 2004.

GJERSING, L.; JONASSEN, K. V.; BIONG, S.; RAVNDAL, E.; WALL, H.; BRAMNESS, J. G.; CLAUSEN, T. Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. **Scandinavian journal of public health**, v. 41, n. 2, p. 119-125, 2013.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc anna nery rev enferm**, v. 11, n. 4, p. 586-92, 2007.

GOSSOP, M. et al. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. **Addiction**, v. 90, n. 5, p. 607-614, 1995.

GOSSOP, M.; MANNING, V.; RIDGE, G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. **Addiction**, v. 101, n. 9, p. 1292-1298, 2006.

GREENFIELD, S. F.; BROOKS, A. J.; GORDON, S. M.; GREEN, C. A.; KROPP, F.; MCHUGH, R. K; MIELE, G. M. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. **Drug and Alcohol Dependence**, 2007, 86: 1-21.

HEDDEN, S. L.; MALCOLM, R. J.; LATIMER, W. W. Differences between adult non-drug users versus alcohol, cocaine and concurrent alcohol and cocaine problem users. **Addictive behaviors**, v. 34, n. 3, p. 323-326, 2009.

HSER, Y. et al. Contrasting trajectories of heroin, cocaine, and methamphetamine use. **Journal of Addictive Diseases**, v. 27, n. 3, p. 13-21, 2008.

JARVIS, C. M. et al. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in alcohol-and nicotine-dependent men and women. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 22, n. 6, p. 429-435, 2007.

JORGE, A. C. R. Analisando o perfil dos usuários de um CAPS AD. Porto Alegre 2010.

JORGE, M. R.; MASUR, Jandira. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade na síndrome de dependência do álcool. **J. bras. psiquiatr**, v. 35, n. 5, p. 287-92, 1986.

KOLLING, N. D. M.; CARVALHO, J. C. N.; CUNHAS, S. M. D.; KRISTENSEN, C. H. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. **Avaliação Psicológica**, v. 6, n. 2, p. 127-137, 2007.

KOLLING, N. M. et al. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. **Avaliação Psicológica**, v. 6, n. 2, p. 127-137, 2007.

KUNTSCHKE, E.; REHM, J.; G. Gerhard. Characteristics of binge drinkers in Europe. **Social science & medicine**, v. 59, n. 1, p. 113-127, 2004.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; RIBEIRO, M.; MITSUHIRO, S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas–Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. **São Paulo: Inpad**, 2013.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; DUARTE, P. C. A. V. et al. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas**, v. 70, 2007.

LAU-BARRACO, C.; SCHMITZ, J. M. Drug preference in cocaine and alcohol dual-dependent patients. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 34, n. 2, p. 211-217, 2008.

LONGABAUGH, R.; MATSON, M. E.; CONNORS, G. J.; COONEY, N. L. - Quality of life as an outcome variable. **Journal of Studies on Alcohol** 12 (suppl.): 119-129, 1994.

MACDONALD, S. et al. Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. **Addictive Behaviors**, v. 33, n. 1, p. 201-205, 2008.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MACHADO, A.R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. **Dependência de drogas**, p. 25-34, 2001.

MARÍN, L.; QUEIROZ, M.S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral Car accidents in the age of speed: an overview. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2000.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 28-32, 2004.

MEDEIROS, R. G. Características das políticas públicas sobre o álcool no Brasil durante a última década (2002-2012). 2014.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, p. 7-10, 2004.

MILLER, P.; PLANT, M.; PLANT, M. Spreading out or concentrating weekly consumption: alcohol problems and other consequences within a UK population sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 5, p. 461-468, 2005.

MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S.; LONGABAUGH, R. The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse: Test manual. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, **National Institutes of Health**, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Rev. bras. epidemiol**, v. 14, n. supl. 1, p. 61-70, 2011.

NAIMI, T.S.; et al. Heavy episodic drinking among US adults. **JAMA**, v. 289, p. 70-75, 2003.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, 2012.

National Institute on Alcohol and Alcoholism – NIAAA. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>. Acesso em: 5 março 2014.

NUNES, J. M.; CAMPOLINA, L. R.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do binge drinking entre acadêmicos da área da saúde. **Rev Psiquiatr. Clín.**, v. 39, n. 3, p. 94-9, 2012.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)**, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação **Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 5 março 2014.

OVERALL, J.; GORHAM, D. **The brief psychiatric rating scale**. *Psychol. Rep.* 1962;10:799–812.

PARADA, M. et al. Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. **Addictive behaviors**, v. 37, n. 2, p. 167-172, 2012.

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). **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PENNINGS, E. J. M; LECCESE, A. P.; WOLFF, F. A. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. **Addiction**, v. 97, n. 7, p. 773-783, 2002.

PEREIRA, G. A. M. **Evolução dos pacientes com Síndrome de Dependência de Álcool no CAPS-AD II**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PÉREZ PRIOR, N. et al. Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. **Revista Española de Drogodependencias**, v. 31, n. 3-4, p. 254-270, 2006.

PICCOLOTO, L. B.; OLIVEIRA, M.D.S.; ARAÚJO, R. B.; MELO, W. V.; BICCA, M. G.; SOUZA, M. A. M. D. Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 33, n. 4, p. 195-203, 2006.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

RAISTRICK, D.; DUNBAR, G.; DAVIDSON, R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. **British journal of addiction**, v. 78, n. 1, p. 89-95, 1983.

REHM, J. et al. Epidemiology and alcohol policy in Europe. **Addiction**, v. 106, n. s1, p. 11-19, 2011.

REHM, J. U. R.; REHN, N.; ROOM, R.; MONTEIRO, M.; GMEL, G.; JERNIGAN, D.; FRICK, U. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. **European addiction research**, v. 9, n. 4, p. 147-156, 2003.

REHM, J.; et al. (Ed.). **Disease control priorities in developing countries**. World Bank Publications, 2006.

REHM, J.; MONTEIRO, M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 18, n. 4-5, p. 241-248, 2005.

REHM, J.; SHIELD, K.D.; GMEL, G.; REHM, M.X.; FRICK, U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. **European Neuropsychopharmacology**, v. 23, n. 2, p. 89-97, 2013.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Artmed, 2012.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; MESSAS, G. Transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. 2006.

RODRIGUES, D. S. et al. Knowledge derived from studies on crack: an incursion into Brazilian dissertations and theses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, 2012.

ROMANO, F.; ELKIS, H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica-versão Ancorada (BPRS-A). **J. bras. psiquiatr**, v. 45, n. 1, p. 43-9, 1996.

SANCHEZ, V. D. M. Z; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-30, 2002.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SEGATTO, M. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios Screening and brief intervention for alcoholic patients treated at emergency rooms. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1753-1762, 2007.

SILVA, C. et al. Initiation and consumption of psychoactive substances among adolescents and young adults in an Anti-Drug Psychosocial Care Center. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 737-745, 2014.

SILVEIRA, C. M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)**, v. 35, n. supl. 1, p. 31-38, 2008.

SILVEIRA, D. X. et al. Cocaine craving questionnaire: Assessing craving among cocaine users in Brazil. **Psychiatry research**, v. 142, n. 2, p. 257-259, 2006.

SOBEL, B.-FX; RILEY, A. The interaction of cocaethylene and cocaine and of cocaethylene and alcohol on schedule-controlled responding in rats. **Psychopharmacology**, v. 145, n. 2, p. 153-161, 1999.

SOUSA, F. F. A.; ABREU, R. N. D. C. D.; COSTA, F. L. P. D.; BRITO, E. M. D.; VASCONCELOS, S. M. M.; ESCUDEIRO, S. D. S.; MONTEIRO, M. G. S. Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2009.

SOUZA, J; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 2, n. 1, p. 0-0, 2006.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.

TIFFANY, S. T. et al. The development of a cocaine craving questionnaire. **Drug and alcohol dependence**, v. 34, n. 1, p. 19-28, 1993.

UNDOC- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-razil/en/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>. Acesso em: 8 fev, 2014.

VASCONCELOS, S. M. M.; MACEDO, D. S.; LIMA, I. S. P.; SOUSA, F. C. F.; FONTELES, M. M. F.; VIANA, G. S. B. Cocaetileno: um metabólito da associação cocaína e etanol. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, p. 207-210, 2001.

WOERNER, M. G.; MANNUZZA, S.; KANE, J. M. Anchoring the BPRS: an aid to improved reliability. **Psychopharmacology bulletin**, v. 24, n. 1, p. 112-117, 1987.

WONG, D. V. T. et al. Álcool e neurodesenvolvimento: aspectos genéticos e farmacológicos. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global status report on alcohol 2004. 2004. **Department of Mental Health and Substance Abuse**. Geneva 2004. Site de acesso http://www.who.int/substance_abuse/publications/globalstatusreportalcohol2004_healtheffects.pdf. Acesso 24 de fevereiro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health. 2011. Geneva 2011. Site de acesso http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf. Acesso 10 de março de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global status report on alcohol and health-2014. Geneva 2014. Site de acesso http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/. Acesso 10 de março de 2015.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**. ISSN 1413-4063, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.

ZALESKI, M. et al. Intimate partner violence and alcohol consumption. **Revista de saúde pública**, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas Domestic violence, alcohol and substance abuse. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, n. Supl II, p. S51-5, 2005.

Apêndice

8. APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa, “**Comportamentos de Saúde, Qualidade de Vida e uso de Álcool**” Neste estudo, caso concorde em participar, será avaliada a qualidade de vida dos usuários de cocaína e crack, que será importante no desenvolvimento de programas para tratamento oferecidos aos clientes do CAPS-ad de Ribeirão Preto. A sua participação acontecerá por meio de entrevistas individuais, com duração de aproximadamente 60 minutos, em sala reservada, de modo a assegurar sua integral privacidade, nas quais responderá a um questionário contendo perguntas fechadas, sem a necessidade de sua identificação. Essa pesquisa garante-lhe que: todas as suas dúvidas em relação ao estudo serão respondidas; você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou no atendimento no serviço, o conteúdo da entrevista poderá ser usado para fins científicos, porém seu nome nunca será revelado; as informações que você julgar serem secretas serão mantidas em sigilo; você poderá ter acesso a esta pesquisa quando finalizada.

Assim, pedimos para que assine este termo de consentimento em duas vias, também assinadas por nós, sendo que uma cópia ficará com você para contato quando necessário.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “**Comportamentos de Saúde, Qualidade de Vida e uso de Álcool**”, após ter sido informado sobre os aspectos éticos a que serei submetido, e que terei como benefício possíveis mudanças e melhorias no atendimento do CAPSad II para o meu tratamento. Sei que minha participação é voluntária, sem ganhos financeiros, e que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante: _____

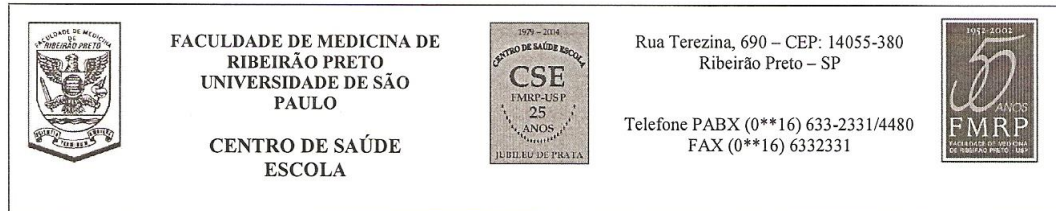
Prof. Dra. Sandra Cristina Pillon
Orientadora do Projeto de Pesquisa
Contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto/SP.
Telefone: (16) 3602-0531

Maria Fernanda Rosa de Almeida Raimundo
Mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP.
Contato:mf.mariafernanda@yahoo.com.br

Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas II.
R: Pará,1310 - Ipiranga, Ribeirão Preto - SP. CEP: 14060440 Fone: (16) 3615-333

9. ANEXOS

ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 15 de abril de 2010.

Of. N°.069 /10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; em reunião realizada no dia 13/04/2010, analisou e apreciou o parecer do senhor relator. Referente ao projeto de pesquisa **“Comportamentos de Saúde, Qualidade de Vida e Uso de Alcool”**, protocolo n°.381/CEP/CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. S^a. e como pesquisadora, Natália Priolli Jora aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof^a.Dr^a. Sandra Cristina Pillon
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

ANEXO B

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS-versão ancorada (BPRS-a)

BPRS 1- Preocupações somáticas. Este item compreende a hipocondria. Os graus 1 e 2 da escala referem-se à hipocondria não delirante e os graus 3 e 4, a hipocondria delirante. 0-Atenção normal com a saúde física /

1- Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física/

2- O paciente expressa idéias de ter uma doença orgânica (por ex. câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes /

3- As queixas são bizarras (por ex. estar apodrecendo por dentro), mas pode-se conseguir que o paciente, por breves períodos, admita que esse não é o seu caso/ 4- Está convencido, por ex., de que seus órgãos estão podres ou desaparecendo, ou de que vermes estão devorando seu cérebro. Nem por breves períodos se pode fazê-lo admitir que esse não é o seu caso.

BPRS 2- Ansiedade psíquica. (nos últimos 3 dias) Este item compreende tensão (central), irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, que se aproximam ao pavor subjugante. Frequentemente pode ser difícil distinguir entre a vivência da ansiedade do paciente (os fenômenos de ansiedade "psíquica" ou "central") e as manifestações fisiológicas de ansiedade (periférica) que podem ser observadas, como tremor das mãos e sudorese. Muito importante, nesse item, é o relato do paciente de preocupação, insegurança, vivências de pavor, ou seja, de ansiedade psíquica "central".

0- O paciente não se encontra nem mais nem menos inseguro ou irritável do que o habitual.

1- É duvidoso se o paciente está mais inseguro ou irritável do que o habitual.

2- A paciente expressa mais claramente estar em um estado de ansiedade, apreensão e irritabilidade, que pode achar difícil de controlar. Isso ocorre sem influir no dia-a-dia do paciente, porque a preocupação ainda diz respeito a questões pouco importantes.

3- A ansiedade ou insegurança é, às vezes, mais difícil de controlar porque a preocupação diz respeito a perdas ou danos importantes, que podem ocorrer no futuro. Por exemplo, a ansiedade pode ser vivenciada como pânico, ou seja, como pavor subjugante. Ocasionalmente essa ansiedade já interferiu no dia-a-dia do paciente.

4- A sensação de pavor está tão frequentemente presente que interfere acentuadamente no dia-a-dia do paciente.

BPRS 3- Retraimento emocional: Este item compreende a vivência introspectiva de contato emocional com o paciente **durante a entrevista**. Ele se contrapõe ao item 16 (afeto embotado ou inapropriado), que compreende o grau emocional com outras pessoas, avaliado, retrospectivamente durante os três dias precedentes.

0- Contato emocional normal. 1- Alguma (ou duvidosa) distância emocional.

2- Reações emocionais reduzidas, como, por exemplo, contato visual duvidoso.

3- Reações emocionais mais limitadas, como, por ex, contato visual ocasionalmente inadequado.

4- Quando o contato emocional está fortemente reduzido ou quase ausente, como por exemplo, quando evita contato visual.

BPRS 4- Desorganização conceitual (incoerência) Este item compreende os distúrbios do processo de pensamento (forma), desde certa imprecisão na expressão verbal até produções verbais completamente desorganizadas.

0-Ausência de desorganização conceitual.

- 1- O pensamento é caracterizado por certa imprecisão, mas a fala não é gramaticalmente inusual.
- 2- Distúrbio moderado do pensamento. As palavras podem estar ligadas por meio de uma forma gramaticalmente inusual e particular (*pars pro toto*) e a informação parece “vazia”.
- 3- Acentuada desorganização conceitual. Ocasionalmente, torna-se difícil entender o paciente, podendo surgir neologismos ou bloqueio.
- 4-Desorganização conceitual extremamente grave. Apenas fragmentos da fala são compreensíveis.

BPRS 5- Autodepreciação e sentimentos de culpa. Este item compreende a diminuição da autoestima, com sentimentos de culpa. - Ausência de autodepreciação e sentimento de culpa.

- 1- É duvidoso se sentimentos de culpa estão presentes, pois o paciente está apenas preocupado com o fato de que ele, durante a doença atual, seja um peso para a família ou os colegas, devido a sua reduzida capacidade de trabalho.
- 2- Autodepreciação ou sentimentos de culpa estão mais claramente presentes, pois o paciente está preocupado com incidentes do passado, anteriores ao episódio atual. Por exemplo, o paciente acusa-se de pequenas omissões ou falhas, de não ter cumprido com seu dever ou de haver prejudicado outras pessoas.
- 3-O paciente experimenta sentimentos de culpa mais graves. Ele pode afirmar que sente que seu sofrimento atual é algum tipo de punição. Assinale três, desde que o paciente possa perceber intelectualmente que sua opinião é infundada.
- 4- Os sentimentos de culpa são firmemente mantidos e resistem a qualquer argumentação, de modo que se convertam em idéias paranóides.

BPRS 6- Ansiedade somática (durante a entrevista) Este item compreende os concomitantes fisiológicos da ansiedade que se manifestam durante a entrevista. Todos os estados subjetivos de ansiedade devem ser assinalados no item 2, e não aqui.

- 0-Quando o paciente não está nem mais nem menos propenso que o habitual a experimentar concomitantes somáticos de estados de ansiedade.
- 1- Quando o paciente ocasionalmente apresenta leves manifestações, como sintomas abdominais, sudorese ou tremores. Entretanto, a descrição desses sintomas é vaga e questionável.
 - 2- Quando paciente ocasionalmente apresenta sintomas abdominais, sudorese, tremores, etc. Os sinais e sintomas são claramente descritos, porém não são acentuados nem incapacitantes.
 - 3- Os concomitantes emocionais dos estados subjetivos de ansiedade são acentuados e, às vezes, muito preocupantes.
 - 4- Os concomitantes fisiológicos dos estados sujeitos de ansiedade são numerosos, persistentes e frequentemente incapacitantes.

BPRS 7-Distúrbios motores específicos Este item compreende os graus variáveis de comportamento motor

bizarro, que vai desde certa excentricidade na postura até a agitação catatônica severa.

0-Ausente/ 1-Leve ou de presença duvidosa durante a entrevista./

2- Moderada. Presente durante a maior parte da entrevista./

3- Severa. Anormalidades motoras contínuas podem ser interrompidas./

4- Extremamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontroláveis. Entrevista difícil.

BPRS 8- Autoestima exagerada Este item compreende graus variáveis de exagero da autoestima, variando desde uma acentuada autoconfiança ou presunção, até os delírios de grandeza grotescos.

0- Autoestima normal./ 1- Autoestima aumentada levemente ou de maneira duvidosa, como por ex.: ocasionalmente superestima suas próprias capacidades habituais./

2-Autoestima moderadamente aumentada. Por exemplo, superestima mais constantemente suas próprias capacidades habituais ou insinua possuir capacidades incomuns./

3-Idéias acentuadamente irreais, como por ex. de que tem habilidades, poderes ou conhecimentos (científicos, religiosos) extraordinários, mas pode, por breves períodos ser corrigido./

4-Idéias de grandeza que não podem ser corrigidas.

BPRS 9- Humor deprimido Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não verbal de tristeza, depressão, desanimo, desamparo, desesperança. 0- Humor neutro/ 1- O paciente indica vagamente que está mais desanimado e deprimido que o habitual./ 2- Quando o paciente está mais claramente preocupado com vivências desagradáveis, embora ainda não esteja se sentindo desamparado ou desesperançado./ 3- O paciente exibe sinais não verbais claros de depressão e/ou, as vezes, sente-se dominado pelo desamparo ou desesperança./ 4- As observações do paciente sobre desânimo e desamparo, ou as suas manifestações não verbais dominam a entrevista, não sendo possível afastá-lo dessa temática.

BPRS 10-Hostilidade Este item compreende o relato verbal do paciente de sentimentos ou ações hostis em relação a outras pessoas fora da entrevista. Trata-se de um julgamento retrospectivo dos **três dias** precedentes. Diferenciar do item 14 (falta de cooperação), que corresponde ao contato formal durante a entrevista.

0-Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade ou hostilidade./

1-Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido./

2-Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações./

3- Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôde ser acalmado./

4- Extremamente hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.

BPRS 11-Desconfiança Este item compreende a desconfiança, a suspeita ou as interpretações distorcidas, variando desde uma acentuada falta de confiança nos outros até os delírios de perseguição floridos.

0- Ausente./

1- Vagas idéias de referência. Tende a suspeitar que as outras pessoas estão falando ou rindo de si. Sente que

“alguma coisa está ocorrendo”. Responde ao reasseguramento; portanto, fica duvidoso se existem idéias de referência ou delírios./

2-Idéias de referência com delírios vagos, não sistematizados, de perseguição. “Alguém pode ter más intenções”. Isso é insinuado pela televisão ou pelos jornais. Ainda se trata de uma vivência do tipo “como se”./

3-Delírios com alguma sistematização. reasseguramento difícil./

4- delírios paranóides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção impossível.

BPRS 12-Alucinações Este item compreende as percepções sensoriais sem os estímulos externos correspondentes. As vivências alucinatórias devem ter ocorrido nos últimos **três dias** e, com exceção das alucinações hipinagógicas, não devem ter ocorrido durante os estados de turvação da consciência (*delirium*).

0-Ausente./ 1-Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipinagógicas ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes)./

2-Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento./

3- Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento./

4- Mais ou menos constantemente absorto (concentrado) em vivências alucinatórias.

BPRS 13-Retramento psicomotor Este item compreende a redução do nível de atividade psicomotora, que inclui a velocidade de associações e a capacidade para verbalizar os pensamentos. Os sintomas do retardo motor dizem respeito à postura, aos gestos e à expressão facial.

0- Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada./

1- Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosa ou levemente diminuída./

2-Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta./

3-A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos./

4-A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) estupor (paralisia).

BPRS 14-Falta de cooperação Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e a situação da entrevista. Difere do item 10 (hostilidade) porque este compreende a falta de cooperação com outras pessoas durante os três dias precedentes à entrevista. 0-Atitude cooperativa natural.

1-Excessivamente formal e reservado na situação da entrevista. Responde um pouco resumidamente.2- Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador.

3-Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível. 4-Entrevista impossível. O paciente recusa-se a permanecer na situação de entrevista

BPRS 15-Conteúdo do pensamento incomum (conteúdo) Este item diz respeito ao conteúdo da verbalização do paciente e não da organização da linguagem, que é assinalada no item quatro. O item refere-se às qualidades incomuns até os vários

os vários níveis de idéias delirantes. Observe que os delírios de grandeza são assinalados no item 8 (autoestima exagerada), que os “delírios de culpa” são assinalados no item 5 e que os delírios de perseguição são assinalados no item 11 (desconfiança). Os delírios que apresentam interesse especial aqui são os delírios de controle, influência ou despersonalização, ciúme mórbido, delírios sexuais, delírios religiosos ou expansivos. Assinale apenas o grau de raridade do conteúdo expresso no pensamento, a importância que apresenta para o paciente ou a influência que exerce sobre o seu comportamento. 0 - Ausente./ 1-Grau leve ou presença duvidosa (por ex. idéias supervalorizadas). 2-Grau moderado (por ex. idéias com alguma qualidade delirante, mas ainda se constituindo em uma vivência do tipo “como se”).3-Os delírios delimitam a maior parte do conteúdo do pensamento e ocasionalmente influenciam o comportamento. 4. Delírios subjugantes (dominantes) delimitam o conteúdo do pensamento e comportamento.

BPRS 16- Afeto embotado ou inapropriado Este item compreende a diminuição da capacidade ou da motivação para sentir ou expressar as emoções normais, como tristeza, alegria, raiva. As emoções, manifestadas verbalmente e não verbalmente, são perceptivelmente inapropriadas à situação ou ao conteúdo do pensamento. Esse item compreende, assim, o retraimento emocional relativo às outras pessoas, durante os últimos **três dias** precedentes. Discriminar do item 3(retraimento emocional), que diz respeito a vivência introspectiva do contato emocional durante a entrevista. 0-Reações e envolvimento apropriado. 1-reações emocionais escassas ou questionavelmente inapropriadas. Por ex., menos desejo ou capacidade de estar em companhia de pessoas que conhece há mais ou menos tempo./2-Afeto perceptivelmente embotado. Não apresenta necessidade ou capacidade de estabelecer contato mais íntimo com pessoas não pertencentes ao seu círculo familiar (companheiros de trabalho, outros pacientes, equipe terapêutica)./ 3-Emocionalmente indiferente e apático, mesmo em relação aos amigos íntimos e a família./ 4-Emocionalmente ausente, ou então os afetos manifestados são grosseiramente inapropriados, sem qualquer motivação para o contato humano.

BPRS 17- Agitação psicomotora Este item compreende o aumento no nível da atividade psicomotora. 0-Atividade motora normal. Expressão facial adequada e atividade verbal normal./ 1-Atividade motora duvidosa ou levemente aumentada; por ex, expressão facial vívida ou certa loquacidade (falador)./ 2-Atividade motora moderadamente aumentada; por ex., gestos vívidos, grande loquacidade ou fala em voz alta e rapidamente./ 3-Atividade motora claramente excessiva, movimentando-se durante a maior parte do tempo. Levanta-se uma ou várias vezes durante a entrevista. Fuga de idéias. Dificuldade para compreendê-lo./ 4-Constante e incansavelmente ativo. Fala desintegrada. Comunicação significativa impossível.

BPRS 18- Desorientação e confusão Este item compreende os graus de turvação da consciência, com redução ou perda de orientação no tempo e/ou quanto a dados pessoais. 0-O paciente está completamente orientado no tempo, no espaço e quanto aos dados pessoais./ 1-O paciente ocasionalmente tem algumas dificuldades, mas pode corrigir espontaneamente sua afirmação sobre a orientação no tempo, e/ou no espaço, e/ou quanto aos

dados pessoais./ 2-O paciente apresenta falhas que não são corrigidas espontaneamente. Por ex., não sabe o dia da semana ou do mês, embora saiba o mês e o ano corretamente, e/ou tem dificuldades espaciais, embora esteja orientado na enfermaria (ou em sua casa), e/ou tem dificuldades para recordar nomes, embora saiba seu próprio nome./ 3-O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localiza quanto a períodos significativos do ano (carnaval, festas juninas, natal), e/ou tem dificuldades para localizar o banheiro ou a sua cama sem auxílio, e/ou lembra seu próprio nome apenas por meio de alguma ajuda./4-Está completamente desorientado no tempo e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.

ANEXO C

Instrumentos de coleta de dados

PARTE I. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade: _____

2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3. Cor de pele: (1) Branco (3) Pardo (2) Preto (4) Amarelo

4. Estado Conjugal:

(1) Solteiro

(2) Casado

(3) Divorciado/Separado

(4) Viúvo

(5) Em união consensual

5. Escolaridade:

(1) Analfabeto

(2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____

(3) 1º grau completo

(4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____

(5) 2º grau completo

(6) Superior incompleto– Especificar série: _____

(7) Superior completo

(8) Outro. Especificar: _____

6. Preferência Religiosa:

(1) Católico

(2) Evangélico

(3) Espírita

(4) Outra: _____

(5) Protestante

15- Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo? ()

()

ESCORE TOTAL

() Leve = 0 à 9

() Moderada = 10 à 19 () Grave = mais que 20 pontos

Parte III. Audit C Questionnaire

	0	1	2	3	4
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou mais
3. Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
Total					

As perguntas têm uma cotação entre 0 e 4 pontos.

Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 12. O score máximo é 12 e acima de 4 (maior ou igual a 5) no homem e acima de 3 (maior ou igual a 4) na mulher existe consumo excessivo.

No entanto, quando o score obtido decorre exclusivamente da resposta à pergunta 1, com pontuação nula nas restantes perguntas, pode assumir-se que os consumos estão dentro de valores aceitáveis, sugerindo-se a repetição do teste para confirmação, em consultas subsequentes.

Usualmente, quanto maior o score, maior a probabilidade de existirem consumos de álcool acima do recomendado.

PARTE IV. ESCALA DE SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS (SDS)

	1. às vezes	2. muitas vezes	3. sempre	4. quase sempre
1 Você acha que o uso de (<i>crack</i>) esta fora de controle				
2 Se faltar crack, isso lhe deixa ansioso ou preocupado?				
3 Você se preocupa com o uso de crack?				
4 Você gostaria de parar de usar crack?				
5 Quanto difícil você acha para parar ou ficar sem usar (<i>crack</i>)?	0. não é difícil	1. muito difícil	2. muito difícil	3. impossível

Parte V. Inventário das Consequências do Beber (DrInC)

Abaixo há uma série de situações que as pessoas que bebem estão vivenciando. Ouça atentamente cada uma delas e aponte a frase que indica se alguma vez aconteceu com você. As alternativas de resposta são SIM e NÃO.

	Não	Sim
1-Eu tenho ressaca e me sentido mal depois de beber.		
2-Eu já me senti chateado comigo mesmo por causa do meu hábito de beber.		
3-Eu já faltei no trabalho ou na escola por causa da bebida.		
4-Minha família e/ou meus amigos tem se preocupado ou criticado meu hábito de beber.		
5- Eu gosto do sabor da cerveja, vinho ou destilado.		
6-A qualidade do meu trabalho tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.		
7-A minha capacidade de ser bom pai ou boa mãe tem sido prejudicada devido meu hábito de beber		
8-Depois de beber, eu tenho problemas para adormecer, continuar dormindo ou tenho pesadelos.		
9-Eu tenho dirigido (um veículo de transporte) depois de beber três ou mais doses.		
10- O meu hábito de beber tem levado ao uso de outras drogas		
11- Eu já fiquei doente e vomitei após ter bebido.		

12- Eu tenho me sentido triste por causa do meu hábito de beber.		
13- Por causa do meu hábito de beber, não tenho me alimentado adequadamente.		
14- Eu tenho deixado de fazer coisas que eu deveria fazer por causa da bebida.		
15- Beber já me ajudou a relaxar.		
16- Tenho me sentido culpado e envergonhado por causa do meu beber.		
17- Quando bebo, eu já falei e fiz coisas embaraçosas.		
18- Quando bebo, minha personalidade já mudou para pior.		
19- Eu tenho me arriscado de maneira perigosa quando estou bebendo.		
20- Eu já me meti em encrencas quando bebo.		
21- Quando bebo ou uso drogas, falo coisas duras e cruéis para as pessoas.		
22- Quando bebo, tenho feito coisas por impulsividade que depois me arrependo.		
23- Eu tenho entrado em brigas quando bebo (com contato físico: socos, tapas, empurrões, etc.)		
24- Minha saúde física tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.		
25- Beber me ajuda a ter uma visão mais positiva da minha vida		
26- Eu tenho tido problemas financeiros por causa da bebida.		
27- Meu casamento ou relacionamento amoroso tem sido prejudicado devido meu hábito de beber.		
28- Eu fumo mais quando estou bebendo.		
29- Minha aparência física (visual) tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.		
30- Minha família tem sido magoada, devido meu hábito de beber.		
31- Eu tenho amigos ou relacionamentos íntimos que foram prejudicados, devido meu hábito de beber.		
32- Eu tenho alterado o peso por causa do meu hábito de beber.		
33- Minha vida sexual tem sido prejudicada, por causa do meu hábito beber		
34- Perdi interesses em atividades e passatempos que me davam prazer por causa da bebida.		
35- Quando bebo, minha vida social fica mais divertida.		
36- Minha vida moral e espiritual tem sido prejudicada, devido meu hábito de beber.		
37- Por causa da bebida, não tenho a vida que eu queria.		
38- Meu hábito de beber tem prejudicado meu desenvolvimento pessoal.		
39- Meu hábito de beber tem prejudicado minha vida social, minha popularidade ou reputação.		
40- Eu tenho gastado ou perdido muito dinheiro por causa da bebida.		
41- Eu fui preso por dirigir alcoolizado.		
42- Eu tenho tido outros problemas com a polícia (além de dirigir embriagado) por causa da bebida.		
43- Acabei um casamento ou relacionamento amoroso devido meu hábito de beber.		
44- Eu fui afastado ou demitido do trabalho ou escola devido meu hábito de beber.		
45- Eu tenho consumido bebidas alcoólicas socialmente sem ter problemas.		
46- Eu perdi amigo(a)s por causa da bebida.		
47- Eu sofri um acidente enquanto estava intoxicado ou embriagado.		
48- Quando embriagado ou intoxicado fui fisicamente ferido ou queimado.		
49- Quando embriagado ou intoxicado, eu machuquei outra pessoa.		
50- Eu tenho quebrado coisas quando estou sobre o efeito do álcool ou intoxicado.		

FOLHA DE RESPOSTA DA ESCALA DRINC

Marque nas Respostas: Não (0) SIM (1)

Físico	Interpessoal	Intrapessoal	Controle de Impulso	Responsabilidade Social	Escala de Controle
1 _____	4 _____	2 _____	9 _____	3 _____	5 _____
8 _____	7 _____	12 _____	10 _____	6 _____	15 _____
11 _____	17 _____	16 _____	19 _____	14 _____	25 _____
13 _____	21 _____	18 _____	22 _____	20 _____	35 _____
24 _____	27 _____	34 _____	23 _____	26 _____	45 _____
29 _____	30 _____	36 _____	28 _____	40 _____	
33 _____	31 _____	37 _____	32 _____	44 _____	Controle da Escala
48 _____	39 _____	38 _____	41 _____		_____
	43 _____		42 _____		
	46 _____		47 _____		
			49 _____		
			50 _____		
<hr/> <p>Físico + Interpessoal + Intrapessoal+ Controle de Impulso+ Responsabilidade social = Total</p> <p>_____ + _____ = _____</p> <hr/>					

Parte VI. Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B) versão brasileira

Indique o quanto você concorda ou discorda em cada uma das frases abaixo marcando apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais você concordará ou discordará da frase Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.

1. Eu desejo tanto usar cocaína que quase posso sentir seu gosto.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 2. Eu tenho um desejo muito forte por cocaína.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 3. Vou usar cocaína assim que puder.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 4. Acho que poderia resistir a usar cocaína neste momento.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 5. Eu estou com fissura por cocaína.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 6. Tudo que queria fazer agora era usar cocaína.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 7. Não sinto nenhum desejo por cocaína neste momento.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 8. Usar cocaína agora faria as coisas parecerem perfeitas.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 9. Eu vou usar cocaína assim que tiver a chance.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 10. Nada seria melhor do que usar cocaína agora.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
-