UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELTON BRÁS CAMARGO JÚNIOR

Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas

Ribeirão Preto
2013

ELTON BRÁS CAMARGO JÚNIOR

Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas

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

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sandra Cristina Pillon

Ribeirão Preto
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

CAMARGO JR., ELTON BRÁS

Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas

94 p. : il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Sandra Cristina Pillon.

1. Comportamentos de saúde. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Estudos de validação. 4. Psicometria. 5. Análise Fatorial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMARGO JR., Elton Brás

Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas

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

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

À minha mãe, Cleonice, e ao meu pai, Elton Brás,
que me proporcionam uma vida digna, apoio e incentivo.
Pelo amor incessante e incondicional, que me faz crescer.

À minha irmã, Elaine,
por seu companheirismo, respeito e amor.

À minha futura sobrinha, Maria Fernada,
que sua vinda ao mundo possa ser o nascimento de
uma nova alegria para nossa família.

Desde já, você é muito amada.

Agradecimentos

À Deus, por sempre caminhar ao meu lado e pela força a mim concedida para concretização deste ciclo da minha vida.

À Profª Drª Sandra Cristina Pillon, pela orientação na realização desse estudo.

À minha família, por toda diversão proporcionado em nossos encontros e pelo espírito de solidariedade.

Aos irmãos que Deus meu permitiu escolher, Carla, Elton e Jéssica, por terem estado ao meu lado durante todo esse período, nos momentos tristes e alegres. Obrigado por tudo, amo muito vocês.

À Natália Jora, pela disponibilidade em me ajudar sempre que eu precisei, e acima de tudo, por todas as conversas e experiências trocadas. Obrigado por me fazer acreditar que era possível.

Aos amigos da Pós-Graduação, Gabriela, Jaqueline, Heloísa, Lidiane, Lais, Leonardo, Sandra, Jeferson, Vander e Sara, pela companhia no “bandejão” e em todos os momentos de descontração. Torço para que vocês tenham um futuro brilhante.

Ao Lucas Andrade, por ter compartilhado comigo momentos marcantes da minha vida. Obrigado por todo carinho, sinceridade, respeito e acima de tudo, obrigado por sua paciência durante todos os períodos difíceis. Onde eu estiver você estará nos meus pensamentos.

Aos amigos que Ribeirão Preto me proporcionou, Dayane, Fernanda B., Fernanda R. Carlos, por terem compartilhado um pouco de sua experiência comigo.

Ao Thiago, Luis e Fernando, por aguentarem minhas manias e chatices durante o tempo em que moramos juntos, pelas conversas, risadas e incontestavelmente, pelo respeito mútuo.

Ao V.A.J.E., pelos momentos de descontração e pela união que deu certo. Vocês são extremamente especiais para minha vida.

À minha equipe, Felipe, Flávia, Heitor, July, Maísa, Tati, Vanessa e Victor, meus oito amigos de longa data, com quem eu posso contar em qualquer situação da minha vida.

Aos funcionários do CAPSad, em nome da Cidinha, por terem me acolhido com grande disposição e carinho no seu local de trabalho. Obrigado por toda ajuda.

Aos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial às Profas. Drª Ana Pimenta, Edilaine Silva e Toyoko Saeki, pela dedicação à minha formação e os valiosos ensinamentos.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial à Adriana Arantes e Lurdinha, por toda educação, competência e simpatia.

A CAPES, pelo auxílio financeiro por meio da bolsa de mestrado.

E, por fim, aos pacientes do CAPSad, atores fundamentais na realização desse estudo. Obrigado por aceitarem a participar dessa pesquisa.

O sofrimento precisa ser superado,
e o melhor meio de superá-lo
é suportando-o.

Carl Gustav Jung

RESUMO

CAMARGO JR, E. B. **Comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas**. Páginas 95. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

O consumo de drogas resulta em consequências para o indivíduo tanto no âmbito social quanto no de saúde. Conhecimentos sobre comportamentos de saúde dos usuários de drogas tornam-se relevante para melhor compreender esse grupo. O estudo teve por objetivo avaliar as propriedades psicométricas do Questionário Comportamentos de Saúde em usuários de substâncias psicoativas. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo. O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas de Ribeirão Preto, SP, Brasil. A amostra foi composta por 140 usuários do serviço. O instrumento utilizado foi composto por: Informações sociodemográficas, Escala de Severidade da Dependência de Drogas, *Severity Alcohol Dependence Data* e o Questionário Comportamentos de Saúde. Utilizou-se a análise descritiva dos dados e a validade de construto por meio da análise fatorial. Para a consistência interna do instrumento e de seus fatores utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*. A amostra caracteriza-se predominantemente por usuários do sexo masculino, adultos, solteiros, cor da pele branca, com baixo nível de escolaridade. A maior parte deles já esteve em tratamento e a busca por atendimento ocorreu voluntariamente ou por meio de seus familiares. A droga de maior consumo foi o *crack*. Os usuários, em sua maioria apresentaram níveis graves de severidade da dependência alcoólica e também da dependência de cocaína e *crack*. A maconha foi a droga de primeiro uso. A análise fatorial resultou em um modelo composto por oito fatores, sendo: comportamentos sexuais seguros; autocuidado com poluição ambiental; saúde; atividades físicas; autocuidado com alimentação; alimentação saudável; automedicação e consumo de bebidas alcoólicas, além da segurança motorizada. Os coeficientes de alfa de *Cronbach* mostraram-se satisfatórios com índices acima de 0,50 para os fatores, e 0,82 para o questionário Comportamentos de Saúde global. Os resultados confirmam a confiabilidade do Questionário Comportamentos de Saúde na versão brasileira para sua aplicabilidade em usuários de substâncias psicoativas.

Descritores: Comportamentos de saúde; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Estudos de Validação; Psicometria; Análise Fatorial

ABSTRACT

CAMARGO JR, E. B. **Health behaviors in users of psychoactive substances.** Pages 95. Dissertation (Master). Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2013.

Drugs consumption results in consequences for the individual both in the social as in health environment. Knowledge about health behaviors of drug users becomes important to better understand this group. The study aimed to evaluate the psychometric propriety of the health behavior questionnaires in users of psychoactive substances. It is about a quantitative descriptive study. The study was conducted at the Center of Psychosocial Care – Alcohol and Drugs from Ribeirão Preto, SP, Brazil. The sample consisted of 140 service users. The instrument used was composed of: Sociodemographic Information, Severity of Dependence Scale, Severity Alcohol Dependence Data and the Health Behaviors Questionnaire. It has been used a descriptive analyses of the data and construct validity using factor analysis. For the internal consistency of the instrument and it's factors it was used the *Cronbach* Alpha Coefficient. The sample is characterized predominantly by male users, adults, singles, white color (Caucasian) with a low educational level. Most of them have already been on treatment and the search for it happened voluntarily or through their families. The most consumed drug was crack. The majority of users presented serious levels of severity of alcohol dependence and also the dependence of cocaine and crack. Cannabis was the first used drug. Factor analysis resulted in a model composed of eight factors, as follows: safe sexual behavior; self care with environmental pollution; health; physical activity; self care with food; healthy eating; self medication and alcohol consumption, as well as motorized safety. The *Cronbach's* alpha coefficients were satisfactory with indexes above 0.50 for the factors, and 0.82 for the global Health Behaviors Questionnaire. The results confirm the reliability of the Health Behaviors Questionnaire in Brazilian version for its applicability in users of psychoactive substances.

Descriptors: Health Behaviors; Disruptions Related to Substance Use; validation Studies, Psychometrics, Factor Analysis.

RESUMEN

CAMARGO JR, E. B. **Comportamientos de La salud en usuarios de sustancias psicoactivas**. Páginas 91. Disertación (Máster). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2013.

El consumo de drogas tiene como consecuencias para el individuo tanto en el ámbito social, como en el de la salud. Conocimientos sobre el comportamiento de la salud de los usuarios de drogas se hace relevante para comprender mejor a ese grupo. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Comportamientos de la en usuarios de sustancias psicoactivas. Se trata de un estudio cuantitativo del tipo descriptivo. El estudio ha sido desarrollado en el Centro de Atención Psicosocial – Alcohol y Drogas de Ribeirão Preto, SP, Brasil. La muestra fue compuesta por 140 usuarios del servicio. El instrumento utilizado se basaba en: Informaciones socio demográficas, Escala de Gravedad de la Dependencia de las Drogas, Severity Alcohol Dependence Data y la Cuestionario Comportamientos de Salud. Se utilizó el análisis descriptivo de los datos y la caducidad de la construcción por medio del análisis factorial. Para la consistencia interna del instrumento y de sus factores se utilizó el coeficiente alfa de *Cronbach*. La muestra se caracteriza predominantemente por usuarios del sexo masculino, adultos, solteros, piel de color blanca, con bajo nivel de estudios. La mayor parte de ellos ya estuvieron en tratamiento y la búsqueda por atendimento ha sido voluntaria o por medio de sus familiares. La droga de mayor consumo fue el crack. Los usuarios en su mayoría presentan niveles graves de severidad de la dependencia alcohólica y también de la dependencia de la cocaína y el crack. La marihuana fue la droga de primer uso. La análisis factorial resultó en un modelo compuesto por ocho factores, siendo: Comportamientos sexuales seguros, Auto cuidado con la contaminación ambiental, Salud, Auto cuidado con la alimentación, alimentación saludable, automedicación y bebidas alcohólicas, además de seguridad automovilística. Los coeficientes del alfa de *Cronbach* se han visto satisfactorios con índices por encima del 0,50 para los factores, y 0,82 para el Cuestionario Comportamientos de Salud. Los resultados confirman la fiabilidad de la encuesta de los comportamientos de la salud en la versión brasileña para su aplicación en usuarios de sustancias psicoactivas.

Palabras clave: comportamientos saludables; trastornos relacionados al uso de sustancias; estudios de validación; psicometría; análisis factorial.

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de Dahlgren e Whitehead: determinantes sociais da saúde.	20
Figura 2. Modelo de Crenças em Saúde	29
Figura 3. Teoria do Comportamento Planejado.....	31

Lista de Quadros

Quadro 1. Exemplos práticos da TCP	32
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1. Informações sociodemográficas.	48
Tabela 2. Participação no tratamento para dependência de drogas	49
Tabela 3. Meios de encaminhamentos para o tratamento	49
Tabela 4. Drogas de maior consumo	50
Tabela 5. Níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool	50
Tabela 6. Média e Desvio Padrão dos escores totais da SDS	51
Tabela 7. Idade do primeiro uso de substâncias psicoativas	51
Tabela 8. Componentes principais do QCS	52
Tabela 9. Fator estrutural do QCS	53
Tabela 10. Coeficientes de alfa de Cronbach de cada fator.....	55
Tabela 11. Comparação entre a estrutura fatorial obtida nesse estudo e o agrupamento de itens do instrumento original.....	63

SUMÁRIO

1.	Introdução	13
1.1.	Considerações gerais sobre o uso de substâncias psicoativas	14
1.2.	Dados epidemiológicos.....	16
1.3.	Comportamentos de saúde.....	18
2.	Referencial Teórico	26
2.1.	Modelo de Crenças em Saúde	27
2.2.	Teoria do Comportamento Planejado	30
3.	Objetivos	34
3.1.	Objetivo Geral.....	35
3.2.	Objetivos Específicos.....	35
4.	Materiais e Métodos	36
4.1.	Desenho	37
4.2.	Local	37
4.3.	Amostra	38
4.4.	Critério de Inclusão	38
4.5.	Crítérios de Exclusão	38
4.6.	Procedimento.....	38
4.6.1.	Recrutamento.....	38
4.6.2.	Coleta de dados	39
4.7.	Instrumentos	39
4.7.1.	Informações sociodemográficas.....	39
4.7.2.	Escala de Severidade da Dependência (SDS).....	39
4.7.3.	Short Alcohol Dependence Data (SADD).....	40
4.7.4.	Questionário Comportamentos de Saúde (QCS)	41
4.8.	Aspectos éticos.....	42
4.9.	Análise estatística	43
5.	Resultados	47
5.1.	Informações sociodemográficas	48
5.2.	Uso de álcool e outras drogas	50
5.3.	Avaliação das qualidades psicométricas do Questionário Comportamentos de Saúde	51
6.	Discussão.....	56
6.1.	Informações sociodemográficas	57
6.2.	Uso de álcool e outras drogas	61
6.3.	Propriedades Psicométricas do QCS.....	62
7.	Conclusão	65
8.	ReferênciasBibliográficas.....	67
	Apêndices.....	83
	Anexos	85

1. Introdução

1.1. Considerações gerais sobre o uso de substâncias psicoativas

A relação do homem com o consumo de substâncias psicoativas possui raízes históricas em diversas sociedades (OMS, 2004). Desde os primórdios da civilização o ser humano procurou fugir da condição natural cotidiana, utilizando substâncias que alterassem suas sensações, suas percepções e o seu humor, proporcionando momentos de prazer ou de alívio para os seus sofrimentos. Essas substâncias tinham uma função curativa, ritualística ou mesmo mística, e estavam ligadas aos hábitos sociais de várias populações e sob intenso controle cultural, religioso e social. Porém, com o passar dos séculos esse tipo de autorregulação desapareceu, principalmente a partir do início do século XIX com o isolamento de princípios ativos de substâncias psicoativas e sua industrialização, resultando em uma expansão do consumo com finalidade não somente terapêutica, mas também recreativa (CARLINI, 2006; SILVEIRA; MOREIRA, 2006; ARAUJO; MOREIRA, 2006; ALVES, 2009).

O século XX foi marcado como o período em que se evidenciou a maior extensão mercantil do consumo de substâncias psicoativas. Isso se dá pelo fato de que as drogas cuja venda hoje é proibida, como a cocaína e a heroína, faziam parte de um mercado lucrativo que envolvia interesses industriais e políticos. Porém, também neste mesmo período, observou-se uma maior inflexibilidade social em relação ao uso de determinadas substâncias e a proibição oficial destas, decorrente do aumento do número das substâncias com potencial para uso problemático quando comparados com os séculos passados (JUNIOR, 2001; CARNEIRO, 2002). Portanto, o uso ritualizado destas substâncias, como forma de um elemento de integração diminuiu, dando espaço para o uso individualizado e abusivo, constituindo um elemento de doença social e desintegração. Sendo assim, esse novo padrão de consumo foi seguido pela emergência do risco de danos à saúde e riscos sociais (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; ARAUJO; MOREIRA, 2006).

Atualmente, droga é definida como substância exógena, que altera a função biológica e possivelmente a sua estrutura (MANSUR; CARLINI, 2004; DIAS; PINTO, 2006). As drogas psicoativas são definidas como toda substância que atua no Sistema Nervoso Central (SNC) e altera os processos mentais como consciência, humor e pensamento, possui propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de

autoadministração (OMS, 2006). Essas substâncias podem levar, portanto, o indivíduo a um repetitivo consumo desencadeando um estado de dependência. (LARANJEIRA et al., 2003).

As substâncias psicoativas são classificadas de acordo com o seu mecanismo de ação no Sistema Nervoso Central (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; SEIBEL; TOSCANO, 2000):

- a) Depressoras: produz uma diminuição da atividade motora, da reatividade a dor e da ansiedade, por meio da redução da atividade cerebral, ocasionando o relaxamento. O álcool, inalantes, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e os solventes são exemplos de drogas depressoras.
- b) Estimulantes: neste grupo são incluídas as substâncias capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, consequentemente acarretam no indivíduo um estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. Exemplos: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína.
- c) Perturbadoras: substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos, entre os quais se destacam os delírios e as alucinações, sem que haja inibição ou estimulação global do SNC. São exemplos desta classe: *Cannabis sativa* (e derivados), LSD, ecstasy e anticolinérgicos.

Outra forma de classificação dessas substâncias é realizada a partir de noções jurídicas do permitido e do proibido em uma determinada sociedade ou num determinado momento histórico, o qual é conhecido como classificação legal. Essa classificação divide-se em dois grupos de substâncias, as lícitas e as ilícitas. No Brasil, as drogas lícitas têm sua produção e seu consumo permitidos por lei, as quais fazem parte deste grupo as bebidas alcoólicas, o tabaco e os medicamentos psicotrópicos. As drogas ilícitas são substâncias proibidas por lei de serem produzidas, comercializadas e consumidas. São exemplos de drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, ópio e outras (JACOBINA; NERY FILHO, 1999).

O uso de substâncias psicoativas é caracterizado como um fator problemático de ordem social, em razão dos comportamentos prejudiciais para o indivíduo e, consequentemente, para a sociedade (SETZER, 1999). O uso frequente destas substâncias nos dias atuais é visto com preocupação pelas organizações nacionais

e internacionais em função do potencial risco à saúde e do considerável aumento do consumo das mesmas nas últimas décadas (BOTTI et al., 2010). Entre os riscos e danos à saúde associados ao consumo de substâncias psicoativas, a literatura tem demonstrado altos níveis de prevalência de acidentes de trânsito, traumatismos, suicídios, compartilhamento de seringas e agulhas, atividades sexuais desprotegidas e a exposição à doenças sexualmente transmissíveis (SIEBEL; CARVALHO, 2000; CARVALHO; BUENO, 2000; REIS; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; PONCE et al., 2008; CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

Destacam-se também as consequências diretas e indiretas do uso abusivo de substâncias psicoativas nas várias interfaces da vida social do indivíduo, conflitos interpessoais e familiares, ocupação, aumento da criminalidade, homicídios, envolvimento com o tráfico e outras atividades delituosas (DESLANDES, 1998; ZILBERMAN; REHM; MONTEIRO, 2005; BLUME, 2005; CHALUB; TELLES, 2006; HEIM; ANDRADE, 2008; MELO et al., 2011).

Além disso, estudos demonstram a presença de comorbidades ou agravamento das condições clínicas e psiquiátricas associados ao consumo de drogas (SILVEIRA; JORGE, 1999; ALVES; KESSLER; RATTO, 2004; MELONI; LARANJEIRA, 2004; RODRIGUEZ et al., 2005)

1.2. Dados epidemiológicos

O álcool é a substância lícita mais utilizada mundialmente, sendo que o seu padrão de consumo varia de acordo com a cultura, o país e a faixa etária da população. Nota-se, que no mundo contemporâneo o consumo do álcool passou a fazer parte de diversas atividades sociais e recreativas da população. Este comportamento pode ser decorrente do fato de o consumo de álcool ser muito bem aceito socialmente (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Estudo brasileiro mostrou que essa substância foi a mais consumida no país, onde cerca 74,6% dos entrevistados já haviam feito uso de bebidas alcoólicas na vida, sendo que 12,3% preenchiam critérios para diagnóstico de dependência do álcool. Após o álcool, o tabaco se destaca como a segunda droga lícita mais consumida, apresentando uma prevalência de 44% para uso na vida, sendo que 10,1% deste grupo preenchiam os critérios diagnósticos para dependentes. (CARLINI et al., 2007).

O padrão de consumo de álcool foi avaliado na população brasileira por meio de um estudo realizado por Bastos, Bertoni e Hacker (2008). Abrangendo uma população amostral de 5.040 pessoas de ambos os sexos e com idade superior a 16 anos, os resultados mostraram que 86,7% dos entrevistados haviam consumido bebidas alcoólicas na vida. Dentre esses, 4,9% afirmaram que haviam bebido três ou mais vezes por semana.

O uso ilícito de substâncias psicoativas é muito difundido em várias sociedades, particularmente entre adultos jovens (ALVES, 2009). Dados do relatório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crimes (UNODC) mostraram que, em 2010, 6,6% da população mundial adulta entre 15 e 64 anos, fizeram uso regular de algum tipo de substância ilícita. A maconha foi droga ilícita de maior prevalência anual de uso, atingindo cerca de 5% da população mundial (224 milhões de pessoas), seguida pelos opiáceos, cocaína e anfetaminas, respectivamente. O número de usuários de cocaína, neste mesmo período, chegou a 19,7 milhões de pessoas, ou seja, 0,4% da população mundial. Na América do Sul, esses índices também são altos, onde a média total de uso, também em 2010, contabilizou 0,7% da população (UNODC, 2012).

Uma pesquisa realizada recentemente constatou que o Brasil é o segundo país com maior número de consumidores de cocaína no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Aproximadamente seis milhões de brasileiros já fizeram uso de cocaína na vida, e surpreendentemente, dentre eles, dois milhões haviam fumado, ou seja, usaram o *crack*. Há um destaque para a região Centro-Oeste do país, uma vez que houve maior percentagem de usuários (2,6%), seguida pela região Sudeste (2,2%). Isso denota a grande expansão do uso desta droga nos últimos anos nesse país (INPAD, 2012).

Devido a essa expansão do consumo das substâncias psicoativas, a experimentação dessas passa a atingir cada vez mais todas as raças, grupos socioeconômicos e ambos os sexos. As estimativas sobre este uso variam muito em função da grande variabilidade de trabalhos quanto à faixa etária da amostra estudada, das substâncias incluídas e dos métodos utilizados (FERRI, 1999).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou estudos epidemiológicos em diferentes capitais brasileiras nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997 com estudantes do ensino fundamental. Estes estudos possibilitaram detectar um aumento da tendência do consumo de drogas na vida e

ainda que as substâncias mais utilizadas fossem o álcool, o tabaco e solventes (GALDURÓZ et al., 2004). De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, nas 17 capitais brasileiras, 22,6% dos estudantes, afirmaram ter feito uso na vida de alguma substância psicoativa, sendo que a mais consumida entre as drogas pesquisadas, foi o álcool (GALDURÓZ et al., 2005).

Em relação aos estudantes universitários o uso de álcool na vida, atinge a porcentagem de 86,2%. Dentre estes, 43,4% afirmaram que utilizaram na vida outra substância concomitantemente com o álcool (BRASIL, 2010). Assim, observou-se uma heterogeneidade nos grupo usuários de substâncias psicoativas.

Em razão do considerável número de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas evidenciado nas últimas décadas, também se tornou evidente as complicações sociais e de saúde que atingem essa população. Portanto, este contexto demanda um melhor conhecimento da prevalência de certos comportamentos que aumentam os riscos e que podem ocasionar resultados negativos para a saúde destes usuários (CARLINI-COTRIM, 2000; LARANJEIRA, 2003).

1.3. Comportamentos de saúde

A saúde não se restringe a mera ausência de doença, assim é avaliada como um estado multidimensional que envolve os diversos domínios da saúde física, psicológica e social (STRAUB, 2005). Além disso, múltiplos são os determinantes que atuam na saúde, tais como individuais, genéticos e biológicos (ROBALO, 2009). Portanto, o que denota o estado de saúde pode ser determinado por questões culturais, econômicas e sociais, e também por questões individuais (BRITO; CAMARGO, 2011).

Nos dias atuais, fatores relacionados ao estilo de vida do homem contemporâneo são elementos ativos e decisivos no processo saúde-doença. Portanto, cada vez mais se torna crucial analisar o comportamento humano na saúde e também o processo de tomada de decisão envolvendo a saúde do indivíduo (DELA COLETA, 2004).

A literatura evidencia que os fatores individuais, como os comportamentos de saúde, são determinantes tanto para o agravamento de doenças quanto para a prevenção e o tratamento das mesmas, além de interferir na formação física e social do indivíduo (VIERIA, et al., 2002; DOUGLAS, 2006). Vale ressaltar, que os fatores individuais sofrem significativa influência de determinados aspectos como os culturais e econômicos. Sendo assim, é fundamental a obtenção de conhecimentos sobre a realidade social que o indivíduo se encontra (RAMOS, 2012).

De acordo com Pill (1991), comportamento de saúde foi definido como “[...] qualquer atividade realizada por uma pessoa, acreditando ser saudável, a fim de prevenir as doenças ou detectá-la em uma fase assintomática”.

Posteriormente, Gochman, refere-se a comportamento de saúde como:

[...] atributos sociais, como crenças, expectativas, emoções, valores, percepções, além de outros elementos cognitivos, características de personalidade, incluindo estados afetivos e emocionais, e também os padrões de comportamentos visíveis, ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, restauração e melhoria da saúde (GOCHMAN, 1997).

Em um sentido mais amplo Carmondy (1997), definiu o comportamento de saúde como qualquer comportamento que afeta a saúde, de forma positiva ou negativamente.

O comportamento relacionado à saúde exerce papel determinante no estado de saúde do indivíduo. Todavia, esse comportamento pode ser afetado por um conjunto de variáveis pessoais e sociais. Dessa forma, Albuquerque (1999), em uma investigação, apresentou alguns fatores que podem influenciar esse comportamento, agrupando-os em:

1. Sociodemográficos: idade, sexo, condições socioeconômicas, educação, ocupação, entre outros;
2. Macroeconômicos: rendimentos, imposto sobre o tabaco e álcool;
3. Estado de saúde: restrições da mobilidade, outras restrições devido ao estado de saúde;
4. Socioculturais: normas morais e religiosas, tradição alimentar, entre outras;

5. Sociais e familiares: hábitos alimentares, redes de suporte, influência dos pares, suporte social;
6. Legislação: compra de tabaco e álcool, uso de cinto de segurança;
7. Psicológicos: atitudes, crenças, consciência do risco;
8. Cuidados de saúde: acesso à saúde, campanhas de vacinas, cuidados dentários gratuitos, dentre outros;
9. Sistemas de provimentos de bens e serviços: serviço de aconselhamento, produção de alimentos com baixo teor de gordura, entre outros.

Outro fator importante, que denota atenção devido a sua influência nos comportamentos de saúde do indivíduo, refere-se aos determinantes sociais. O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (2007) mapeia a relação entre o indivíduo, o seu ambiente e as doenças. Esse modelo apresenta os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas, partindo do nível individual até a última camada, onde se encontram os macrodeterminantes, conforme apresenta a figura 1.

Figura 1. Modelo de Dahlgren e Whitehead: determinantes sociais da saúde

Fonte:Dahlgren e Whitehead, 2007

Como pode ser observado na figura 1, o indivíduo está no centro do modelo, com suas características individuais como idade, gênero e fatores genéticos que

inegavelmente influenciam as condições de saúde. A primeira camada é composta pelo comportamento e estilo de vida do sujeito, que podem promover ou prejudicar a saúde. Esta camada está situada entre as características individuais e os aspectos sociais. Isto ocorre porque muitas vezes o comportamento é entendido apenas como de responsabilidade do sujeito, porém, essas escolhas estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como acesso a alimentos saudáveis, espaços de lazer, informações, propaganda e influência dos pares (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007; BUSS; PELEGRINI, 2007).

A camada seguinte demonstra a influência da sociedade e da comunidade, disponibilizadas por meio das redes de apoio e comunitárias e serviços sociais. Esta camada expressa o nível de coesão social, a qual exerce fundamental importância na saúde da população. Em seguida encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso à educação e demais serviços essenciais. No último nível estão incluídas as condições econômicas, culturais e ambientais que exercem influência significativa nas demais camadas (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Os comportamentos individuais estão diretamente relacionados ao estilo de vida dos sujeitos (NAHAS, 2001). Nesta perspectiva, o *Alameda County Study* proporcionou o desenvolvimento e aprofundamento do conceito de “Estilo de Vida”, avaliado como um componente primordial na manutenção da saúde e também um fator que contribui para favorecer o prolongamento da longevidade da população por meio da prevenção de doenças (RIBEIRO, 2004). Em 1974, um documento oficial denominado “Informe Lalonde” definiu estilo de vida como:

[...] conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se podem exercer certo grau de controle. As decisões e os comportamentos pessoais que são maléficos para a saúde, geram riscos para o próprio indivíduo. Quando estes riscos resultam em adoecimentos ou mortes pode-se afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a doença ou a sua incapacidade (LALONDE, 1974, *apud* Ribeiro, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estilo de vida é caracterizado como “[...] padrões de comportamentos identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde da população e estão relacionados a diversos fatores na vida de cada indivíduo” (WHO, 1998). ”.

Portanto, entende-se que a qualidade de vida do sujeito sofre influência do estilo de vida, sendo este um dos fatores preeminentes na manutenção tanto da saúde como também da qualidade de vida do indivíduo (TUBINO, 2002; NAHAS, 2006).

Entre os comportamentos saudáveis adotados pelo sujeito estão incluídos padrões alimentares saudáveis, a prática regular de atividades físicas e a ingestão de frutas e verduras (MOURA et al., 2008). Em relação aos comportamentos de risco é possível descrever o envolvimento em situações de violência, comportamentos sexuais desprotegidos, hábitos alimentares precários, o consumo de álcool, nicotina e drogas ilícitas, e níveis baixos de atividade física (CDCP, 2010).

Uma revisão do estudo longitudinal *Alameda County Study* considerado um dos trabalhos epidemiológicos sobre a relação entre o comportamento humano, a saúde e as doenças, mais rigoroso do ponto de vista metodológico, identificou sete comportamentos, que quando praticados, estavam positivamente relacionados à saúde física e o bem-estar do indivíduo. Dentre esses comportamentos estão à prática de exercícios físicos regularmente e o não consumo de cigarros e bebidas. O estudo constatou que quanto mais o paciente seguisse estas rotinas, maiores eram as expectativas de vida do indivíduo (HOUSMAN; DORMAN, 2005).

Devido à adoção de determinados comportamentos de risco, diversos problemas de saúde têm sido relatado. Na população jovem se observou óbitos causados por acidentes de trânsito, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce. Em adultos o problema principal está mais relacionado às doenças crônicas não transmissíveis (CDCP, 2010; MCCracken; JILES; BLANCK, 2007 BARROS; XIMENES; LIMA, 2001; BRASIL, 2004).

Além disso, é importante ressaltar que uma grande porcentagem da população está exposta a um ou mais comportamentos de risco para a saúde (DÍEZ, 2002; PAAVOLA; VARTIAINEN; HAUKKALA, 2004). Farias Júnior e colaboradores (2009) demonstraram a alta prevalência simultânea de comportamentos de risco à saúde em adolescentes, principalmente relacionados à prática de atividades sexuais desprotegidas e níveis baixos de atividades físicas.

Projeções sobre as cargas de doenças mundiais apontaram que para as próximas duas décadas haverá um aumento considerável de doenças crônicas, elevadas taxas de morte relacionadas ao consumo de tabaco e um aumento significativo do número de mortes por HIV/AIDS (MATHERS; LONCAR, 2006; ABEGUNDE, et al., 2007). Estudo multicêntrico realizado em 23 países projetou para 2030 um aumento de 59% para 69% de mortes decorrentes de doenças crônicas e também de 3,7 milhões de mortes devido o HIV/AIDS quando comparadas as estimativas realizadas para o ano de 2002. Assim, em 2015, doenças decorrentes do consumo de tabaco serão as responsáveis por 10% de todas as mortes no mundo todo (MATHERS; LONCAR, 2006).

Em seguida, serão apresentados dados epidemiológicos que avaliam comportamentos de saúde em diferentes amostras e contextos nacionais. No Brasil, um estudo realizado na região Sul constatou a associação entre o consumo drogas e comportamento sexual de risco em mulheres, como por exemplo, a troca de sexo por substâncias psicoativas (BASSOLS; BONI; PECHANSKY, 2010).

Costa et al. (2006) avaliou em seu estudo os comportamentos de saúde em idosos hipertensos. A pesquisa demonstrou que parte significativa dos 9.038 entrevistados apresentaram concomitância de três ou mais comportamentos prejudiciais para a saúde. Entre esses comportamentos, observaram-se com maior prevalência o consumo de frutas e hortaliças abaixo de cinco porções diárias, sedentarismo e o uso de sal nas refeições.

Estudo realizado em 27 capitais brasileiras estimou a prevalência de indivíduos considerados saudáveis com idade entre 18 e 29 anos. Nessa pesquisa, foram considerados saudáveis, os entrevistados que possuíam certos comportamentos de saúde, como por exemplo, que não fumavam, praticavam atividades físicas regularmente e consumiam frutas/hortaliças cinco ou mais dias durante toda semana. O índice de participantes na amostra considerada saudável, de acordo com os critérios do estudo, foi de 8%, sendo que 39,6% relataram a concomitância de dois comportamentos saudáveis e 7% nenhum dos três comportamentos avaliados (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Em jovens estudantes do ensino médio de uma metrópole brasileira, verificou-se uma significativa proporção de entrevistados que possuíam comportamentos de risco à saúde. Nessa amostra, os comportamentos de risco de maior prevalência em estudantes da rede pública de ensino foram relacionados ao trânsito, violência e

comportamento sexual. Já os entrevistados que estudavam no ensino particular, apresentaram comportamentos de maior prevalência nas áreas de consumo de drogas, violência e trânsito. Além disso, um dado relevante demonstrado pelo estudo é o alto índice de relação sexual sem o uso de preservativos entre os estudantes (COTRIM; CARVALHO; GOUVEIA, 2000). Uma amostra de 5.028 adolescentes do Sul do país apresentou hábitos alimentares inadequados e atividades sexuais sem uso de preservativos como os comportamentos de risco para a saúde de maior prevalência. Além disso, o tabagismo figurou a menor proporção de consumidores entre os entrevistados (FARIAS JUNIOR et al., 2009).

Pesquisa realizada com servidores de uma universidade brasileira avaliou a presença de comportamentos de saúde satisfatórios entre os participantes de ginástica laboral quando comparados aos que não faziam essa atividade, como por exemplo, o baixo consumo abusivo de álcool e a prática de atividades físicas durante os períodos de lazer (GRANDE et al., 2011). Estudo realizado na Universidade de Brasília com estudantes da área da saúde mostrou alto nível de sedentarismo (65,5%) e alimentação inadequada para grande maioria dos estudantes (79,7%) (MARCONDELLI; COSTA; SCHIMITZ, 2008).

Brito e Camargo (2011) verificaram a adoção de comportamentos saudáveis para homens e mulheres residentes em Florianópolis. Os resultados desse trabalho mostraram uma maior frequência de determinados comportamentos de saúde entre os homens quando comparado às mulheres. Além disso, apenas 13,4% da amostra relataram sedentarismo.

Em decorrência da adoção de comportamentos de risco para a saúde, alguns problemas têm sido relatados. Guedes et al., (2006) avaliou algumas características comportamentais relacionadas à saúde e encontrou associação entre pressão arterial alta com o sedentarismo e o consumo de tabaco. Nesse mesmo estudo, o sobrepeso se associou a hábitos alimentares inadequados, mais precisamente ao consumo excessivo de gorduras.

O comportamento sexual de risco, como a troca de sexo por drogas, o alto número de relações sexuais com pessoas diferentes e o ato sexual sem uso de preservativos, demonstrou alta prevalência em mulheres soropositivas (BASSOLS; BONI; PECHANISKY, 2010)

O comportamento de fumar foi associado a altos índices de doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, além de alguns tipos de

cânceres (BERNAT; OLIVEIRA; ROCHA; BOING; PERES, 2009). A inatividade física esteve associada em até 16% dos casos de diabetes e cânceres, e ainda contribuiu para cerca de 2 milhões de mortes no mundo (RIPSA, 2008).

Vale destacar, que a exposição a determinados comportamentos de risco à saúde na infância e juventude podem se estender para a vida adulta, ocasionado problemas de saúde posteriores. Um importante estudo longitudinal analisou comportamentos relacionados à saúde constatou que níveis insuficientes de atividade física, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas avaliados na infância e adolescência estiveram associados a fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular e à presença de doenças cardiovasculares na fase adulta (TWISK et al., 1997).

O consumo abusivo de álcool pode ocasionar, além da dependência química, prejuízos na memória e doenças como cirrose, hipertensão arterial, pancreatite e quadros de demência, além de acidentes automobilísticos (RIPSA, 2008).

Como evidenciado na literatura, os estudos que avaliaram comportamentos relacionados à saúde de determinados grupos, na maioria das vezes apresentaram apenas como objetivo a avaliação de comportamentos isolados, assim, a ocorrência simultânea de comportamentos de saúde praticamente não foi explorada nesses estudos. Não foram encontrados estudos realizados no Brasil que avaliassem comportamentos de saúde entre usuários de substâncias psicoativas.

A literatura afirma que quanto mais fatores de risco para a saúde, mais rápido pode ocorrer o surgimento e a evolução de uma doença. Portanto, estudos sobre o conjunto de valores, estilos de vida e comportamentos individuais, são fundamentais para melhor compreender o grupo de usuários de substâncias psicoativas. Além disso, este tipo de estudo pode ajudar no desenvolvimento de estratégias de intervenções efetivas que possibilitem a identificação de fatores de risco que afetam a saúde do usuário.

2. Referencial Teórico

Modelos teóricos foram elaborados com a finalidade de explicar, compreender e prever a adoção de comportamentos que de alguma forma orientam os indivíduos em relação à saúde.

Dentre os modelos teóricos que influenciam o comportamento de saúde e que supõem que as atitudes e crenças são grandes influenciadoras, assim destaca-se o Modelo de Crenças da Saúde e a Teoria do Comportamento Planejado.

2.1. Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS), originalmente denominado na língua Inglesa *Health Belief Model*, foi um dos primeiros modelos teórico de mudança comportamental em saúde e, atualmente, tem sido aceito integralmente por vários pesquisadores da área (DELA COLETA, 2011).

O MCS foi desenvolvido, nos anos 50, por um grupo de psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América, tem como objetivo explicar os motivos que levavam os indivíduos a não adotarem comportamentos preventivos para certas doenças cuja prevenção já havia sido estudada e em alguns casos era oferecida à população (JANZ et al., 2002). Desde sua elaboração, esse modelo tem sido adaptado e utilizado com o intuito de explorar uma variedade de comportamentos que estão diretamente relacionados à saúde a curto e médio prazos e ainda compreender a reação das pessoas aos sintomas e às doenças diagnosticadas (ROSENSTOCK; STRECHER; BECKER; 1994).

Esse modelo preconiza a percepção do indivíduo em relação às consequências na adoção de novos comportamentos, e apontam a susceptibilidade e a gravidade como fatores de vulnerabilidade (COUTO, 1998). Ou seja, quanto mais a pessoa acredita ser susceptível a determinada patologia e maior for a sua percepção quanto à gravidade desta doença, maior será a probabilidade do indivíduo adotar um comportamento saudável. Logo após a percepção da ameaça ocasionada pela doença para o sujeito, o mesmo só adotará comportamentos de saúde, a partir do momento em que acreditar que os benefícios desse comportamento sobressairão às barreiras associadas na adoção desse comportamento (STROEBE, 1995; SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002).

O modelo postula que uma decisão do indivíduo com o intuito de ter um comportamento preventivo de saúde é determinada por quatro dimensões psicológicas (STRETCHER; ROSENSTOCK, 1997):

- a) Susceptibilidade Percebida: que refere aos riscos subjetivos de se contrair uma dada condição de doença, ou seja, acreditar que o problema pode afetá-lo particularmente.
- b) Gravidade Percebida: o indivíduo associa o problema de saúde à gravidade de suas consequências, podendo ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional, como também pelas consequências que a doença pode acarretar, como dor, morte, interrupção de atividades, perturbações nas atividades familiares e sociais.
- c) Benefícios percebidos: referem-se às crenças na efetividade da ação e a percepção das consequências com resultados positivos.
- d) Barreiras percebidas: este pondera os benefícios percebidos da ação, sendo que os aspectos negativos são avaliados em termos de custo, desconforto, esforço, situações que causam insatisfação, dor, entre outros. Esses fatores servem como barreiras para a ação e estimulam motivos conflitantes de enfrentamento.

Além das dimensões citadas, fazem parte do MCS os estímulos externos e internos que influenciam o processo de tomada de decisão, por meio da modificação da percepção dos benefícios e barreiras às ações preventivas (STRETCHER; ROSENSTOCK, 1997):

- a) Variáveis demográficas: idade, sexo, raça, etnia;
- b) Variáveis psicossociais: personalidade, classe social, grupos de pressão;
- c) Variáveis estruturais: conhecimento que o indivíduo tem sobre doença e contato anterior com a mesma.

De acordo com Bishop (1994), o indivíduo ainda pode necessitar de fatores desencadeadores externos, como por exemplo, campanhas preventivas a toda população, conselhos de amigos, dentre outros.

Destaca-se a utilização deste modelo em várias pesquisas sobre a prevenção e controle do câncer, adesão ao tratamento de várias doenças, comportamento sexual, e a determinados comportamentos de saúde, tabagismo, obesidade,

sedentarismo, dieta, entre outros, onde as mesmas concluem que as crenças em saúde influenciam a decisão de assumir comportamentos preventivos (DELA COLETA 2004). A seguir, serão apresentados alguns estudos que utilizaram o Modelo de Crenças em Saúde.

Figura 2. Modelo de Crenças em Saúde

Fonte: Bishop, 1994

Pesquisa realizada em Fortaleza teve por objetivo a identificação das percepções de vulnerabilidade entre adolescentes do sexo masculino sobre as

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Os resultados desse trabalho mostraram que os adolescentes identificavam mais benefícios do que barreiras a respeito da prevenção das DSTs, e que os benefícios percebidos pelos mesmos estavam associados ao uso de preservativos e melhoria no diálogo entre parceiros sexuais (SANTO Set al., 2010).

Ainda em relação às DSTs, trabalhos mostraram maiores percepções de susceptibilidade associadas à redução de comportamentos de risco, porém, outros trabalhos identificaram que apesar de estarem conscientes de sua vulnerabilidade, muitos sujeitos persistiam em atividades de risco, resultando em sua contaminação (MOMAS et al., 1997; MCBRIDE et al., 1999). Outro estudo identificou que 64% das mulheres não acreditavam que eram susceptíveis às DSTs/AIDS, ou seja, acreditavam que era impossível adquirir tais doenças (SILVEIRA et al., 2002).

Portanto, a grande contribuição deste modelo refere-se à percepção em relação ao risco ou a suscetibilidade quanto à tomada de decisão pelo indivíduo (DELA COLETA, 2011).

O MCS foi escolhido como referencial para o desenvolvimento do presente trabalho, pelo fato de ser considerado de grande importância para a explicação da adoção de comportamentos que tem como resultado a prevenção de doenças.

2.2. Teoria do Comportamento Planejado

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é uma das teorias mais utilizadas para avaliar o comportamento humano. Modelo proposto por Icken Ajzen, em 1985, em que partiu do pressuposto de que grande parte do comportamento humano é racional e volitivo, e explicou como as influências sobre um indivíduo determinam a sua decisão relativa a determinados comportamentos no campo da saúde.

De acordo com o autor a intenção do indivíduo em exercer um determinado comportamento é direcionada por três tipos de constructos (AJZEN, 2006):

- a) Atitudes em relação ao comportamento – referentes às prováveis consequências dos comportamentos, determinando atitudes favoráveis ou desfavoráveis para o indivíduo em relação a esse comportamento;

- b) Norma subjetiva – refere-se às expectativas normativas de outros, impactam as pressões sociais percebidas;
- c) Controle comportamental percebido – presença de fatores que podem estar associados sob o controle do indivíduo e que viabilizam ou não o comportamento, ou seja, a percepção da facilidade ou dificuldade de desencadear o comportamento.

Figura 3. Teoria do Comportamento Planejado

Fonte: Ajzen, 2006

O modelo de Ajzen (2006) afirma que os três constructos são determinados pelas crenças do indivíduo baseadas na sua percepção a respeito do objeto de atitude. No entanto, as atitudes em relação aos comportamentos, normas subjetivas e controles comportamentais percebidos são determinados pelas crenças comportamentais, normativas e de controle, respectivamente.

As considerações que compõem a teoria não determinam diretamente o comportamento, mas sim uma intenção comportamental em que o indivíduo poderá realizar determinado comportamento assim que a oportunidade para tal surgir. Desse modo, a intenção comportamental é entendida como antecedente imediato do

comportamento e ainda pode ser utilizada como medida eficaz para prever com mais exatidão um comportamento futuro (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

De forma prática, Farinatti e Ferreira (2006) descreveram exemplos de como seria a tomada de decisão por uma pessoa em relação a atividade física, referenciando a TCP.

Quadro 1. Exemplos práticos da TCP

Constructos	Exemplos
Atitude em relação ao comportamento	“Quer saber de uma coisa? Eu acho que ser sedentário é ruim para a minha saúde [...]”
Normas subjetivas	“Fico pensando se minha esposa gostaria que eu praticasse exercícios [...]”
Controle comportamental percebido	“Eu posso praticar exercícios, mesmo dispondo de pouco tempo.”
Intenção	“Eu quero começar a praticar exercícios agora mesmo”.
Comportamento	“Como você pode ver, não sou mais sedentário. Em vez de reclamar da falta de tempo, organizo melhor o meu dia para poder praticar exercícios.”

Fonte: Farinatti; Ferreira (2006)

Em uma revisão da aplicação da TPC, para comportamentos relacionados à saúde, constatou-se que seus componentes eram responsáveis, em média, por 41% da variância na intenção da realização do comportamento de saúde (GODIN; KOK, 1996). Um grupo de pesquisadores avaliou a intenção do uso de preservativos em jovens estudantes. Esse estudo mostrou que a atitude em relação a esse comportamento não foi um fator relevante para a intenção do uso de preservativo. Os

médicos e os familiares destacaram-se como as influências mais expressivas em relação à intenção do uso de preservativos, portanto, a norma subjetiva foi o construto que demonstrou maior influência na intenção do comportamento (MATOS; VEIGA; REIS, 2009).

A TPC é um dos modelos mais utilizados para compreender as mudanças do comportamento relacionado ao exercício (HAUSENBLAS; DOWNS, 2004; PAYNE; JONES; HARRIS, 2005). Dumith (2009) realizou um levantamento sobre os modelos teóricos que estavam relacionados à adoção de comportamentos envolvendo atividades físicas. O pesquisador encontrou cinco trabalhos que utilizaram a TCP para compreender esse comportamento (CDCP, 1996; MARCUS et al., 1996; ELDER; AYALA; HARRIS, 1999; BIDDLE; NIGG, 2000; SEEFELDT; MALINA; CLARK, 2002). O controle comportamental percebido foi o preditivo da intenção em realizar o comportamento de atividade física, ou seja, a percepção da facilidade de desencadear o comportamento foi determinante para realização do exercício físico (ARMITAGE, 2005).

Estudo realizado para avaliara intenção do indivíduo em adotar comportamentos alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos, constatou que os constructos atitude e controle percebido foram antecedentes significativos na intenção de realizar esse comportamento. Demonstrou ainda, que a intenção explicou cerca de 25% da variância do comportamento autorrelatado (GOECKING, 2006). Os dados da pesquisa realizada por Cheung (2007) mostraram que a variável percepção sobre o controle do comportamento foi a mais significativa para a prática de exercício físico. Pesquisadores canadenses verificaram as crenças mais importantes, entre adultos maiores de 18 anos, para praticarem caminhada e constataram que a adoção desse comportamento estava relacionada às condições apropriadas dos locais, para prática dessa atividade, em sua vizinhança (RHODES et al., 2009).

Em síntese, este modelo possui significativa importância em circunstâncias e programas nas quais o comportamento das pessoas precisa ser modificado, além de colaborar para a definição de políticas públicas e viabilizar campanhas educativas com o intuito de que comportamentos indesejáveis, que prejudicam a saúde de determinado grupo, sejam cada vez menos frequentes (MOUTINHO; ROAZZI, 2010).

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Avaliar as propriedades psicométricas do Questionário Comportamentos de Saúde em usuários de substâncias psicoativas de um serviço especializado.

3. 2. Objetivos Específicos

- a) Identificar o perfil de usuários de substâncias psicoativas clientes de um serviço especializado no tratamento da dependência de drogas.
- b) Avaliar o tipo de substância utilizada, níveis de gravidade da síndrome de dependência e início do uso.
- c) Avaliar as propriedades psicométricas do Questionário Comportamentos de Saúde.

4. Materiais e Métodos

4.1. Desenho

Trata-se de um estudo descritivo da abordagem quantitativa.

4.2. Local

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad II) de Ribeirão Preto – SP.

Este serviço é uma unidade de saúde regulamentado por meio das portarias GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, e a Portaria SAS / MS nº 305, de 03 de maio de 2002 (BRASIL, 2003). Essa unidade de saúde integra uma rede de atenção à população de usuários de substâncias psicoativas que oferece atendimento ambulatorial e constitui uma rede de atenção de base comunitária e territorial, preconizando a assistência pautada por ações de prevenção, tratamento e reinserção social. O CAPSad visa a diminuição gradual dos leitos psiquiátricos, proposto pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Mental, proporcionando a inclusão social do paciente. O atendimento é pautado nas características individual de cada sujeito, permitindo assim um planejamento terapêutico de evolução contínua.

O CAPSad II foi criado em 1996, no Sanatório Vicente de Paulo e em parceria com a Prefeitura Municipal. O serviço faz parte da rede de atendimento à saúde do município, que integrada com a 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 outras Unidades Básicas de Saúde do município (SMS, 2010).

O atendimento aos usuários de substâncias psicoativas é oferecido por meio da assistência intensiva e não intensiva e conta com usuários de ambos os sexos. A unidade de saúde funciona de segunda a sexta-feira das 08:00 até as 21:00 horas. O tratamento é realizado com a participação dos pacientes em grupos terapêuticos, oficinas ocupacionais, atendimentos individuais (como consultas médicas e psicológicas), e visitas domiciliares. O CAPSad II conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra e clínico, assistente social e professor de educação física, auxiliares de

enfermagem e administrativo, que trabalham de forma integrada com uma proposta terapêutica em comum (SMS, 2010).

4.3. Amostra

A amostra foi composta por 140 usuários de substâncias psicoativas, clientes de um serviço especializado no tratamento de dependência de drogas.

4.4. Critério de Inclusão

Incluíram-se clientes de ambos os sexos; com idade igual ou maior que 18 anos; inscritos no CAPSad II.

4.5. Critérios de Exclusão

Excluíram-se clientes que apresentaram retardo mental grave, sintomas psicóticos avaliados pela escala Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS (ANEXO).

4.6. Procedimento

4.6.1. Recrutamento

Após a participação dos pacientes nas reuniões do grupo de acolhimento ou da triagem, os mesmos foram convidados a participar da pesquisa. Entretanto, isso não significou que a entrevista fosse realizada logo após a realização do grupo, o que de fato poderia interferir o funcionamento das atividades de rotina e desestruturar as atividades. Após a participação dos pacientes do CAPSad na triagem ou no primeiro grupo de acolhimento, que é considerada a porta de entrada para o tratamento, os sujeitos foram apresentados aos pesquisadores. Logo após, o recrutamento foi efetivado. Nesta etapa, foram realizadas orientações sobre a pesquisa (objetivo e procedimento, aspectos éticos).

Os clientes que aceitaram participar da pesquisa agendaram um horário, individualmente, com os pesquisadores de acordo com a possibilidade do

entrevistado. A entrevista foi realizada em uma sala reservada disponibilizada pela equipe da unidade de saúde.

4.6.2. Coleta de dados

Após consentimento prévio, os sujeitos foram encaminhados a uma sala reservada na própria unidade para apresentação do estudo, dos instrumentos de coleta de dados, e esclarecimentos de possíveis dúvidas. Para isso, foi utilizada linguagem de fácil entendimento aos participantes. Os clientes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma dessa foi cedida ao participante (APÊNDICE A). A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal e outros três pesquisadores, durante o primeiro semestre de 2012.

4.7. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

1. Informações sociodemográficas;
2. Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS);
3. Short Alcohol Dependence Data (SADD);
4. Questionário Comportamentos de Saúde (QCS).

4.7.1. Informações sociodemográficas

Idade; sexo; cor; estado civil; escolaridade; ocupação.

4.7.2. Escala de Severidade da Dependência (SDS)

Esta escala foi desenvolvida por Gossop et al. (1995, 1997) tem por objetivo avaliar o nível de gravidade da dependência de drogas. O instrumento é composto por variáveis que abordam o controle sobre o uso de drogas e a dificuldade de

cessar o consumo. Este instrumento foi utilizado em vários estudos, os quais demonstraram bons índices de confiabilidade interna quando avaliado os usuários de heroína, cocaína, anfetaminas, maconha, álcool e pacientes em manutenção com metadona (GOSSOP et al., 1995, GOSSOP et al., 1997, DARKE; ROSS; HALL, 1996, TOPP; MATTICK, 1997, SWIFT et al., 1998, SWIFT et al., 1999, FERRI et al., 2000).

A SDS está composta por cinco itens, sendo que cada item possui quatro alternativas de respostas (0=Nunca ou quase Nunca; 1=Algumas vezes; 2=Freqüentemente; e 3=Sempre ou quase sempre). No caso do quinto item, o instrumento pode ser respondido por meio das seguintes respostas (0 = Não é difícil; 1 = Difícil; 2 = Muito difícil; 3 = Impossível).

O resultado do instrumento é obtido por meio do somatório dos cinco itens, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será o nível de gravidade da dependência da droga. Estudo de validação da SDS na versão brasileira demonstrou boa confiabilidade e validade para usuários de cocaína, crack, maconha e álcool. O tempo de aplicação da SDS varia em torno de cinco minutos (GOSSOP et al., 1995; FERRI et al., 2000).

4.7.3. Short Alcohol Dependence Data (SADD)

A SADD é uma escala que avalia a gravidade da dependência alcoólica. Desenvolvida por Raistrick, Dunbar e Davidson (1983) o instrumento avalia aspectos comportamentais e subjetivos da dependência do álcool.

A escala está composta por 15 itens que avaliam o consumo de álcool e suas consequências. A SADD tem 4 alternativas de respostas para cada item variando entre Nunca e Sempre (0=Nunca; 1=Poucas vezes; 2=Muitas vezes; e 3=Sempre) relacionadas a frequência do uso. A classificação da dependência é realizada por meio da pontuação total dos itens e os usuários são classificados em níveis de gravidade sendo: 1-9 pontos = dependência leve; 10-19 pontos = dependência moderada; 20-45 pontos = dependência grave.

A aplicabilidade do instrumento foi previamente investigada em um estudo brasileiro e sua versão traduzida para o português validada (JORGE; MANSUR, 1986).

4.7.4. Questionário Comportamentos de Saúde (QCS)

Um questionário desenvolvido por Ribeiro (1993), fundamentando em uma das quatro seções do *Life-Style Assessment Questionnaire* denominada Inventário de *Wellness* (HETTLER, 1982).

Originalmente, esse inventário inclui 173 itens divididos em 11 categorias, sendo que as cinco primeiras categorias, Exercício Físico (12 itens), Físico Nutricional (13 itens), Auto Cuidado Físico (14 itens), Segurança Física relacionada com Veículos (9 itens) e Aspectos Físicos relacionados com Drogas (13 itens) são designadas pelo autor, como físicas, por se reportarem a comportamentos, ações ou intenções comportamentais. Esse inventário foi elaborado com o objetivo de avaliar o estilo de vida de uma determinada população, além de educá-los para escolha de comportamentos que influenciam positivamente em diversos aspectos da saúde.

A escolha dos domínios que compõem o QCS, teve por objetivo desenvolver um instrumento de avaliação que mensurasse o estilo de vida de maneira breve, para realizar uma avaliação geral dos aspectos comportamentais do indivíduo em relação à saúde. Após a análise, resultaram 28 itens, com questões que englobam as seguintes dimensões (RIBEIRO, 2004):

1. Exercícios físicos – refere-se ao empenho do indivíduo em manter uma boa condição física (p.ex. “Ando a pé ou de bicicleta diariamente”);
2. Nutrição – escolha de alimentos que beneficiem a sua saúde (p.ex. “Planejo a minha dieta de modo equilibrada quanto à variedade de nutrientes”);
3. Auto cuidado – comportamentos que facilitam a prevenção ou a detecção precoce de doenças (p.ex. “Mantenho as minhas vacinas em dias”);
4. Segurança motorizada – capacidade de minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidentes com veículos (p.ex. “Quando dirijo ou quando viajo de carro, gosto de me manter nos limites de velocidade”);
5. Uso de drogas ou similares - habilidade de realizar atividades sem a necessidade de substâncias químicas (p.ex. “Não bebo mais do que duas doses de bebida alcoólica por dia”).

O preenchimento do QCS é realizado por meio de resposta tipo *Likert*, em que o entrevistado pode escolher, perante a afirmação, uma das cinco alternativas de acordo com a percentagem de realizar ou não de um determinado comportamento, as respostas variam entre “Quase Sempre” e o “Quase Nunca” sendo que uma resposta

mais baixa corresponde a um melhor comportamento de saúde. O tempo para preenchimento do questionário varia entre cinco a dez minutos (RIBEIRO, 2004).

Ribeiro (2004) analisou os domínios do questionário enquanto medida, e seu estudo constatou que o instrumento possui propriedades psicométricas adequadas enquanto medida de comportamentos relacionados à saúde. Além disso, destacou a utilização do QCS como importante instrumento de avaliação de comportamentos de saúde em outros estudos (RIBEIRO; SOUZA, 2002; GONZALES; RIBEIRO, 2004; MATOS; ALBUQUERQUE, 2006; TAVARES; NUNES, 2007).

O QCS traz um resumo dos comportamentos relacionados à saúde, o que justifica sua utilização no presente estudo, além de ser um questionário econômico de preenchimento breve, considerado favorável tanto para avaliação, quanto para sua utilização em programas preventivos e de promoção da saúde.

Vale dizer que é a primeira vez que este instrumento está sendo utilizado no Brasil em uma amostra de usuários de substâncias psicoativas e para tanto, torna-se necessário avaliar suas propriedades psicométricas, bem como sua confiabilidade.

4.8. Aspectos éticos

O estudo segue os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Uma autorização formal foi solicitada ao coordenador do CAPSad de Ribeirão Preto - SP. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Número do processo: 12610213.9.0000.5393.

A solicitação de participação aos sujeitos de pesquisa ocorreu por meio do consentimento firmado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes foram informados quanto ao anonimato, ou seja, que não necessitarão em momento algum se identificar ou colocar o nome nos questionários, assim como também possuem liberdade em recusar participar do estudo e retirar o mesmo durante qualquer momento.

Os entrevistadores permaneceram atentos à possibilidade de dificuldades que aflorem durante a entrevista, e poderiam interrompê-la caso percebessem o nível de ansiedade ou desconforto que poderia implicar em sofrimento para o sujeito.

4.9. Análise estatística

Para realização da análise dos dados, um banco de dados foi elaborado no *Statistical Program of Social Science (SPSS) v. 19, for Windows*.

As tabelas estão apresentadas em frequência, percentagens e a segunda parte dos resultados, a análise das propriedades psicométricas, como descrito a seguir.

4.9.1 Avaliação das propriedades psicométricas

A qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis denominadas propriedades psicométricas, sendo que dentre as principais propriedades psicométricas a serem avaliadas, destacam-se a validade e a confiabilidade (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de instrumentos refere ao aspecto da medida em ser congruente com a propriedade medida dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve essa propriedade do objeto, é feita. Em outras palavras, refere-se ao grau em que o instrumento é válido na extensão em que mede aquilo que se propõe a medir. Portanto, ela indica se está sendo medido o que se pretende medir (PASQUALI, 2009; COZBY, 2009; PASQUALI, 2011).

A validade de um instrumento pode ser realizada por meio de várias técnicas e serem agrupadas em quatro classes principais: a validade de conteúdo, de face ou aparente, de construto e a de critério (PASQUALI, 2003; FAYERS; MACHIN, 2007).

Nesse trabalho, a validade do instrumento foi mensurada por meio da validade de construto, pois a mesma é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos e por se tratar de uma das características mais importantes de um instrumento de medida (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2011).

A validade de construto, de acordo com Pasquili (2009), entende-se como uma maneira direta de avaliar hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes. Cozby (2009) definiu validade de construto como a adequação da definição operacional das variáveis que mostram que a medida empregada realmente mede o construto que pretende medir. Entre as técnicas utilizadas na validade de construto, um método, no entanto, tem recebido maior uso e reconhecimento entre os autores, a análise fatorial (FREIRE; ALMEIDA, 2007).

No presente estudo utilizou-se a análise fatorial, que consiste de uma técnica estatística multivariada que trabalha com o padrão de correlações ou covariância apresentado pelos itens de um determinado conjunto de dados, buscando padrões latentes de intercorrelações. Seu propósito principal é avaliar os inter-relacionamentos entre as variáveis, na tentativa de encontrar um conjunto de fatores, em menor número que o conjunto de variáveis originais, que exprimem o que essas variáveis partilham em comum, além de fatores únicos que normalmente descrevem a variância de uma medida, que não é compartilhada por outras variáveis (HAIR JR et al., 2009; PASQUALI, 2011). Em relação à análise fatorial, frequentemente são citadas a análise fatorial confirmatória e a análise fatorial exploratória (PETT; LACKEY; SULLIVAN, 2006; FREIRE; ALMEIDA, 2007). Em virtude de não termos uma estrutura pré-definida da e de quantas dimensões estão presentes no conjunto de variáveis do QCS e uma amostra de usuários de drogas, optou-se por realizar a análise fatorial exploratória.

A análise fatorial exploratória tem por objetivo identificar e caracterizar fatores presentes em um conjunto de variáveis que avaliam um determinado construto, explicando a maior proporção possível de variância através de um número reduzido de fatores (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; PETT; LACKEY; SULLIVAN, 2006).

Para realização da análise fatorial do QCS se utilizou a seguinte sequência: adequação da amostra, análise dos componentes principais, seleção dos fatores, rotação da matriz, avaliação e refinamento dos fatores e interpretação dos fatores, como proposto por Pett, Lackey e Sullivan (2006).

Para testar a adequação da amostra e realizar a análise fatorial, utilizou-se a estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). Quando o índice de KMO for maior que 0,5, isso indica que o uso da análise fatorial é adequada. Quando o valor for abaixo

de 0,5 a realização da análise fatorial deve ser repensada, portanto o valor esperado para o teste KMO é de 0,5 (HAIR JR et al., 2009).

Para a extração dos fatores, na análise dos componentes principais, seguiu os pressupostos do critério de Kaiser, em que considera apenas os fatores com carga fatorial acima de 1. Em seguida, realizou-se a extração dos fatores principais, após rotação ortogonal *Varimax* e o critério de Kaiser da matriz (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

A rotação da matriz tem como finalidade obter fatores teoricamente significativos e, se possível, uma estrutura fatorial mais simples. A rotação ortogonal *Varimax* deseja, para cada componente principal, que possua somente pesos significativos e todos os outros sejam próximos de zero, por meio da maximização da soma de variâncias das cargas exigidas na matriz fatorial (HATCHER, 1994; HAIR JR et al., 2009).

Na interpretação dos fatores torna-se necessário tomar uma decisão sobre quais cargas fatoriais valem a pena serem consideradas. As cargas fatoriais das variáveis no fator variam entre -1 e +1 (PASQUALI, 2011). De acordo com Pasquali (2010) a carga fatorial mínima necessária para que o item represente um fator é de 0,3.

Os construtos em si, originados da análise fatorial, não são observáveis. Apenas suas manifestações hipotéticas em termos de comportamentos observáveis do sujeito o são. Todavia, os instrumentos psicométricos são conjuntos de variáveis que, de maneira suposta, representam construtos hipotéticos. A realização da validade de construto, realizada por meio da análise fatorial, é efetuada para verificar, se os itens que compõe determinado instrumento são realmente representações válidas de tais construtos (STREINER; NORMAN, 1995; PASQUALI, 2003).

Posterior à extração dos fatores realizada após a rotação *Varimax*, os mesmos foram submetidos ao teste de confiabilidade realizado pela técnica de alfa (α) de *Cronbach*, além disso, essa técnica foi utilizada para avaliar o instrumento de uma forma global.

O alfa de *Cronbach* varia entre 0 e 1, no qual o zero indica a ausência total de consistência interna dos itens e o um indica a homogeneidade total dos mesmos (PASQUALI, 2011). Alguns autores preconizam valores de alfa de 0,60 a 0,70 considerados o limite inferior de aceitabilidades (PASQUALI, 2003). Porém, outros

autores consideram os coeficientes de confiabilidade acima de 0,50 satisfatórios, principalmente em instrumentos que contemplam poucas variáveis (BOWLING, 2005). Sendo assim, em se tratando de um questionário com poucos itens, serão considerados valores de alfa de *Cronbach* acima de 0,5.

A validação de construto é um processo metodológico, que utiliza tantos procedimentos lógicos quanto empíricos, no qual cada estudo que apoia o construto teórico serve para fortalecer a teoria (FAYERS; MACHIN, 2007; COZBY, 2009).

Após a obtenção da estrutura fatorial, em que todas as variáveis possuem uma carga significativa em um fator, foram designados alguns tipos de significados para o padrão de cargas fatoriais. De acordo com Hair Jr et al. (2009) as variáveis que possuem cargas mais altas são consideradas mais importantes, sendo assim, apresentam maior influência sobre o nome ou rótulo escolhido para denominar um fator. Portanto, a denominação de um fator é desenvolvida intuitivamente pelo pesquisador, com base em sua adequação para representar as dimensões latentes de um fator.

5. Resultados

5.1. Informações sociodemográficas

A amostra foi composta por 140 usuários de substâncias psicoativas, predominantemente do sexo masculino 107 (76,4%), com faixa etária entre 30 e 49 anos de idade, 68 (48,6%). Em relação ao estado civil, 37,9% solteiros e 37,1% divorciados ou separados, 64 (45,7%), cor da pele branca e 75(53,6%) possuíam baixo nível de escolaridade, uma vez que haviam cursado apenas até o Ensino Fundamental, conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1. Informações sociodemográficas, segundo os usuários de substâncias psicoativas do CAPSad (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

		N	%
Sexo	Masculino	107	76,4
	Feminino	33	23,6
Idade	18 a 29 anos	51	36,4
	30 a 49 anos	68	48,6
	50 anos ou mais	21	15,0
Estado Civil	Solteiro	53	37,9
	Divorciado / Separado	52	37,1
	União consensual	32	22,9
	Viúvo	3	2,1
Cor de Pele	Negra/Preta	39	27,9
	Branca	64	45,7
	Parda/Mestiça	37	26,4
Escolaridade	Ensino fundamental	75	53,6
	Ensino médio	52	37,1
	Ensino superior	8	5,7
	Nenhum	5	3,6

Quanto à procura por tratamento, a Tabela 2 mostra que 52,1% dos entrevistados já estiveram em tratamento e 47,9% participavam pela primeira vez do atendimento.

Tabela 2. Participação no tratamento para dependência de drogas, segundo os usuários do CAPSad (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	N	%
Em tratamento	73	52,1
Primeira vez no tratamento	67	47,9

Em relação aos encaminhamentos para o tratamento, 65,7% procuraram tratamento voluntariamente, por meio de seus familiares ou amigos, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Meio de encaminhamentos para o tratamento do uso de substâncias psicoativas, segundo os usuários do CAPSad (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	N	%
Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo	92	65,7
Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas	9	6,4
Instituição de saúde ou profissional da saúde	33	23,6
Serviço comunitário	4	2,9
Sistema penal ou pelo juiz	2	1,4

5.2. Uso de álcool e outras drogas

Em relação ao uso de substâncias psicoativas, a droga mais consumida foi o *crack* (38,6%), conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Drogas de maior consumo, segundo os usuários do CAPSad (n=140). Ribeirão Preto, SP.

	N	%
Álcool	45	32,1
Cocaína	41	29,3
Crack	54	38,6

No que refere ao grau de severidade da dependência alcoólica, 42,1% apresentaram níveis de dependência grave, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5. Níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool (SADD), segundo os usuários do CAPSad (n=140). Ribeirão Preto, SP.

	N	%
Sem dependência	31	22,1
Leve	16	11,4
Moderada	34	24,3
Grave	59	42,1

Os usuários de cocaína e/ou *crack* apresentaram valor médio de 11,5 pontos na escala de gravidade da síndrome de dependência da droga, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Média e Desvio Padrão dos escores totais da SDS, segundo os usuários de cocaína e/ou *crack* do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Min- Max	Média	DP
SDS	5 – 19 pontos	11,5	3,2

Ao avaliar a idade do primeiro uso de substâncias psicoativas, observou-se que o início do uso ocorreu ainda na adolescência, com a maconha aos 15,6 anos e o álcool aos 16,6 anos, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Média e Desvio-padrão da idade do primeiro uso de substâncias psicoativas, segundo os usuários do CAPSad (n=140). Ribeirão Preto, SP.

	Min – Max	Média	DP
Maconha	6 –30	15,6	4,4
Álcool	6 –57	16,6	6,3
Cocaína	12 - 34	20,1	5,2
<i>Crack</i>	8 – 55	20,3	9,2

5.3. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário Comportamentos de Saúde

Ao avaliar a adequação do modelo da análise fatorial, calculou-se o índice de *Kaiser's Measure of Sampling Adequacy* (MAS) (MENEZES, 1998; MCDOWELL; NEWEELL, 1996). No presente estudo, o valor de MAS foi de 0,70, considerado adequado para a realização da análise fatorial.

Na análise fatorial dos componentes principais foi determinado o número de fatores necessários para serem utilizados para caracterizar o instrumento. Assim, calculou-se a carga fatorial, considerando os oito fatores do instrumento. O critério proposto por Kaiser foi considerado (MCDOWELL; NEWELL, 1996) assim excluiu fatores cujas cargas fatoriais apresentaram valores inferiores a 1. Desse modo, oito fatores mostraram-se necessários, explicado por 64,9% da variância para os componentes principais conforme apresenta a Tabela 8.

Tabela 8. Componentes principais do QCS (MAS=0,70).

Fatores	Carga Fatorial	Variância	Variância Acumulada
		(%)	(%)
1	4,9	19,0	19,0
2	2,2	8,5	27,5
3	2,1	8,1	35,6
4	2,0	7,9	43,6
5	1,6	6,4	50,0
6	1,4	5,4	55,5
7	1,3	4,9	60,4
8	1,2	4,5	64,9

A composição principal da análise fatorial foi extraída após a realização do método de rotação *Varimax* da matriz, dois itens do instrumento foram excluídos por não apresentarem cargas fatoriais satisfatórias como proposto por Pasquali (2010). As variáveis que apresentaram cargas fatoriais iguais ou maiores que 0,45 foram consideradas, conforme mostra a Tabela 9.

Tabela 9. Fator estrutural do QCS, segundo os clientes do CAPSad (n=140).
Ribeirão Preto, SP.

Conteúdo dos Fatores	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
(Cargas Fatoriais)								
Comportamentos sexuais seguros								
26. Evito mudar de parceiro sexual	0,86							
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço	0,84							
28. Devido as doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	0,74							
Autocuidado com poluição ambiental								
25. Evito ambientes que tenham o ar muito poluído	0,80							
23. Evito estar em ambientes cheio de fumaça de cigarro	0,80							
24. Evito ambientes muito barulhentos	0,74							
17. Evito fumar	0,51							
Saúde								
10. Verifico a pressão arterial		0,82						
12. Vou anualmente ao médico fazer um check-up		0,81						
9. Mantenho as minhas vacinas em dia		0,66						
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes		0,54						
Atividades físicas			0,85					
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana								
3. Pratico esporte que faz suar, pelo menos duas vezes por semana			0,84					
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente			0,68					
Autocuidado com alimentação				0,68				
22. Evito ingerir alimentos que são feitos com açúcar								
18. Evito ingerir alimentos com gordura				0,58				
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína, evito tomar bebidas tais como café, chá ou Coca-Cola.				0,56				
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico				0,45				
Alimentação saudável					0,77			
6. Planejo a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto a variedade de nutrientes								
5. Tenho cuidado com o que como, de modo a reduzir a ingestão de sal					0,76			
4. Tomo cuidado para manter o peso recomendado devido a altura que tenho					0,62			
Automedicação e consumo de bebidas alcoólicas						0,70		
21. Evito tomar tranquilizantes não prescritos								
20. Evito utilizar estimulantes mesmo em épocas de exames						0,62		
7. Não bebo mais que duas doses de bebidas alcoólicas por dia						0,56		
Segurança motorizada							0,82	
14. Quando dirijo, ou quando viajo em algum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade								
13. Não dirijo quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais							0,80	

O primeiro fator está composto por três itens (26, 27 e 28), que referem a comportamentos sexuais seguros como: evitar mudar de parceiros sexuais, evitar relações sexuais com pessoas que mal conhece, devido às doenças sexualmente transmissíveis e sem tomar precauções.

O segundo fator é explicado por quatro itens (17, 23, 24, 25) sobre o autocuidado com a poluição ambiental, no sentido de evitar locais barulhentos e poluídos (cheio de fumaça) e assim, evitar fumar.

O fator três aborda o autocuidado em relação a saúde física, está composto por quatro itens (9, 10, 11, 12) como, mensurar a pressão arterial, fazer *check-up* de saúde, vacinação em dia.

O fator quatro refere às atividades físicas, está composto por três itens (1, 2, 3), como realizar atividades físicas e praticar esportes frequentemente.

O quinto fator avalia o autocuidado com a alimentação e está composto por quatro itens (16, 18, 19, 22), como evitar o consumo de alimentos com açúcar, gordura, café e um item sobre automedicamento.

O fator seis envolve também a escolha de uma alimentação saudável, aborda a escolha consistente e equilibrada, de modo que traga benefícios para a saúde. Este fator está composto por três itens (4, 5, 6).

O fator sete está composto por três itens (7, 20, 21) que refere o cuidado com a automedicação e o consumo de bebidas alcoólicas dentro dos limites considerados de baixo risco para o desenvolvimento de problemas.

O fator oito engloba os comportamentos relacionados à segurança em relação a dirigir com segurança e o consumo de bebidas alcoólicas e está composto por dois itens (13, 14).

Quanto a avaliação dos construtos, os coeficientes de alfa de *Cronbach* para cada um dos fatores, variou entre 0,824 (Fator 1) e 0,506 (Fator 5) conforme mostra Tabela 10.

Tabela 10. Coeficientes de alfa de *Cronbach* de cada fator (n=140). Ribeirão Preto – SP, 2012

Fatores	Nomes	Itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
1	Comportamentos Sexuais Seguros	26, 27, 28	0,824
2	Auto Cuidado com Poluição Ambiental	17, 23, 24, 25	0,778
3	Saúde Física	9, 10, 11, 12	0,729
4	Atividades Físicas	1, 2, 3	0,727
5	Autocuidado com a Alimentação e Automedicação	16, 18, 19, 22	0,506
6	Alimentação Saudável	4, 5, 6	0,635
7	Automedicação e Consumo de Bebidas Alcoólicas	7, 20, 21	0,603
8	Segurança motorizada	13, 14	0,694

A avaliação da consistência interna do QCS, no presente estudo,apresentou valor do alfa de *Cronbach* de 0,826, demonstrando uma boa confiabilidade.

6. Discussão

O presente estudo buscou avaliar as propriedades psicométricas do QCS em uma amostra de usuários de substâncias psicoativas atendidos em um serviço especializado no tratamento da dependência.

O interesse pelo estudo justifica-se pelos altos índices de usuários de substâncias psicoativas e os prejuízos que essas substâncias acarretam, problemas de ordem social como também de riscos para a saúde dos usuários.

O comportamento de saúde exerce papel fundamental como determinante de saúde na vida do indivíduo (ALBUQUERQUE, 1999). Nesta perspectiva, outro fator que justifica a realização do presente estudo é a escassez de instrumentos validados que avaliam comportamentos de saúde em usuários de substâncias psicoativas.

6.1. Informações sociodemográficas

A amostra caracterizou-se predominantemente pelo sexo masculino, adultos, solteiros, brancos e com baixo nível de escolaridade. (Tabela 1).

As características dos sujeitos da amostra são semelhantes aos apresentados por outros estudos, que verificaram entre os usuários que estavam em tratamento especializado, maioria de usuários do sexo masculino, solteiros, brancos e com baixo nível de escolaridade (FERREIRA FILHO et al., 2003; MARINHO, 2004; SCHNEIDER et al., 2006; PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011).

O conhecimento das características individuais dos usuários de drogas exerce determinada importância em virtude de que, as ações produzidas visando à prevenção e a recuperação dos usuários precisam ser elaboradas levando em conta o contexto em que os usuários se encontram (MINAYO; DESLANDES, 1998; CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

No presente trabalho, verificou-se que o número de homens que procuraram tratamento era bem maior quando comparado as mulheres (Tabela 1).

Esse resultado pode ser justificado em razão de que no Brasil, a prevalência de homens usuários de drogas é maior do que o sexo feminino (CARLINI et al., 2007; INPAD, 2012). No Brasil, o uso de drogas entre mulheres é aproximadamente um terço do uso entre os homens (UNODOC, 2012).

Outro aspecto que pode justificar a maior proporção de homens quando comparado com as mulheres é em decorrência, do presente estudo, ter sido realizado em uma unidade de tratamento. A busca de tratamento por mulheres usuárias de drogas é menos evidente, um dos fatos que pode ser justificado em razão do preconceito e estigma social que as mesmas sofrem, resultando assim em afastamento de uma proposta de tratamento (BLUME; ZILBERMAN, 2004; ROSSETTI; SANTOS, 2006; ELBREDER et al., 2008).

Além disso, como demonstrado por Elbrederet al. (2008), mulheres recebem menos apoio familiar ou de amigos para iniciar o tratamento quando comparados a indivíduos do sexo masculino.

Os resultados demonstrados no presente trabalho são semelhantes aos encontrados em outros estudos que constataram a presença de maior número de homens em tratamento especializado quando comparados as mulheres (SCHNEIDER et al., 2006; PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011).

Em relação ao estado civil, a maioria era solteira. Esses dados reafirmam características apontadas por estudos desenvolvidos com usuários de drogas (PASSOS; CAMACHO, 1998; FERREIRA FILHO et al., 2003; DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; ELBREDER et al., 2008; VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011; CRUZ; HORTA et al., 2011; SANTOS, 2011; MONTEIRO et al., 2011).

Os usuários de substâncias psicoativas apresentam diversas dificuldades em manter um relacionamento, dado que pode desencadear um grande número de conflitos familiares e conseqüentemente diminuição e abandono das atividades familiares em decorrência do uso de drogas (FIGLIE, FONTES, MORAES; PAYÁ, 2004). Além disso, esse fato pode estar ocorrendo uma vez que o consumo de drogas, também resulta em situações de violência doméstica, o que afeta diretamente o funcionamento familiar (BONIFAZ; NAKANO, 2004; RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007). Kearns-Bodkin e Leonard (2005) constataram que o consumo de álcool está diretamente relacionado à baixa qualidade do relacionamento conjugal, perdas familiares em decorrência do consumo de *crack*. são evidenciadas (SELEGHIM et al., 2011).

Quanto à cor da pele, os resultados do presente trabalho são semelhantes aos encontrados em outros estudos (DUNN et al., 1996; PASSOS; CAMACHO, 1998; FERREIRA FILHO et al., 2003; ELBREDER et al., 2008; VIEIRA et al., 2008; AMARAL, 2011). A predominância de usuários da cor branca no presente

estudo(Tabela 1)é justificada pelo fato de a população brasileira ser composta em maior proporção por indivíduos da cor branca, quando comparada às demais raças (IBGE, 2010). Além disso, a população residente de Ribeirão Preto é composta, também,predominantemente por indivíduos da cor branca (IBGE, 2010).

Destaca-se no presente trabalho o baixo nível de escolaridade, 53,6%dos usuários, uma vez que esses possuíam apenas o Ensino Fundamental (Tabela 1). Esse resultado é semelhante aos apresentados na literatura (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005; GUINDALINI et al., 2006; LEWEKE; KOETHE, 2008; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; MONTEIRO et al., 2011).

Schffer, Pasa e Almeida (2010) em um estudo comparou dois grupos de dependentes de drogas, cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*, verificou que a maioria possuía o ensino fundamental incompleto, evidenciaram também maiores índices de baixa escolaridade entre os dependentes de cocaína/*crack*. Monteiro et al. (2011)constataram que a grande maioria dos usuários de drogas que procuravam tratamento especializado para dependência química possuía apenas o ensino fundamental.

Esse problema, muitas vezes é decorrente do próprio consumo de drogas. Em grande parte dos casos, o consumo de substâncias psicoativas é iniciado precocemente, ou seja, ainda na adolescência, o que contribui diretamente para a evasão escolar desses usuários, principalmente no ensino fundamental (SCHENKER; MINAYO, 2005; RIBEIRO et al., 2006).

O uso de drogas pode levar a um baixo desempenho escolar e dificuldade de aprendizagem em razão dos malefícios causado pelas drogas, desenvolvendo principalmente prejuízos cognitivos, ocasionando assim o afastamento escolar do usuário (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; TAVARES; BERIA; LIMA, 2004). Ainda é importante salientar que o baixo nível de escolaridade foi avaliado como um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas. Isso ocorre em decorrência do baixo conhecimento que o indivíduo possui, sobre as consequências negativas que o uso de drogas pode gerar à sua saúde, sendo assim, indivíduos com baixa escolaridade possuem risco cerca de duas vezes mais de se envolverem com o uso de substâncias psicoativas (TAVARES; BERIA; LIMA, 2004; BAHLS; INGBERMANN, 2005; HORTA et al., 2007).

Outro fator que pode resultar na baixa escolaridade, é a necessidade do usuário de trabalhar para ajudar no sustento da família, ou na busca por uma

autonomia financeira, proporcionada por um emprego, levando-o a abandonar a escola (SANCHEZ, NAPPO, 2002).

No presente trabalho, mais da metade dos entrevistados já esteve em tratamento (Tabela 2). A esse respeito a literatura descreve, frequência de recaídas vivenciadas por usuários de drogas (MARLLAT; DONOVAN, 2009). De acordo com o Llama e colaboradores (2003) cerca de 70% dos usuários de substâncias psicoativas sofrem recaída entre os três primeiros meses, isso faz com que o paciente tenha a necessidade de procurar tratamento novamente.

Porém, existem fatores que dificultam que o usuário busque por tratamento. Uma barreira encontrada pelos usuários de substâncias psicoativas nessa busca de um tratamento especializado refere-se ao estigma e o medo (FONTANELLA; TURATO, 2002). A capacidade dos usuários em conviver com os problemas ocasionados pela síndrome de abstinência, como a angústia e o desconforto, em seu cotidiano, também fazem parte das barreiras para procura de tratamento precocemente (FONTANELLA et al., 2008). Além disso, fatores como dificuldade de acesso ao serviço especializado e o não ajustamento de intervenções de acordo com a realidade dos usuários, também, foram avaliadas como barreiras para a busca por tratamento (MARQUES et al., 2012).

A busca por tratamento do usuário de substância psicoativa acontece em geral, quando os mesmos reconhecem que o uso abusivo da droga se torna desconfortável e apresenta problemas difíceis de serem manejados (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

Grande parte da amostra procurou tratamento voluntariamente, por ajuda de familiares ou amigos (Tabela 3). A literatura aponta graves consequências nos vários aspectos da vida do indivíduo, ocasionadas pelo consumo abusivo de substâncias psicoativas. O comprometimento do desempenho pessoal, com prejuízos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, além das perdas pessoais e sociais, fazem com que o indivíduo procure tratamento de forma espontânea (SILVA et al., 2010; CARVALHO et al., 2011; COSTA et al., 2012).

Além disso, o consumo de substâncias implica em consequências não somente para o usuário, mas também, para a sua família. Nesse sentido o indivíduo chega a ser orientado e encaminhado por algum familiar para o tratamento (CAVALCANTE; ALVES; BARBOSA, 2008).

6.2. Uso de álcool e outras drogas

No presente estudo, os usuários de *crack* e álcool compuseram a maior parte da amostra (Tabela 4). Dados apontam que o Brasil é o país com o principal mercado de *crack* no mundo (INPAD, 2012). Consequentemente, a disponibilidade e a acessibilidade para aquisição dessa droga tornam-se cada vez mais fácil e frequente (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Portanto, a maior oferta e a facilidade do acesso ao *crack*, somados ao menor custo quando comparado a outras drogas pode, de certa forma, justificar os altos índices de consumidores dessa substância no país (CARLINI et al., 2002; CARLINI et al., 2007; INPAD, 2012), e ainda refletir nos serviços de saúde.

De acordo com Dualibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) a partir dos anos 90, houve aumento da busca por tratamento entre os usuários de *crack* em serviços especializados na cidade de São Paulo, elevando o percentual de 50% para 80% dos usuários de drogas ilícitas. Além disso, o aumento pela busca de tratamento por usuário de *crack* pode estar relacionada ao alto poder de dependência causado por essa droga (FERRI, 1997; PULCHEIRO, 2010). Como resultado, isso pode resultar em uso compulsivo, levando a consequências físicas e sociais (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Portanto, tais consequências sugerem que a busca por tratamento dos usuários de *crack* seja maior em razão do seu alto grau de detrimento biopsicossocial (VELHO, 2010).

O alto nível de gravidade da síndrome de dependência do álcool (Tabela 5) pode ser compreendido quando se avalia a faixa etária dos sujeitos (30 a 49 anos), em virtude de que, com o passar do tempo há um aumento nível de gravidade da dependência alcoólica (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Além disso, o uso do álcool é evidenciado, em outros estudos, concomitantemente com outras drogas (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999; FERREIRA FILHO et al., 2003; MOMBELLI; MARCON COSTA, 2010). A ingestão de álcool após o consumo de cocaína provoca um alívio para a hiperatividade ocasionada pela droga após o seu uso, o que pode justificar o consumo concomitante dessas substâncias e o alto nível de gravidade do álcool (FERREIRA FILHO et al., 2003).

Portanto, existe uma forte relação entre o uso de substâncias ilícitas com o beber pesado e os níveis altos de gravidade da dependência (FERRI, 1999; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

No presente estudo constataram-se níveis graves da síndrome de dependência de cocaína e do *crack* (Tabela 6). Esse resultado corrobora aos resultados de outros trabalhos que identificaram elevados graus de severidade da dependência em usuários de cocaína e *crack* (FERRI, 1999; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006). Os usuários de *crack* são mais propensos a relatar um forte desejo e maior dificuldade em controlar o consumo da droga, o que também pode justificar a gravidade da síndrome de dependência (CONDON; SMITH, 2003). Além disso, as consequências negativas decorrentes do consumo abusivo dessas drogas fazem com que o paciente procure tratamento especializado (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; CRUZ; VARGENS; RAMOA, 2010; HORTA et al., 2011).

Ao analisar a idade inicial do uso de substâncias psicoativas, na presente amostra foi evidenciado que a maconha foi usada pelos usuários em idade muito jovem, ou seja, em média aos 15 anos (Tabela 7), em contrapartida, outros estudos apresentam a média de idade para o uso experimental foi em relação ao uso de álcool e não o de maconha (SANCHEZ; NAPPO, 2002; LEMOS et al., 2006; ANDRADE; RAMOS, 2011; INPAD, 2012).

O primeiro uso da droga pode ser influenciado pelos familiares, em razão dos próprios pais usarem determinadas substâncias, como por exemplo, o álcool (SCHENKER; MINAYO, 2003). Um dos motivos para o primeiro uso pode se originar da necessidade de autoconfiança do adolescente (SANCHEZ; NAPPO, 2002). Ainda, outro estudo justifica também que o consumo de substâncias psicoativas muito comum na cultura brasileira (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

6.3. Propriedades Psicométricas do QCS

A avaliação das propriedades psicométricas do QCS ocorreu utilizando-se os métodos estatísticos da análise fatorial e consistência interna. O número de sujeitos ($n = 140$) foi satisfatório para a avaliação das propriedades psicométricas, segundo os pressupostos de Pasquali (2005). Ribeiro (2004) desenvolveu o QCS

considerando uma lista de classificação, e assim, agrupou os itens em cinco categorias de acordo com o proposto por Hettler (1982).

A composição encontrada no presente trabalho diferencia-se do agrupamento de itens do QCS original, uma vez que oito dimensões foram identificadas na análise fatorial.

Tabela 11. Comparação da estrutura psicométrica do QCS na versão brasileira e a original.

Fatores	Itens (Versão brasileira)	Categorias (Versão original)	Itens (Versão original)
Comportamentos sexuais seguros	26, 17, 28	Exercícios físicos	1, 2, 3
Autocuidado com poluição ambiental	17, 23, 24, 25	Nutrição	4, 5, 6, 18, 22
Saúde	9, 10, 11, 12	Autocuidado	8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Atividades físicas	1, 2, 3	Segurança motorizada	13, 14, 15
Autocuidado com alimentação	16, 18, 19, 22	Uso de drogas ou similares	7, 16, 17, 19, 20, 21
Alimentação saudável	4, 5, 6		
Automedicação e consumo de bebidas alcoólicas	7, 20, 21		
Segurança motorizada	13, 14		

A diferença de alocação dos itens mais significativa, observada entre as categorias do QCS original e os encontrados no presente estudo, é relativa ao desmembramento de itens da categoria autocuidado para os fatores “Autocuidado com poluição ambiental”, “Saúde” e “Comportamentos sexuais seguros”. No entanto, houve similaridades entre as categorias “Segurança motorizada” e “Exercícios

físicos” do instrumento original com os fatores, denominado, também, “Segurança motorizada” e o fator “Exercícios físicos”.

As diferenças encontradas entre os dois estudos podem estar relacionado ao método de alocação dos itens realizado por Ribeiro (2004), tendo vista que o autor não realizou a análise fatorial para tal procedimento. Ribeiro (2004) explorou a consistência interna do QCS e os resultados da versão original foram: alfa total de 0,76 e os alfas entre as categorias foram 0,67; 0,78; 0,67; 0,42 e 0,52, respectivamente.

As pontuações do alfa do QCS e os fatores que o compõem foram também mais elevados quando comparados aos originais (RIBEIRO, 2004). O QCS na versão brasileira apresentou uma boa confiabilidade no presente estudo, com alfa de *Cronbach* de 0,826.

Os fatores apresentaram valores de alfa de *Cronbach* também bastante consideráveis, variando de 0,824 a 0,506; (Tabela 11). O que corrobora com a literatura (BOWLING, 2005), uma vez que esses valores indicam boa consistência interna, com homogeneidade entre os itens para mensurar comportamentos de saúde entre usuários de substâncias psicoativas.

Novamente, vale ressaltar, que os itens do QCS original foram organizados em categorias sem a realização de um procedimento estatístico e também que, as diferenças entre os resultados podem ser justificadas em virtude das diferenças culturais das amostras e contextos em que o QCS foi avaliado.

A análise fatorial do QCS configurou em uma nova dimensionalidade da escala, tornando-a de modo mais peculiar em relação às especificações dos itens, indo além da proposta teórica descrita pelos autores. Entretanto, os resultados da análise fatorial e da consistência interna revelam que o QCS apresentou dados bastante pertinentes em sua nova configuração psicométrica, apresentando assim, uma estrutura fatorial com bons níveis de confiabilidade que permitem sua reprodutibilidade com usuários de drogas.

7. Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo mostraram que a amostra foi composta em sua maioria por usuários de drogas do sexo masculino, adultos, solteiro, cor da pele branca e baixa escolaridade.

A maior parte desses usuários já esteve em tratamento, e a busca por tratamento ocorreu voluntariamente, e por ajuda de familiares ou de amigos.

A droga de maior consumo foi o *crack*, seguido pelo álcool e a cocaína, respectivamente. Uma grande parcela de usuários, apresentou nível severo de gravidade da dependência alcoólica e também da dependência de cocaína e *crack*. A maconha foi a droga de primeiro uso.

A confiabilidade do QCS apresentou valores bons de alfa de *Cronbach* (0,826), permitindo sua reprodutibilidade. A partir da análise fatorial, identificou oito fatores, diferentemente do QCS original, no entanto, com uma nova configuração dos itens, os fatores apresentaram mais peculiaridade e formaram novos domínios.

De um modo geral, os achados oferecem subsídios para a avaliação de quesitos que demonstram a existência de validade para a versão brasileira do QCS. Há de se destacar as limitações do presente estudo, uma vez que o autor principal não testou o QCS em outras amostras, como por exemplo, em estudantes da área da Saúde, com era esperado e demonstrado na literatura. Vale lembrar que o QCS, na forma como foi aplicado e validado, infelizmente destina-se apenas a usuários adultos de substâncias psicoativas.

O QCS é uma ferramenta que pode colaborar na assistência a essa população de modo sistematizado, contribuindo para que os profissionais de saúde promovam programas de prevenção e promoção da saúde.

8. Referências Bibliográficas

ABEGUNDE, D. O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The Burden and Costs of Chronic Diseases in Low-Income and Middle-Income Countries. **The Lancet**, v.370, n. 9603, p. 1929–1938. 2007.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas** – versão resumida. Brasília: UNESCO; 2005.

AJZEN, I. **Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations**. Disponível em: <http://www.people.mass.edu/aizen/tpb.html>. Acessado em: 12/11/2012. 2006.

AJZEN, I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. Em J. Kuhl & J. Beckmann (Orgs.), **Action Control: From Cognition to Behavior**, p. 11-39. Springer-Verlag: Berlim. 1985.

ALBUQUERQUE, S. **Características psicológicas associadas à saúde dos estudantes do ensino superior**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Tese de mestrado. 1999.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n. 1, p.51-53, 2004.

ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 65-79. 2002.

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

AMARAL, R. G. **Padrão de consumo e evolução para dependência de pacientes internados para o uso de crack**. 2011. 46 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2011.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674. 2011.

ANDRADE, T. M; RAMOS, S. P. Fatores de proteção e de risco associados ao início do uso de cannabis: revisão sistemática. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 2. 2011

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, p. 9-14. 2006.

ARMITAGE, C. J. Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? **Health Psychology**, v. 24, n. 3, p. 235-245. 2005.

BAHLS, F. R. C.; INGBERMANN, Y. K. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. **Estudos de Psicologia**, v.22, n. 4, p. 395-402. 2005.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 9-17. 2009.

BARROS, M. D. A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 142-149. 2001.

BASSOLS, A. M. S.; BONI, R.; PECHANISKY, F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 32, n. 4, p. 361-368. 2010.

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

BERNAT, A. C.; OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, G. C.; BOING, A. F. & PERES, K. G. Prevalência de sintomas respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p.1907-1916. 2009.

BIDDLE, S. J. H; NIGG, C. R. Theories of exercise behavior. **International Journal of Sport Psychology**, v. 31, p. 290-304. 2000.

BISHOP, G. D. **Health Psychology**. Boston: Allynand Bacon. 1994.

BONIFAZ, R. G. V.; NAKANO, A. M. S. La violência intrafamiliar, El uso de drogas em lapareja, desde La perspectiva de La mujer maltratada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. especial, p. 433-438. 2004.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 3rd ed. Berkshire: Open University Press, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde **Brasil 2004 — uma análise da situação de saúde**. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>. Acessado em: 12/11/2012. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Secretaria Nacional de Políticas

sobre Drogas; GREA/IPQ-HCFMUSP. Org: Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira LG. Brasília: SENAD; 2010.

BRITO, A. N. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283-303. 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRIN, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93. 2007.

CAMÕES, M.; LOPES, C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 208-216. 2008.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 70-75, 2008.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 314-317, 2006.

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 – 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Universidade Federal de São Paulo. 2002.

CARLINI, E. A., 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.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000.

CARMODY, T.P. Health-related behaviours: Commom factors. In A. Bawm, S.Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), **Cambridge handbook of psychology, health and medicine** (pp. 117-121). UK: Cambridge University Press. 1997.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, v. 6, p.115-128. 2002.

CARVALHO, F. R. M.; BRUSSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, A. N.; PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Causas de recaída e busca de tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, p. 57-62. 2011.

CARVALHO, H.; BUENO. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas**: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec, p. 04-89.2000.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 555-559. 2008.

Centers for Disease Control and Prevention. **Youth risk behavior surveillance**, 2010. United States. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf>. Acessado em: 29/09/12

CHALUB, M.; TELLES, L.E.B. Álcool, drogas e crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 69-73, 2006.

CHEUNG, S.Y. Exercise behavior for youth in Hong Kong. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 78, n. 1, p. A-89. 2007.

CONDON, J.; SMITH, N. **Prevalence of drug use: key findings from the 2002/2003 British Crime Survey**. Home Office. 2003.

COSTA, L. L. S.; NAVAS, A. L. G. P.; OLIVEIRA, C. C. C.; RATTO, L. R. C., CARVALHO, K. H. P.; SILVA, H. R.; LOPES, C.; TIEPPO, C. A. Avaliação da memória operacional fonológica e impulsividade de usuários de drogas atendidos em um Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. **Revista Cefac**, v. 14, n. 3, p. 438-447.

COSTA, M. F. F. L.; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D. C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n.2, pp. 18-26. 2009.

COTRIM, B. C.; CARVALHO, C. G.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 636-645. 2000.

COUTO, A. J. O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planejado na educação para a saúde. **Revista Referência**, n. 1, p. 5-9. 1998.

COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 454p. São Paulo: Atlas, 2009.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 26-37. 2003.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMOA, M. L. **Crack: uma abordagem disciplinar**. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. Cap.2, p. 40-58.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.** 2007.

DARKE, S.; ROSS, J.; HALL, W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. prevalence and correlates of non-fatal overdose. **Addiction**, v. 91, n. 3, p. 405-411. 1996.

DELA COLETA, J. A. D (Org). Prefácio. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde.**Taubaté, São Paulo: Cabral Editora Universitária. 2004.

DELA COLETA, M. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 18, n. 1. 2011.

DIAS, J. C.; PINTO, I. M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Atheneu, p.39-49. 2006.

DÍEZ, J. M. B.; PÉREZ, B. A.; FORCADELL, P. P.; PEÑACOBÁ, R. M.; SABATÉ, M. N.; BORONAT, A. A. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. **Revista Española de Salud Pública**, v. 76, n. 1, p. 7–15.2002.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. R.; SILVEIRA, D. X.; FORMIGONI, M. L. O. S.; FERRI, C. P. Crack cocaine: increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance Use Misuse**, v. 31, n. 4, p.519-527.

ELBREDER, M. F; LARANJEIRA, R.; SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 9-15. 2008.

ELDER, J. P.; AYALA, G. X.; HARRIS, S. Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 17, n. 4, p. 275-284.1999.

ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D.; MINIARD, P. W. **Comportamento do Consumidor.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2000.

FARIAS JÚNIOR, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; LOCH, M. R.; OLIVEIRA, E. S. A.; DE BEM, M. F. L.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 25, n. 4, p.344–352.2009.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: Conceitos, princípios e aplicações.** Rio de Janeiro: Editora UERJ. 2006.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**. The assessment, analysis and interpretation of patient reported outcomes. 2nd ed. 529 p. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FERREIRA FILHO, O.; CHURCHITA, M.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil sócio-demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 751-759. 2003.

FERRI, C. P.; MARSDEN, J.; ARAUJO, M.; LARANJEIRA, R. R.; GOSSOP, M. 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.

FERRI, C.P. **Cocaína: Padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento** [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

FONTANELLA, B. J. B.; MELLO, G. A.; DEMARZO, M. M. P.; TURATO, E. R. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 196-202. 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 439-478. 2002.

FREIRE, T.; ALMEIDA, L. **Validade de conceito ou de construto**. Disponível em: <http://e-repository.tecminho.uminho.pt/poaw/MIEP67web/>. Acessado em: 08/12/12. 2007.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R; NAPPO, S.A; CARLINI, E.A. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.37, n.4, p. 523-531.2005.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 17 Capitais Brasileiras– 2004**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP. p.398. 2004.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 11-13. 2004.

N, D. S. "Health Behavior Research: Definitions and Diversity." In D. S. Gochman (ed.), **Handbook of Health Behavior Research, Vol. I. Personal and Social Determinants**. New York: Plenum Press, 1997

GODIN, G.; KOK, G. The Theory of Planned Behavior: a review of its applications to health-related behaviors, **American Journal of Health Promotion**, v. 11, n. 2, p. 87–98. 1996.

GOECKING, O. H. P. **Comparação de teorias da ação para explicar intenções comportamentais e comportamentos reais correspondentes**. 142 f. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

GONZALES, B.; RIBEIRO, J. P. Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 5, n. 1, p. 107-127. 2004.

GOSSOP, M.; BEST, D.; MARSDEN, J.; STRANG, J. Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. **Addiction**, v. 92, n. 3, p. 353-4. 1997

GOSSOP, M.; DARKE, S.; GRIFI, T. H. S. P.; HANDO, J.; POWIS, B.; HALL, W.; STRANG, J.. 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 of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. **Alcohol**, v. 41, n. 2, p. 121-125. 2006.

GRANDE, A. J.; LOCH, M. R.; GUARIDO, E. A.; COSTA, J. B. Y.; GRANDE, G. C.; REICHERT, F. F. Comportamentos relacionados à saúde entre participantes e não participantes da ginástica laboral. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 13, n. 2, p. 131-137. 2011.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P.; BARBOSA, D. S.; OLIVEIRA, J. A.; STANGANELLI, L. C. R. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 6, p. 439-450. 2006.

GUINDALINI, C.; VALLADA, H.; BREEN, G.; LARANJEIRA, R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? **BMC Public Health**, v, 20, p. 6:10. 2006.

HAIR, J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

HATCHER, L. **A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling**. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1994.

HAUSENBLAS, H. A.; DOWNS, D. S. Prospective examination of the theory of planned behavior applied to exercise behavior during women's first trimester of pregnancy. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 22, n. 3, p. 199–210. 2004.

HEIM, J.; ANDRADE, A. G. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 61-64, 2008.

HETTLER, B. Wellness promotion and risk reduction on university Campus. **Promoting health through risk reduction**. New York: Collier Macmillan Publishers, p. 207-238. 1982.

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

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; MORALES, B.; STREY, M. N. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: Uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 775-783. 2007.

HOUSMAN, J.; DORMAN, S. The Alameda County Study: A Systematic, Chronological. Review. **American Journal of Health Education**, v. 36, n. 5, p. 302–308. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm>.jhtm. Acessado em: 11/01/13. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em: 15/01/13. 2010.

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas -. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD. **II Levantamento Nacional do uso de Álcool e Drogas LENAD, 2012**. Disponível em: http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/apresentacao_lenad%20cocaina_05_09.pdf Acessado em: 20/10/2012. 2012.

JACOBINA, R. R.; NERY FILHO, A. **Conversando sobre drogas**. Salvador: EDUFBA. 1999.

JANZ, N. K. et al. The health belief model. In: **Health behavior and health education**. 3 ed. Chap. 3, p. 45-66. 2002.

JOHNSON, P.; RICHTER, L.; HERBERT, K. D.; MCLELLAN, A. T.; CARISE, D. A. Telescoping of drinking-related behaviors: gender, racial/ethnic and age comparisons. **Substance Use Misuse**, v. 40, n. 8, p. 1139-1151. 2005.

JORGE, M. R.; MANSUR, J. The use of the short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients. **British Journal of Addiction**, v. 80, n. 3, p.301-305.

JUNIOR, A. T. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu. 2001.

KEARNS-BODKIN, J. N.; LEONARD, K. E. Alcohol involvement and marital quality in the early years of marriage: a longitudinal growth curve analysis. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 29, n. 12, p. 2123–2134. 2005.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare. 1974.

LARANJEIRA, R.; ALVES, H. N. P.; ARAÚJO, M. R.; BALTIERI, D. A.; BERNARDO, W. M.; CASTRO, L. A. G. P. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/ Associação Médica Brasileira. 2003

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. *In*: ALMEIDA, DRATCU, & LARANJEIRA, E. **Manual de Psiquiatria**. São Paulo: Guanabara-Koogan. 1996.

LEWEKE, F. M.; KOETHE, D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. **Addiction Biology**, v. 13, n. 2, p. 264-275. 2008.

MANSUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. Brasília: Brasiliense. 2004.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 39-47. 2008.

MARCUS, B. H.; KING, T. K.; CLARK, M. M.; PINTO, B. M.; BOCK, B. C. Theories and techniques for promoting physical activity behaviours. **Sports Medicine**, v. 22, n. 5, p. 321-331. 1996.

MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. **Prevenção da Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

MARINHO, J. R. M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPSad em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral – CE, setembro de 2002 a agosto de 2003**. Monografia, Curso de Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE. 2004.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; ANDRADA, N. C. Abuso e dependência: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 141-153, 2012.

MASUR, J. **O que é toxicomania**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense. 2004.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 11, p. 2011–2030. 2006.

MATOS, A. P. S.; ALBUQUERQUE, C. M. S. Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 6, n. 3, p. 647-663. 2006.

MATOS, E. B.; VEIGA, R. T.; REIS, Z. S. N. Intenção de uso de preservativo masculino entre jovens estudantes de Belo Horizonte: um alerta aos ginecologistas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, p. 574-580. 2009.

MCBRIDE, D. C.; WEATHERBY, N. L.; INCIARDI, J. Á.; GILLESPIE, A. S. AIDS susceptibility in a migrant population: perception and behavior. **Substance Use Misuse**, v. 34, n. 4-5, p. 633-652. 1999.

MCCRACKEN, M.; JILES, R.; BLANCK, H. M. Health behaviors of the young adult U.S. population: behavioral risk factor surveillance system. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/06_0090.htm. Acessado em: 25/02/2013. 2007

MCDOWELL, I.; NEWEELL, C. **Measuring health: a guide to rate scales and questionnaires**. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1996.

MELO, M. T. (Org.). **Prevenção à Dependência Química**. Palmas: Unitins. p. 65. 2011.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n. 1, p.7-10, 2004.

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

Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 106p.

MCCANCE, E. F. K.; KOSTEN, T. R.; JATLOW, P. Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone – a multiple-dose study. **Biological Psychiatry**, v. 44, n.4, p. 250–259. 1998.

MOMAS, I.; HELAL, H.; PRETET, S.; MARSAL, L.; POINSARD, R. Demographic and behavioral predictors of knowledge and HIV seropositivity: results of a survey conducted in three anonymous and free counselling and testing centers. **European Journal Epidemiology**, v. 13, n. 3, p. 255-260. 1997.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 735-740. 2010.

MONTEIRO, C. F. S.; MOURA FÉ, L. C.; MOREIRA, M. A. C.; ALBUQUERQUE, I. E. M. SILVA, M. G.; PASSAMANI, M. C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90-95. 2011.

MOURA, E. C.; NETO, O. L. M.; MALTA, D. C.; MOURA, L.; SILVA, N. N.; BERNAL, R.; CLARO, R. M. & MONTEIRO, C. A. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, (supl1), p. 20-37. 2008.

MOUTINHO, K.; ROAZZI, A. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. **Avaliação psicológica**, v. 9, n. 2, p. 279-287. 2010 .

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 4ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NUNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3 ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. São Paulo: Roca. 2006.

Organização Mundial da Saúde. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Genebra. Disponível em: <www.who.org.br>. Acessado em: 14/03/2013. 2004.

PAAVOLA, M.; VARTIAINEN, E.; HAUKKALA, A. Smoking, alcohol use, and physical activity: a 13- year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. **Journal Adolescent Health**, v. 35, n. 3, p. 238–44. 2004.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 43, número especial, p. 992-999. 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 399p. 4 ed. Petrópolis: Vozes. 2011.

PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 64-71. 1998.

PAYNE, N.; JONES, F.; HARRIS, P.R. The impact of job strain on the validity of the theory of planned behaviour: An investigation of exercise and healthy eating. **British Journal of Health Psychology**, v. 10, n. 1, p. 115–31. 2005.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 14-17. 2004

PEIXOTO, C.; PRADO, C. H. O.; RODRIGUES, C. P.; CHEDA, J. N. D.; MOTA, L. B. T.; VERAS, A. B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 317-321. 2010.

PETT, M. A.; LACKEY, N. R.; SULLIVAN, J. J. **Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research**. 348 p. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.

PIANA, C. F. B.; MACHADO, A. A.; L. P. R. SELAU. **Estatística descritiva**. Versão preliminar. Pelotas. 2011.

PILL, R. Issues in lifestyles and health: Lay meanings of health and health behaviour. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), **Health promotion research: Towards a new social epidemiology** (pp. 187-211). England: Who Regional Publications. 1991.

PONCE, J. C.; ANDREUCCETTI, G.; JESUS, M. G. S.; LEYTON, V.; MUÑOZ, D.R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 13-16, 2008.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 970-78. 2007.

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

RAMOS, N. **Revista Inter-Legere**, v 11, p. 30-51. 2012.

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.

REIS, A.D.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 191-195, 2006.

RHODES, R. E., BLANCHARD, C. M.; COURNEYA, K. S., PLOTNIKOFF, R. C. Identifying belief-based targets for the promotion of leisure-time walking. **Health Education and Behavior**, v. 36, p. 381-393. 2009.

RIBEIRO, J. **Características psicológicas associadas à saúde em estudantes universitários da região do Porto**. Tese de doutorado. Universidade do Porto, Porto. 1993.

RIBEIRO, J. L. P. Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 23, p. 387-397. 2004.

RIPSA. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª Edição. Disponível em: www.ripsa.org.br/fichaIDB/record.php?node=D.26&lang=pt. Acessado em: 12/01/2013. 2008.

ROBALO, J. Paradigmas da promoção, prevenção e cuidados em saúde. Em: M. Lopes; F. Mendes & A. Moreira (Orgs). **Saúde, educação e representações sociais: exercícios de diálogo e convergência**. Coimbra: Formasau. 2009.

RODRÍGUEZ, D. C. R.; BAREÑO, C. M. D; RUEDA, S. J. G.; HERRERA, Z. M. S.; DÍAZMARTÍNEZ, L. A.; RUEDA-JAIMES, G. E.; CAMPO-ARIAS, A. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1402-1407, 2005.

ROSENSTOCK, I.; STRECHER, V.; & BECKER, M. The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. Di Clemente & J. L. Peterson (Ed.), **Preventing AIDS: Theories and methods of behavioural interventions**, p. 5-24. New York: Plenum Press. 1994.

SANCHEZ Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-430.2002.

SANTOS, A. C. L.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; BARBOSA, S. M. Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV: percepções de adolescentes em Fortaleza-CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 705-710. 2010.

SCHEFFER, M.; PASA, M. S. 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.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717. 2005.

SCHNEIDER, D.; SPORH, B.; LEITÃO, C.; ACCORSI, M.; SACATAMBURLO, N. Perfil dos usuários de drogas que utilizam os serviços de atenção à dependência de substâncias psicoativas na Grande Florianópolis. In **Anais do Congresso da ABEAD**, 18 [Cd-ROM]. Santos: ABEAD.2006.

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Situação atual dos serviços de saúde mental nas cidades da região de Ribeirão Preto**. Disponível em: www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16uneespec2.php. Acessado em: 08/03/2013. 2010.

SEEFELDT, V.; MALINA, R. M.; CLARK, M. A. Factors affecting levels of physical activity in adults. **Sports Medicine**, v. 32, n. 3, p. 143-168.2002.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR. A. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: S.D. SEIBEL & A. TOSCANO JR, (ORG). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu. p.1-6. 2000.

SELEGHIM, M. R.; MARANGONI, S. R.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1-8. 2011.

SIEBEL, S.; CARVALHO, H.B. HIV, hepatite C e sífilis entre UDIs no Centro-Oeste. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec. 2000.

SILVA, L. H. P.; BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARAES, A. N.; MATOVANI, M. F.; MAFTUM, M. A. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3. 2010 .

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.3, p. 145-151, 1999.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, p. 3-7. 2006.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 670-677. 2002.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. 1a ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 676p. 2005

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

STRETCHER, V.; ROSENSTOCK, I. M. The Health Belief Model. In K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**(2nd ed.). San Francisco: JosseyBass. 1997.

STROEBE, W.; STROEBE, W. (1995). **Determinantes do comportamento de saúde: uma análise ao nível da psicologia social**. (pp. 31-71). Em: W. Stroebe& W. Stroebe. **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Instituto Piaget. 1995.

SWIFT, W.; HALL, W.; DIDCOTT, P.; REILLY, D. Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area. **Addiction**, v. 93, n. 8, p. 1149-1160. 1998.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 787-796. 2004.

TAVARES, J.; NUNES, L. Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários fabris. **Revista Referência**, v. 2, n. 5, p. 23-36. 2007.

TOPP, L.; MATTICK, R. P. Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. **Addiction**, v. 92, n. 7, p. 839-845. 1997.

TUBINO MJG. **A qualidade de vida e sua complexidade**. In: Moreira WW, Simoes R. Editores. Esporte como fator de qualidade de vida. Piracicaba: Unimep, p. 263-268. 2002.

U.S. Department of Health and Human Services. **Physical activity and health: a report of the Surgeon General**. Atlanta: United States Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.

UNODOC. **United Nations Office on Drugs and Crime. Word Drugs Report** Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acessado em: 12/07/ 2012. 2012.

VARGAS D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico** [Doutorado]. São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo. 2005.

VARGENS, R. W.; CRUZ, M. S.; SANTOS, M. A. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. especial, p. 804-812. 2011.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORE, S. EL.; RIBEIRO, S. M. R.; FRANCESCHINI, S. C. C.; ALMEIDA, L. P. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, v.15, n.3,p. 273-282. 2002.

World Health Organization (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva; 1998.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, supl. 2, p. 51-55, 2005.

Apêndice

APÊNDICE – A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa, **“Comportamentos de Saúde em Usuários de Drogas de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas”**. Neste estudo, caso concorde em participar, será avaliado os comportamentos de saúde de clientes usuários de substâncias psicoativas, que tem por objetivo identificar fatores de risco e proteção frente ao uso de álcool e drogas, e também colaborar no desenvolvimento de programas preventivos e de tratamento a usuários destas substâncias. A sua participação acontecerá por meio do preenchimento de um questionário individual, com duração de aproximadamente 10 minutos, em sala reservada, de modo a assegurar sua integral privacidade, nas quais contará com 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 sobre **“Comportamentos de Saúde em Usuários de Drogas de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas”**, após ter sido informado sobre os aspectos éticos a que serei submetido, e que terei como benefício possíveis mudanças e melhorias no atendimento do CAPS-ad 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 20____.

Assinatura do participante: _____

Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon

Contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (16)3602-0531
Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto/SP.

Elton Brás Camargo Júnior

Contato: eltonbrasjr@gmail.com

Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas.

R: Pará, 1310 - Ipiranga, Ribeirão Preto - SP. CEP: 14060-440 Fone: (16) 3615-3336

ANEXO A. Instrumentos

Parte I. Informações sociodemográficas

1- **Idade:** _____

2- **Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino

3- **Cor da 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 / completo

(4) 2º grau incompleto / completo

(6) Superior incompleto / completo

Observação: Especificar série: _____

6-**Ocupação:** (1) Nenhuma (2) Estudante (3) Cargos Operacionais (4) Cargos Administrativos (5) Cargos de Chefia (6) Profissional Liberal (7) Aposentado

(8) Outros (bicos, etc.): _____

7 **Trabalhou no último ano:** (1) Tempo integral; (2) Tempo Parcial; (3) Não Trabalhou; (4) Outro: _____

II- TRATAMENTO

Diagnóstico: _____

8. Tipo de droga usada:

9. Tempo de uso desta droga

10. Idade do primeiro uso: _____

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS

<p>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.</p> <p>0- Atenção normal com a saúde física /</p> <p>1- 1- Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física/</p> <p>2- 2- O paciente expressa idéias de ter uma doença orgânica (por ex. câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes /</p> <p>3- 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/</p> <p>4- 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.</p>
<p>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".</p> <p>0 - O paciente não se encontra nem mais nem menos inseguro ou irritável do que o habitual.</p> <p>1- É duvidoso se o paciente está mais inseguro ou irritável do que o habitual.</p> <p>2- 2- A paciente expressa mais claramente estar em um estado de ansiedade, apreensão e irritabilidade, que pode achar difícil de controlar. Isso ocorre <u>sem influir</u> no dia-a-dia do paciente, porque a preocupação ainda diz respeito a questões pouco importantes.</p> <p>3- 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.</p> <p>4- 4- A sensação de pavor está tão frequentemente presente que interfere acentuadamente no dia-a-dia do paciente.</p>
<p>BPRS 3-Retraimento emocional: Este item compreende a vivência introspectiva de contato emocional com o paciente <u>durante a entrevista</u>. 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.</p> <p>0- Contato emocional normal.</p> <p>1- 1- Alguma (ou duvidosa) distância emocional.</p> <p>2- 2- Reações emocionais reduzidas, como, por exemplo, contato visual duvidoso.</p> <p>3- 3- Reações emocionais mais limitadas, como, por ex, contato visual ocasionalmente inadequado.</p> <p>4- 4- Quando o contato emocional está fortemente reduzido ou quase ausente, como por exemplo, quando evita contato visual.</p>
<p>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.</p> <p>0-Ausência de desorganização conceitual.</p> <p>1-O pensamento é caracterizado por uma certa imprecisão, mas a fala não é gramaticalmente inusual.</p> <p>2- Distúrbio moderado do pensamento. As palavras podem estar ligadas por meio de uma forma gramaticalmente inusual e particular (<i>pars pro toto</i>) e a informação parece "vazia".</p> <p>3- Acentuada desorganização conceitual. Ocasionalmente, torna-se difícil entender o paciente, podendo surgir neologismos ou bloqueio.</p> <p>4-Desorganização conceitual extremamente grave. Apenas fragmentos da fala são compreensíveis.</p>
<p>BPRS 5- Autodepreciação e sentimentos de culpa. Este item compreende a diminuição da auto-estima, com sentimentos de culpa.</p> <p>0-Ausência de auto-depreciação e sentimento de culpa.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 <u>sua opinião é infundada</u>.</p> <p>4.Os sentimentos de culpa são firmemente mantidos e resistem a qualquer argumentação, de modo que se convertam em idéias paranóides.</p>
<p>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.</p> <p>0-Quando o paciente não está nem mais nem menos propenso que o habitual a experimentar concomitantes somáticos de estados de ansiedade.</p> <p>1- Quando o paciente ocasionalmente apresenta leves manifestações, como sintomas abdominais, sudorese ou tremores. Entretanto, a descrição desses sintomas é vaga e questionável.</p> <p>2- Quando o paciente ocasionalmente apresenta sintomas abdominais, sudorese, tremores, etc. Os sinais e sintomas são claramente descritos, porém não são acentuados nem incapacitantes.</p> <p>3- Os concomitantes emocionais dos estados subjetivos de ansiedade são acentuados e, às vezes, muito preocupantes.</p> <p>4- Os concomitantes fisiológicos dos estados subjetivos de ansiedade são numerosos, persistentes e frequentemente incapacitantes.</p>
<p>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.</p> <p>0-Ausente/</p> <p>1-Leve ou de presença duvidosa durante a entrevista./</p> <p>2- Moderada. Presente durante a maior parte da entrevista./</p> <p>3- Severa. Anormalidades motoras contínuas, podem ser interrompidas./</p> <p>4- Extremamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontroláveis. Entrevista difícil.</p>
<p>BPRS 8- Autoestima exagerada Este item compreende graus variáveis de exagero da auto-estima, variando desde uma acentuada auto-confiança ou presunção, até os delírios de grandeza grotescos.</p> <p>0- Autoestima normal./</p> <p>1- 1- Autoestima aumentada levemente ou de maneira duvidosa, como por ex.: ocasionalmente superestima suas próprias capacidades habituais./</p> <p>2- 2-Autoestima moderadamente aumentada. Por exemplo, superestima mais constantemente suas próprias capacidades habituais ou</p>

<p>insinua possuir capacidades incomuns./</p> <p>3- 3-Ideias acentuadamente irreais, como por ex. , de que tem habilidades, poderes ou conhecimentos (científicos, religiosos, etc) extraordinários, mas pode, por breves períodos ser corrigido./</p> <p>4- 4-Ideias de grandeza que não podem ser corrigidas.</p>
<p>BPRS 9-Humor deprimido Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não verbal de tristeza, depressão, desânimo, desamparo, desesperança.</p> <p>0-Humor neutro/</p> <p>1- O paciente indica vagamente que está mais desanimado e deprimido que o habitual./</p> <p>2- Quando o paciente está mais claramente preocupado com vivências desagradáveis, embora ainda não esteja se sentindo desamparado ou desesperançado./</p> <p>3- 3- O paciente exibe sinais não verbais claros de depressão e/ou, as vezes, sente-se dominado pelo desamparo ou desesperança./</p> <p>4- 4- As observações do paciente sobre desânimo e desamparo, ou as suas manifestações não verbais dominam a entrevista, não sendo possível afastá-lodessa temática.</p>
<p>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 <u>três dias precedentes</u>. Diferenciar do item 14 (falta de cooperação), que corresponde ao contato formal durante a entrevista.</p> <p>0-Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade ou hostilidade./</p> <p>1-Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido./</p> <p>2-Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações./</p> <p>3- Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôdeser acalmado./</p> <p>4- Extremamente hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.</p>
<p>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.</p> <p>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 reassguramento; portanto, fica duvidoso se existem idéias de referência ou delírios./</p> <p>1- 2-Ideias 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”./</p> <p>2- 3-Delírios com alguma sistematização. reassguramento difícil./ 4- delírios paranóides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção impossível.</p>
<p>BPRS 12-Alucinações Este item compreende as percepções sensoriais sem os estímulos externos correspondentes. As vivencias 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).</p> <p>0-Ausente./</p> <p>1-Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipinagógicas ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes)/</p> <p>2-Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento./</p> <p>3- Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento./</p> <p>4- Mais ou menos constantemente absorto(concentrado) em vivências alucinatórias.</p>
<p>BPRS 13-Retraimento 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.</p> <p>0- Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada./</p> <p>1- 1- Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosaou levemente diminuída./</p> <p>2- Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta./</p> <p>3- 3-A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos./</p> <p>4- 4-A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) estupor (paralisia).</p>
<p>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.</p> <p>0-Atitude cooperativa natural./</p> <p>1-Excessivamente formal e reservado na situação da entrevista. Responde um pouco resumidamente./</p> <p>2-Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador./</p> <p>3-Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível./</p> <p>4-Entrevista impossível. O paciente recusa-se a permanecer na situação de entrevista.</p>
<p>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 (auto-estima 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 influencia que exerce sobre o seu comportamento.</p> <p>0-Ausente./</p> <p>1-Grau leve ou presença duvidosa (por ex. idéias supervalorizadas)/</p> <p>2-Grau moderado (por ex. idéias com alguma qualidade delirante, mas ainda se constituindo em uma vivencia do tipo “como se”)./</p> <p>3-Os delírios delimitam a maior parte do conteúdo do pensamento e ocasionalmente influenciam o comportamento./</p> <p>4- Delírios subjugantes(dominantes) delimitam o conteúdo do pensamento e comportamento.</p>
<p>BPRS16- 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 vivencia introspectiva do contato emocional durante a entrevista.</p> <p>0-Reações e envolvimento apropriados./</p> <p>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./</p> <p>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)/</p>

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.
<p>BPRS 17- Agitação psicomotora Este item compreende o aumento no nível da atividade psicomotora.</p> <p>0-Atividade motora normal. Expressão facial adequada e atividade verbal normal./</p> <p>1-Atividade motora duvidosa ou levemente aumentada; por ex, expressão facial vívida ou certa loquacidade (falador)./</p> <p>2-Atividade motora moderadamente aumentada; por ex., gestos vívidos, grande loquacidade ou fala em voz alta e rapidamente./</p> <p>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./</p> <p>4-Constante e incansavelmente ativo. Fala desintegrada. Comunicação significativa impossível.</p>
<p>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.</p> <p>0-O paciente está completamente orientado no tempo, no espaço e quanto aos dados pessoais./</p> <p>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./</p> <p>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./</p> <p>3-O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localize 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./</p> <p>4-Está completamente desorientado no tempo e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.</p>

ESCALA DA SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS (SDS)

	1. Às vezes	2. Muitas vezes	3. Sempre	4. Quase sempre
1.Você acha que o uso de cocaína/ <i>crack</i> esta fora de controle				
2.Se faltar cocaína/ <i>crack</i> , isso lhe deixa ansioso				
3.Você se preocupa com o uso de cocaína/ <i>crack</i>				
4.Você gostaria de parar de usar cocaína/ <i>crack</i>				
5.Quanto difícil você acha para parar ou ficar sem usar cocaína/ <i>crack</i>	0. Não é difícil	1. Difícil	2. Muito difícil	3. Impossível

SHORT ALCOHOL DEPENDENCE DATA (SADD)

0 NUNCA	1 ALGUMAS VEZES	2 FREQUENTEMENTE	3 QUASE SEMPRE
1.Durante os períodos em que você bebe abusivamente, acorda com sudorese?			()
2.Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?			()
3.Você planeja seu dia em função da bebida?			()
4.Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?			()
5.Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?			()
6.Acontece de você beber, sem levar em conta os compromissos que tem depois?			()
7.Você acha que a quantidade que você beb chega a prejudicá-lo?			()
8.No momento em que você começar a beber, é difícil parar?			()
9.Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?			()
10.Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para sentir-se melhor?			()
11.Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?			()
12.Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?			()
13.Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?			()
14.Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que era imaginação?			()
15.Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?			()
Escore Total			()

QUESTIONÁRIO COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia nas diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor, responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	A	B	C	D	E
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana					
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente					
3. Pratico esporte que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, natação, basquetebol, futebol, etc.)					
4. Tenho cuidado para manter o peso recomendado devido a altura que tenho					
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal					
6. Planejo a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes					
7. Não bebo mais de duas doses de bebidas alcoólicas por dia					
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir descansado					
9. Mantenho as minhas vacinas em dia					
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial					
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes					
12. Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>					
13. Não dirijo (carro, moto, bicilceta, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais					
14. Quando dirijo, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade					
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança					
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico					
17. Evito fumar					
18. Evito ingerir alimentos com gordura					
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola					
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames					
21. Evito tomar tranqüilizantes não prescritos					
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)					
23. Evito estar em ambientes cheio de fumaça de cigarro					
24. Evito os ambientes muito barulhentos					
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído					
26. Evito mudar de parceiro sexual					
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal					
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções					

ANEXO B. Autorização do autor do QCS

Elton Brás Camargo Júnior <eltonbrasjr@gmail.com>

FW: Escala de comportamento de saúde

1 mensagem

Natália Priolli Jora <natalia_jora@hotmail.com>
Para: eltonbrasjr@gmail.com

6 de agosto de 2012 11:49

> Date: Mon, 28 Feb 2011 14:27:07 +0000
> Subject: Re: Escala de comportamento de saúde
> From: jlpr@fpce.up.pt
> To: natalia_jora@hotmail.com
>
> Autorizo a utilização da escala pedida
>
> José Luis Pais Ribeiro
> jlpr@fpce.up.pt
> mobile phone: (351) 965045590
> web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
>
>
>
>
>
>
>
> Sr. Prof. Dr. José Luis Pais Ribeiro,
>
>
> Venho por meio deste pedir autorização para usar o questionário de
> Comportamentos de Saúde de sua autoria em meu estudo de doutorado, que tem como
> título: "Comportamentos de Saúde, Qualidade de Vida e Uso de Alcool em Clientes
> de um Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (CAPS-ad)" a ser
> realizado através do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem
> de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) - Brasil.
> Se possível, gostaria de maiores esclarecimentos sobre a escala, pois sobre ela
> não há muitas informações disponíveis.
>
> Será de suma importância sua contribuição para a realização deste estudo.
>
> Desde já Agradeço a Atenção.
>
> aguardo retorno.
>
> Enf. Natália Priolli Jora.
>
>
>
> --
> This message has been scanned for viruses and
> dangerous content by MailScanner, and is
> believed to be clean.
~ ~

ANEXO – C Autorização Coleta de Dados

Sanatório Espírita Vicente de Paulo
 Reconhecimento de Utilidade Pública
 Municipal: Lei 877 de 30-10-1959
 Estadual: Lei 6636 de 04-01-1962
 Federal: Decreto: 62134 de 17-01-1968
 CGC: 55.991.954/0001-03

CAPS-Ad

Rua Paró, 1310 - CEP 14060-440
 Ribeirão Preto - SP

CAPS-ad II

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
 Rua Paró, 1320 - Itaranga, Ribeirão Preto-SP - CEP: 14060-440
 Fone: (16) 3615-3336 - Fax: (16) 3622-2376 - e-mail: capsadpr@hotmail.com

Ribeirão Preto, 23 de Janeiro de 2013.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
 A/C: Comitê de Ética em Pesquisa

Eu, Gisela Pires Oliveira Marchini, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas de Ribeirão Preto, autorizo o pesquisador Elton Brás Camargo Júnior, a desenvolver o projeto de mestrado intitulado “Comportamentos de Saúde em Usuários de Drogas de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool E Drogas” nessa unidade de saúde.

Atenciosamente,

 Gisela Pires de O. Marchini
 CRP.: 35135-5
 Coordenadora do CAPSad Ribeirão Preto