Flavia Ismael Pinto

**Aspectos dimensionais de personalidade, fissura e adesão ao
tratamento ambulatorial entre dependentes de cocaína e crack**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção de título de Doutor em
Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Danilo Antonio
Baltieri

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinto, Flavia Ismael

Aspectos dimensionais de personalidade, fissura e adesão ao tratamento ambulatorial entre dependentes de cocaína e crack / Flavia Ismael Pinto. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Danilo Antonio Baltieri.

Descritores: 1.Transtornos relacionados ao uso de cocaína 2.Análise por conglomerados 3.Terapia comportamental 4.Fissura 5.Personalidade

USP/FM/DBD-307/15

Dedicatória

Aos meus pais,

Maju e Fausto

Que desde o início de minha vida me ouviram, respeitaram-me e, principalmente, apoiaram meu espírito inquieto e questionador.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Danilo Antonio Baltieri, cujo apoio acadêmico tem sido essencial durante toda a minha formação.

Ao Prof. Dr. Arthur Guerra, pelo exemplo de trabalho e por todos os ensinamentos que recebi.

À Prof^a. Dra. Cintia Périco, pela inspiração profissional e amizade.

Aos membros da banca de qualificação, composta por: Prof. Dr. Quirino Cordeiro, Prof^a. Dra. Tânia Corrêa de Toledo Ferraz Alves e Prof^a. Dra. Cíntia de Azevedo Marques Périco, cujos comentários e sugestões foram imprescindíveis para o aprimoramento desta tese.

Aos meus queridos irmãos, Lucas e Pedro, pelo carinho, apoio e união.

A toda a minha família, pela alegria e apoio incondicionais.

Ao meu companheiro de vida e de ideal, Daniel, pelo afeto, pela amizade e pela cumplicidade de todos os instantes.

A minha amiga e revisora, Camilla Couto

A todos os meus amigos, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim,
além de trazer alegria para minha vida

Aos meus pacientes, que sempre me motivam a crescer como médica e a
melhorar como ser humano.

Ao CNPQ, pelo apoio à pesquisa (processo nº 402663/2010-1).

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Resumo

Summary

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1.	A cocaína.....	1
1.2.	Histórico.....	1
1.3.	Epidemiologia.....	3
1.4.	Produção e Formas de Administração.....	5
1.5.	Cocaína e Personalidade.....	7
1.6.	Cocaína e Neuroimagem	9
1.7.	Avaliação Dimensional de Personalidade.....	10
1.8.	Avaliação Dimensional de Personalidade entre usuários de Cocaína.....	16
1.9.	Impulsividade.....	18
1.10.	Impulsividade entre usuários de Cocaína.....	20
1.11.	Transtorno por uso de Cocaína.....	22
1.12.	A Fissura.....	25
1.13.	Tratamento dos Transtornos por uso de Cocaína.....	26
2.	JUSTIFICATIVA.....	29

3.	OBJETIVOS.....	31
3.1.	Objetivos Gerais.....	31
3.2.	Objetivos Específicos.....	31
3.3.	Hipóteses Experimentais.....	32
4.	MÉTODOS.....	33
4.1.	GREC.....	33
4.2.	Projeto de Pesquisa.....	34
4.3.	Instrumentos e Procedimentos.....	41
4.4.	Crítérios de Inclusão.....	48
4.5.	Crítérios de Exclusão.....	48
4.6.	Fluxograma.....	50
4.7.	Análise Estatística.....	50
4.8.	Aspectos Éticos.....	54
4.9.	Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.....	55
5.	RESULTADOS.....	56
5.1.	Análise Descritiva da Amostra.....	56
5.2.	Comparação entre usuários de cocaína, crack e ambas.....	59
5.3.	Análise descritiva da subamostra que completou as quatro avaliações.....	67
5.4.	Associação entre personalidade e fissura entre o grupo que completou as quatro avaliações.....	70
5.4.1.	Efeitos de Temperamento e Caráter sobre a intensidade da fissura.....	70

5.4.2. Efeitos de Temperamento e Caráter sobre a frequência da fissura.....	73
5.4.3. Efeitos de Temperamento e Caráter sobre a duração da fissura.....	73
5.5. Análise de Tipologia.....	76
5.6. Características dos dois Clusters de dependentes de cocaína.....	78
5.7. Análise de Sobrevivência entre os Clusters.....	85
5.8. Associações entre adesão ao tratamento e variáveis independentes.....	87
 6. DISCUSSÃO.....	 93
6.1. Características da Amostra.....	93
6.2. O papel dos traços de personalidade na fissura por cocaína durante o tratamento.....	93
6.3. O papel dos clusters entre os usuários de cocaína/crack na adesão ao tratamento.....	98
6.4. Limitações do estudo.....	101
 7. CONCLUSÕES.....	 103
 8. ANEXOS.....	 104
 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 180

LISTA DE ABREVIATURAS:

AD: Autodirecionamento

AIC: Critério de Informação Akaike

APA: Associação Psiquiátrica Americana

ASI: Addiction Severity Index

AT: Autotranscendência

BIC: Critério de Informação Bayesiano

BIS: Escala de impulsividade de Barratt

BN: Busca por Novidades

C: Cooperatividade

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CID: Classificação Internacional de Doenças

df: Grau de liberdade

DG: Dependência de Gratificação

DP: Desvio-Padrão

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ED: Esquiva ao Dano

EP: Erro padrão

ESA: Escala de Seguimento de Alcoolistas

EUA: Estados Unidos da América

GEE: Equações de Estimativas Generalizadas

GREa: Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas

IC: Intervalo de confiança

ID: Impulsividade Disfuncional

IF: Impulsividade Funcional

ITC: Inventário de Temperamento e Caráter

LCA: Análise de classes Latentes

MCCS: Escala de Fissura de Minesotta

OMS: Organização Mundial de Saúde

OR: Odds ratio

P: Persistência

TP: Transtorno de Personalidade

TUC: Transtorno por uso de cocaína

TUS: Transtorno por uso de substâncias

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1 - Características sociodemográficas, aspectos relacionados ao uso de cocaína e variáveis psicométricas da amostra.....	57
Tabela 2 - Aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados ao uso de cocaína e variáveis psicométricas entre dependentes de cocaína (uso em pó, crack e ambos) no início do tratamento.....	61
Tabela 3 - Características basais do grupo que completou as 4 avaliações.....	68
Tabela 4 - Efeito da interação entre as escalas da TCI e a intensidade, frequência e duração da fissura durante o tempo de tratamento dos usuários de cocaína.....	74
Tabela 5 - Modelo ajustado de Classes Latentes.....	76
Tabela 6 - Divisão dos indivíduos em 2 Clusters (LCA, 2 classes).....	78
Tabela 7 - Características iniciais do grupo que completou as 4 avaliações.....	79
Tabela 8 - Dimensões de temperamento e caráter entre os clusters.....	84

Tabela 9 - Análise bivariada dos fatores sociodemográficos, clínicos e psicológicos associados à adesão ao tratamento.....	88
--	----

Tabela 10- Análise multivariada de fatores associados à adesão ao tratamento (Análise de Regressão Logística Direta).....	92
---	----

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Intensidade da Fissura entre usuários de cocaína em relação ao uso referido da droga.....	71
Figura 2: Intensidade da Fissura entre usuários de cocaína em relação à via de administração.....	72
Figura 3: Perfil dos usuários de cocaína LCA, 2 classes.....	77
Figura 4: Curva de Sobrevivência de tempo para abandono do tratamento..	86

Resumo

Pinto, FI. *Aspectos dimensionais de personalidade, fissura e adesão ao tratamento ambulatorial entre dependentes de cocaína e crack* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução: A dependência de cocaína é doença crônica e afeta uma população bastante heterogênea. Fatores psicológicos, biológicos e sociais estão envolvidos com o quadro e sua evolução. A fissura, sintoma importante, pode ser influenciada por aspectos biológicos e psicológicos e altera o curso do quadro. Além disso, faltam sistemas classificatórios desta doença tão complexa. Os objetivos deste estudo são: investigar como a fissura pode ser influenciada por traços de personalidade e tentar agrupar pacientes com diferentes características pessoais em relação à resposta ao tratamento cognitivo comportamental.

Métodos: Foram avaliados 100 pacientes que iniciaram o tratamento manualizado proposto. Classes de participantes que apresentavam características psicológicas relacionadas ao uso da droga e impulsividade semelhantes foram identificados em análise de classes latentes. A associação destas variáveis na adesão ao tratamento foi investigada. Dentre o grupo que terminou as quatro avaliações ao longo do acompanhamento, analisou-se como os traços de personalidade influenciam a intensidade, frequência e duração da fissura, usando o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas com estrutura de correlação autorregressiva.

Resultados: Dois grupos foram delineados. Participantes do Cluster 1 (n=60) foram caracterizados com maior nível de impulsividade, uso de maior quantidade de cocaína, maior nível educacional, mais história de tratamentos prévios e mais história familiar positiva de TUC que o Cluster 2 (n=40). Indivíduos do Cluster 1 aderiram mais ao tratamento. Em relação à fissura, observou-se que varia ao longo do tratamento. Traços de personalidade como busca por novidades, dependência de gratificação e esquiva ao dano interagem com a intensidade da fissura e persistência interage com a duração. Existe interação entre intensidade da fissura, uso de droga e via de administração.

Conclusões: informações sobre características pessoais associadas à não adesão e ao abandono de tratamento, assim como à variação da fissura e sua correlação com fatores de personalidade devem ser investigados e avaliados para que tratamentos mais atrativos e eficazes possam ser propostos.

Descritores: transtornos relacionados ao uso de cocaína; análise por conglomerados; terapia comportamental; fissura; personalidade.

Abstract

Ismael F. T *Dimensional aspects of personality, craving and treatment adherence between cocaine and crack users* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

Introduction: Cocaine dependence is a chronic condition affecting a very heterogeneous population. Biological, psychological and social factors are involved in addiction and how it evolves. Craving is an important symptom, it is influenced by both psychological and biological factors, and affects how the patient addiction evolves. Furthermore, there are no classifying systems for this very complex disease. The aims of this study are to investigate how craving is influenced by personality traits, and attempt to cluster patients with different personality traits in terms of their response to cognitive behavioral therapy.

Methods: This study evaluate 100 patients who started the proposed manualized treatment. Latent class analysis was used to cluster subjects with similar psychological characteristics, cocaine use related aspects and impulsivity. This study looked at the association between these variables and adherence to treatment. We analyzed how personality traits influence craving intensity, frequency and duration in the group of subjects completing the four follow-up period evaluations, using the Generalized Estimating Equations model and an autoregression correlation structure.

Results: Two clusters emerged: Cluster 1 (n=60) subjects were characterized as being more impulsive, using larger amounts of cocaine, having more years

of schooling, a history of more prior treatments, and increased positive Family history of cocaine abuse than Cluster 2 (n=40) subjects. Individuals in Cluster 1 adhered more to treatment. Regarding craving, we found that it varied over the course of treatment. Personality traits such as novelty seeking, reward dependence and harm avoidance interact with intensity of craving, and persistence interacts with duration. There is an interaction between intensity of craving, drug use and route of administration.

Conclusion: information about the personal characteristics associated with treatment non-adherence and abandonment, as well as the variation in craving and its correlation with personality traits must be investigated and analyzed so that more effective and attractive treatments may be developed.

Descriptors: cocaine-related disorders; cluster analysis; behavior therapy; craving; personality.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Cocaína

O abuso de cocaína acarreta sérios prejuízos ao indivíduo e à sociedade, interferindo em aspectos familiares, sociais, legais e profissionais do usuário. O uso crescente e preocupante desta droga é um fenômeno que afeta nosso país em diferentes classes sociais. Apesar da atenção que vários órgãos nacionais e internacionais têm tido ao abordar o tema, a disseminação das múltiplas formas de utilização da cocaína tem continuado. Dados mostram aumento do consumo no Brasil e, não obstante as inúmeras tentativas de controle, o uso e suas consequências vêm se agravando.

A cocaína é uma substância alcaloide produzida a partir da folha do arbusto *Erythroxylon coca*, planta nativa da América do Sul, México, Indonésia e partes da Índia. (UNODCCP, 2001).

1.2. Histórico

O uso da cocaína mais antigo que se tem conhecimento foi pela sociedade Inca, no Peru, que mascava folhas de coca em rituais. Nessa forma de uso, apesar de haver ação no Sistema Nervoso Central, a absorção de cocaína é baixa e os efeitos são pouco notados quando comparados a outras formas de consumo. A quantidade de cocaína presente em uma folha é de 5%

do seu peso em gramas (Ruiz e Strain, 2011). Logo, o hábito de mascar dificilmente poderia levar ao uso abusivo. Com a chegada dos espanhóis à América e a tentativa de escravizá-los, os Incas começaram a mascar a folha com maior frequência para suportar o trabalho.

Apenas em meados de 1800 seu alcaloide foi isolado, na Alemanha. Já nessa época, a cocaína passou a ser usada como analgésico no tratamento de asma e febre, e também a ser adicionada a vinhos e tônicos (Goldstein et al, 2009). Na década de 1880, John Smith Pemberton criou a fórmula da Coca-Cola, que continha cocaína dentre seus ingredientes. Em 1884, Sigmund Freud publicou um artigo denominado “Über coca”, no qual fazia menções a inúmeros efeitos benéficos da cocaína, como: estimulante, afrodisíaco, anestésico, auxiliar no tratamento de doenças - digestivas, exaustão nervosa, histeria, sífilis - assim como de abstinência de álcool ou morfina e de estados depressivos (Freud, 1885, Markel, 2011). Nessa época, seu uso não era considerado problemático, pelo contrário, era considerado um tônico para o cérebro, capaz de melhorar as funções cognitivas.

Em 1905, tornou-se popular cheirar cocaína. Nos cinco anos seguintes, os hospitais e a literatura médica começavam a reportar casos de danos nasais como resultado do uso desta droga.

Em 1914, os Estados Unidos da América (EUA) passaram a reconhecer a cocaína como narcótico e baniram seu uso terapêutico. Dessa época em diante, o uso da cocaína começou a diminuir e voltou a ganhar força apenas por volta de 1970 (Goldstein et al, 2009). Nessa década, seu uso ainda era feito principalmente pela elite.

Na década de 1980, a droga se tornou mais popular e seu uso se espalhou por todas as classes sociais – época em que os EUA já relatavam os efeitos deletérios da droga (Jerome, 2000). Na mesma década, surgiu o crack, que pouco a pouco espalhou-se pelo mundo. No Brasil, os primeiros relatos de apreensão desta forma da substância datam de 1991.

A disseminação do crack em território nacional deu-se de forma bastante rápida: em 1993 foram registradas 204 apreensões da substância e em 1995 o número foi de 1.906 (Nappo, 2003). Desde então, o consumo da cocaína passou a se tornar um problema de saúde pública marcado pela velocidade do surgimento de prejuízos intensos associados ao seu uso (Duailibi et al. 2008).

Desta forma, a dependência e os prejuízos associados ao consumo da cocaína são assuntos bastante recentes e suas formas de tratamento ainda estão longe de se tornarem temas bem estabelecidos.

1.3. Epidemiologia

No mundo, aproximadamente 17 milhões de pessoas usaram cocaína ao menos uma vez no último ano. Isso equivale a 0,37% da população entre 15 e 64 anos de idade (UNODCCP, 2013).

A prevalência do uso de cocaína na América do Sul é comparável ao uso na América do Norte: cerca de 1,3% da população adulta. Além disso, o uso no Brasil aumentou significativamente nos últimos anos. Estima-se que haja 0,9 milhões de usuários de cocaína no Brasil. (UNODCCP, 2013). Esta tendência não é observada nos EUA e Europa, onde há uma estabilização e até queda

no consumo e nas apreensões da droga. Em relação ao acesso a serviços, estima-se que na América do Sul um em cada onze usuários de substâncias receba tratamento. Este número é bastante baixo quando comparado ao dos EUA, onde um a cada três usuários recebe acompanhamento especializado. Estes dados demonstram grande disparidade de disponibilidade e acessibilidade ao tratamento em diferentes partes do mundo. (UNODCCP, 2013).

No Brasil, em levantamento domiciliar feito em 2005, que incluiu 7.939 pessoas com idade superior a 12 anos, moradoras das principais cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, o uso relatado de cocaína ao longo da vida foi de 2,9% e de crack, 0,7%. A porcentagem de pessoas que referiam uso de cocaína no último ano foi de 0,7%, e no último mês de 0,4% (CEBRID, 2006). Em 2011 e 2012 foram coletados dados com 4.607 pessoas maiores de 14 anos. Os dados obtidos dessa vez foram: ao longo da vida, 3,9% e 1,5% da população usaram cocaína inalada e fumada respectivamente. No último ano, 1,7% referiam ter usado a forma inalada e 0,8%, a forma fumada. (Abdalla et al, 2014).

Estes dados corroboram a informação do relatório das Nações Unidas, que mostra aumento significativo do consumo da droga no Brasil nos últimos anos.

1.4. Produção e Formas de Administração

A produção da cocaína se inicia com a maceração das folhas, que depois são misturadas a produtos químicos produzindo assim, uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base (Negrete, 1992). O refino da pasta forma a cocaína em pó, e o crack é produzido a partir da base livre.

A cocaína pode ser administrada de várias maneiras, sendo as principais: inalada, injetada ou fumada. Nas duas primeiras, é usada na forma de hidrocloreto de cocaína, e na terceira, na forma de base, conhecida como crack (Gossop et al., 1994).

O uso do crack, no Brasil, dá-se comumente com o uso de cachimbos. Embora inúmeros materiais possam ser empregados à sua confecção, a lata de alumínio (de cerveja ou refrigerantes) é a principal “matéria-prima”. A pedra é misturada a cinzas de cigarro para que o crack seja sublimado (Oliveira, 2008).

Já a cocaína, é inalada em forma de “carreiras”. A absorção da cocaína inalada é baixa, pelo fato de a droga provocar vasoconstrição nasal.

Dos indivíduos que experimentam cocaína, 5% a 6% se tornam dependentes nos dois anos seguintes. Fatores relacionados ao maior risco de dependência são: raça, sexo, idade e via de administração (O’Brien et al., 2005).

Esta droga adquire características distintas de acordo com a via de administração. Um dos motivos para isso ocorrer pode ser o fato de que, quando fumada, a cocaína atinge o Sistema Nervoso Central bem mais

rapidamente do que quando usada por outras vias, causando assim efeitos euforizantes imediatos e contribuindo para maior gravidade da dependência. Quando inalada, a cocaína atinge seu pico de ação em 15 minutos e seus efeitos duram até uma hora. Quando fumada, na forma de crack, atinge o Sistema Nervoso Central em segundos e seus efeitos duram no máximo 20 minutos.

Considerando os critérios para a Síndrome de Dependência, a tolerância e o estreitamento do repertório de atividades são mais observadas entre os usuários da substância em forma de crack do que entre os usuários de cocaína (O'Brien et al., 2005; Chen et al., 2004).

Existem também diferenças sociodemográficas entre os usuários das formas distintas da substância. Quem usa crack ou ambas as formas da droga (crack e cocaína inalada) tende a ser mais jovem do que quem usa apenas cocaína inalada. Outra diferença entre estes grupos é o padrão de uso de álcool: usuários de cocaína costumam usar álcool juntamente com a droga, enquanto usuários de crack costumam beber em menor quantidade e depois do uso da droga (Gossop et al., 2006). Os usuários de cocaína inalada relatam mais problemas com o uso de álcool, enquanto os usuários de crack referem mais problemas com esta e outras drogas ilícitas, além de relatarem mais problemas com a saúde física e mental (Gossop et al., 2006). Além disso, os usuários de crack tendem a apresentar mais problemas sociais e de saúde, maior envolvimento com atividades criminais e menor permanência em atividades escolares (Ferri et al., 1999; Hatsukami, 1996; Guindalini et al., 2006; Gianinni et al., 1993).

Baseando-se nestas informações, pode-se inferir que apesar de ser a mesma substância, usuários de cocaína, crack ou ambos podem diferir em vários aspectos, tais como: risco de desenvolvimento de síndrome de dependência, gravidade do quadro, comorbidades clínicas e psiquiátricas ou prejuízos sociais, familiares e ocupacionais. Porém, há escassez de dados sobre outras diferenças, incluindo resposta a tratamento entre estes grupos.

1.5. Cocaína e Personalidade

A associação entre uso de substâncias e transtorno de personalidade (TP) está bem estabelecida, assim como suas implicações etiológicas e prognósticas.

Em relação à etiologia, há fatores ou traços relacionados à personalidade que aumentam o risco de desenvolvimento de transtorno por uso de substâncias. Vias associadas a comportamento desinibido, reatividade ao estresse e sensibilidade à gratificação são fatores comuns tanto no desenvolvimento dos transtornos de personalidade como nos transtornos por uso de substâncias (Verheul, 2001, Ball, 2005).

Na população geral, a prevalência dos transtornos de personalidade varia entre 10 e 13% (Caballo, 2011). Quando se avalia a prevalência de transtornos da personalidade em pacientes em tratamento para problemas relacionados a substâncias, esta porcentagem varia de 37% a 60% (Weaver et al., 2003; Grant et al., 2004; Skodol et al., 1999; Rounsaville, 1998). Em comparação à população geral, os usuários de substâncias em tratamento tendem a ter

quatro vezes ou mais o diagnóstico de transtorno de personalidade (Verheul, 2001). Em pacientes com esta comorbidade, a adesão ao tratamento e as taxas de abstinência costumam ser menores quando comparados a usuários de substâncias sem TP, contribuindo assim para um pior prognóstico e dificultando o manejo destes casos (Leal et al., 1994).

Em dependentes de cocaína, a coocorrência de TP chega a 70% (Kranzler et al., 1994). Nestes, os transtornos de personalidade mais prevalentes são o transtorno de personalidade antissocial e o transtorno de personalidade borderline, assim como outros transtornos com características impulsivas, seguidos pelo transtorno de personalidade paranóide e transtorno de personalidade evitativo (Falck et al., 2004; Rosselli et al., 2001, Verheul, 2001).

Outro fator a ser considerado é o fato de o usuário de cocaína desenvolver comportamentos antissociais como forma de manutenção do uso, o que se torna uma variável confundidora na avaliação da comorbidade. Além disso, o uso crônico da droga pode alterar comportamentos e o funcionamento cerebral, o que normalmente reforça traços disfuncionais de personalidade.

Estudos recentes têm observado alterações pré-frontais em dependentes de cocaína e crack. Estas alterações relacionam-se a déficits na tomada de decisões. Estes circuitos são bases neurobiológicas das dependências químicas (Bechara et al, 2001, Goldstein et al, 2002, Cunha et al, 2004).

Assim, dados indicam que o uso da cocaína, que é mais comum dentre indivíduos mais impulsivos, pode reforçar estas características: mais impulsivos

têm maior chance de usar mais droga, o que torna ainda mais difícil o alcance e a manutenção da abstinência.

1.6. Cocaína e Neuroimagem

Técnicas de Neuroimagem têm sido amplamente utilizadas para elucidação dos quadros de dependências.

A administração de cocaína está associada à redução global no metabolismo cerebral de glicose e do fluxo sanguíneo cerebral (Nicastri, 2001).

Estudos de imagem identificaram várias áreas cerebrais que são ativadas pelo uso agudo de cocaína, incluindo proencéfalo basal, núcleo caudado, nucleus accumbens, área tegmental ventral e córtex pré-frontal (Breiter et al, 1997).

Além disso, demonstrou-se que os indivíduos dependentes geralmente têm menor disponibilidade de receptores D2 (Volkow et al, 1990, 1993, 1997). Estudos de ressonância magnética funcional revelaram que usuários de cocaína apresentam alterações no padrão de ativação cerebral, como hipoativação em mesencéfalo e tálamo, desativação em regiões de projeção dopaminérgica e hiperativação de regiões corticais envolvidas no processo de atenção, como córtex pré-frontal e parietal (Tomasi et al, 2007). Estudos com imagens por tensores de difusão (DTI) mostraram que os dependentes de cocaína têm menor anisotropia fracionada do que os controles, especificamente na massa branca frontal inferior (Lim et al, 2008) . Além disso, prejuízos na integridade da substância branca foram significativamente

correlacionados com piores resultados baseados na abstinência (Xu et al, 2010).

1.7. Avaliação Dimensional de Personalidade

Personalidade pode ser definida como a organização dinâmica individual em que sistemas psicofisiológicos determinam um ajuste único ao ambiente (Allport, 1937).

A avaliação da personalidade pode ser feita de forma categorial, como é utilizada atualmente na Classificação Internacional de Doenças (CID), preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), preconizado nos Estados Unidos (OMS, 1993, APA, 2000). Neste caso, identificam-se sintomas e, para determinar se um indivíduo tem ou não TP, há que se preencher um número mínimo de sintomas listados. Amplamente aceita, esta forma facilita a homogeneidade do diagnóstico classificatório, porém tem suas falhas, principalmente no que concerne a quadros mistos ou que envolvam comorbidades. Na prática clínica, não é difícil ocorrer mais de um diagnóstico de transtorno de personalidade em um mesmo paciente, ou mesmo, quadros que apresentam características de vários transtornos, sem completar quesitos para nenhum deles.

Em contrapartida e na tentativa de solucionar o problema exposto anteriormente, outra maneira de se investigar a personalidade é por meio da forma dimensional. Assim, transtornos de personalidade seriam mais bem

conceituados como variáveis mal-adaptadas ou amplificações de traços comuns de personalidade (Skodol et al., 2002; Svrakic et al., 2002). Desta forma, haveria um continuum entre o normal e o patológico. A vantagem do modelo dimensional é a possibilidade de se estabelecer perfis flexíveis que permitam um olhar preciso para a complexidade de casos reais.

Uma das formas de avaliação dimensional foi proposta por Cloninger e colaboradores entre as décadas de 80 e 90, com base em informações provenientes de estudos genéticos, filogenéticos e neurobiológicos a respeito da organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais (Cloninger, 1986).

Inicialmente, na década de 80, o grupo descreve, como formadores da personalidade, três características de temperamento baseadas na resposta ao estímulo: busca por novidades (“novelty seeking”), esquiva a danos (“harm avoidance”) e dependência de gratificação (“reward dependence”). Estas características estariam envolvidas com dispositivos neurobiológicos associados às emoções primárias e às reações do indivíduo. São hereditárias e relacionadas com neurotransmissores específicos, sendo relativamente estáveis ao longo da vida.

A busca por novidades (BN) é descrita como uma tendência hereditária a intensa excitação em resposta a um estímulo novo ou pistas para um estímulo potencialmente gratificante. Este traço leva o indivíduo a frequente atividade exploratória em busca de prazer e à evitação ativa de monotonia e potencial punição.

A esquia ao dano (ED) é a resposta a sinais de estímulo aversivo. É o comportamento aprendido para evitar punição, frustração ou novidade não gratificante.

A dependência de gratificação (DG) é a tendência a responder intensamente por estímulos de recompensa, como sinais verbais de aprovação social, sentimento e socorro. Também é a manutenção ou tentativa de não extinguir um comportamento que no passado foi reconhecido e gratificado (Cloninger, 1987).

Estas três dimensões interagem entre si: em resposta a um novo estímulo, a BN tende a reforçar o comportamento exploratório, enquanto a ED tende a extingui-lo. Em resposta à frustração, a DG predispõe a continuar a busca por recompensa, enquanto a ED predispõe a frear este comportamento. A DG tende a manter um comportamento familiar que previamente foi recompensado, ao passo que a BN impulsiona a tentar uma nova atividade que possa ser gratificante.

Indivíduos que têm a BN mais alta que a média são impulsivos, exploradores, inconstantes, excitáveis, lábeis, extravagantes, desorganizados. São pessoas que rapidamente se engajam em novas experiências e atividades, mas tendem a negligenciar detalhes e facilmente se distraem ou se entediam. Aqueles com BN baixa costumam ser pouco engajados em novos interesses, preocupam-se e atêm-se a detalhes, pensam cautelosamente antes de tomar decisões. São reflexivos, rígidos, leais, estoicos, organizados.

Pessoas com alta ED são cautelosas, tensas, apreensivas, medrosas, inibidas, tímidas, preocupadas. Já aquelas com baixa ED são confiantes, relaxadas, otimistas, despreocupadas, desinibidas, enérgicas.

Aqueles que apresentam alta DG são ansiosos por ajudar e agradar os outros, persistentes, calorosos, sentimentais e sensíveis a pistas sociais, mas capazes de atrasar gratificações com a expectativa de, eventualmente, serem recompensados. Em contrapartida, aqueles com baixa DG costumam responder melhor a gratificações práticas e materiais, como dinheiro, e são insensíveis a estímulos sociais, além de persistir em comportamentos em busca de gratificação, mesmo com desaprovação social (Cloninger, 1987).

Seguindo esta linha de pesquisa, observou-se que havia um item, inicialmente parte da DG, que apresentava características genéticas independentes: a persistência (P), que diz respeito a perseverar, apesar de frustrações e fadiga (Cloninger et al, 1993). Desta forma, criou-se um quarto item a fazer parte do temperamento. Além disso, viu-se que as quatro características de temperamento por si só não diferenciavam os indivíduos com e sem transtorno de personalidade e propôs-se que a personalidade se formava a partir de traços de temperamento (BN, DG, ED, P) combinados a traços de caráter.

O desenvolvimento do caráter se dá a partir da reorganização de conceitos individuais construídos através do aprendizado inconsciente ou introspectivo. Este aprendizado diz respeito às memórias aprendidas e conduzidas através da percepção. Refere-se assim a processos cognitivos superiores como lógica, construção formal, interpretação simbólica e alguns

aspectos da memória (memória seletiva). A função primordial do caráter seria otimizar a adaptação do temperamento ao ambiente. Além disso, o caráter tem a característica de mudar ao longo da vida através de modificações da significância e saliência de estímulos percebidos, para melhor adaptar-se ao meio. Estes traços se relacionam com diferentes conceitos de self como quem e o que nós somos e por que estamos aqui (Cloninger et al, 1993, Svrakic et al, 2002).

O caráter se divide em três traços: autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência.

O autodirecionamento (AD) é a capacidade de solução de conflitos internos e percepção de si como um indivíduo autônomo. Agrupa traços associados à responsabilidade, determinação, desenvoltura, autoaceitação e autodisciplina. Seus conceitos básicos são: autodeterminação e força de vontade. Diz respeito à habilidade de controlar, regular e adaptar comportamentos para situações de acordo com objetivos e valores particulares. Auxilia na resolução de problemas. É o principal traço que determina se um indivíduo tem, ou não, transtorno de personalidade. É o que faz o indivíduo sentir-se responsável pelo que é e o que faz em sua vida (Cloninger et al, 1993, Svrakic et al, 1993).

A cooperatividade (C) é a capacidade de ser empático e conciliar diferentes disposições em um grupo de indivíduos. Possibilita reconhecer e aceitar a diferença do outro. Agrupa traços como tolerância, empatia, compaixão e generosidade. É a aceitabilidade. Seu oposto seria a agressividade e a hostilidade do indivíduo autocentrado. Todos os transtornos

de personalidade associam-se à baixa cooperatividade (Cloninger et al, 1993, Svrakic et al, 1993).

O terceiro e último item do caráter é a autotranscendência (AT). Corresponde à visão de si mesmo como parte integrante de uma realidade ampliada não alcançada pela apreensão sensorial - sensação de que fazemos parte de um todo maior. Agrupa elementos como altruísmo, comunhão cósmica e espiritualidade (Cloninger et al, 1993).

Em resumo, as características de caráter dizem respeito à qualidade das relações do indivíduo em três níveis: consigo mesmo (autodirecionamento), com o outro (cooperatividade) e com a realidade ampliada do universo (autotranscendência).

Assim, indivíduos com transtorno de personalidade devem ter traços de temperamento muito fortes que, aliados a fatores externos, formam um caráter mal-adaptativo e desenvolvem tal transtorno. Se um indivíduo apresenta um temperamento que tem traços fortes de um ou mais itens, mas tem um caráter bem-adaptado, normalmente não tem transtorno de personalidade. Mas quando ele tem características disfuncionais de temperamento combinadas com AD e C baixas, a chance de preencher critérios para um transtorno de personalidade é grande.

Dentre os transtornos de personalidade, há uma associação entre traços de temperamento e os clusters do DSM: cluster A associa-se a baixa DG, cluster B associa-se a alta BN e cluster C a alta ED (Svrakic et al, 1993).

A fim de aproximar as formas de avaliação categorial de dimensional, o DSM-5 (APA, 2013) incluiu algumas mudanças na avaliação diagnóstica dos

transtornos de personalidade. Assim, qualquer transtorno de personalidade deve afetar pelo menos duas áreas da vida do indivíduo como: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulso. Porém, este método ainda está longe de abranger as características multifacetadas da personalidade propostas pelas avaliações dimensionais.

1.8. Avaliação Dimensional de Personalidade entre usuários de Cocaína

A relação entre traços de personalidade e uso de drogas pode ser avaliada sobre diferentes ângulos. Há, por exemplo, uma associação bem estabelecida e estudada entre características de personalidade e maior exposição à experimentação de substâncias. Dentre os principais fatores considerados como precedentes para a adicção, estão impulsividade e busca por sensações (Caselles et al, 2010; Alemany, 2008). Além disso, há indícios de que estes mesmos fatores possam estar envolvidos na manutenção do uso e na dependência da droga. A busca por sensações, em modelos animais, demonstrou associação ao sistema adrenérgico: há evidências de que o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal é mais reativo quando há maior busca por novidades, causando assim, uma maior resposta ao estresse (Alemany, 2008).

Outro fator que pode ser avaliado é como aspectos da personalidade contribuem para maior gravidade da dependência (Alemany, 2008) ou mesmo como influenciam na escolha da droga, por exemplo, estimulantes versus depressoras (Hopwood et al, 2001; Spotts and Shontz, 1986).

A personalidade pode também estar envolvida com fatores relacionados à resposta ao tratamento e ao prognóstico da dependência. Sabe-se que traços disfuncionais de personalidade estão associados a comportamento criminal e sexual de risco. A dependência também se associa a estes comportamentos (Hayaki et al, 2006; Lipman, 2001). Além disso, o uso crônico de drogas está vinculado a mudanças no funcionamento cerebral, assim como no comportamento do indivíduo. Características de personalidade se refletem no comportamento.

Ao estudar a associação entre aspectos dimensionais de personalidade e uso de cocaína, uma das grandes dificuldades impostas é o fato de haver inúmeras formas de avaliação dimensional. Isto dificulta a revisão bibliográfica e impede, muitas vezes, comparação entre estudos.

Na mesma linha da presente pesquisa, na tentativa de criar tipologias associadas ao uso de substâncias, Cloninger e Babor dividiram os usuários de álcool em dois tipos: A ou 1 - quadros mais leves, com idade de início mais tardio, menor hereditariedade, menos fatores de risco na infância e menos prejuízo psicossocial; e B ou 2 - mais grave, com início de uso mais jovem, maior hereditariedade, problemas de comportamento na infância e maior busca por sensações, impulsividade e comportamento antissocial. Este modelo foi replicado para dependentes de múltiplas substâncias (opióides, cocaína e álcool). Demonstrou-se que 59% da amostra de usuários apresentava características agrupadas no grupo A, enquanto 41% encontrava-se no grupo B. Além das características já citadas, houve, no grupo A, menor impulsividade e menor esquiva ao sofrimento. O grupo B também apresentou sintomas

psiquiátricos mais graves, pior socialização, além de maior associação a transtornos de personalidade (principalmente cluster B e exceto transtorno de personalidade esquizoide). Aqueles que tinham cocaína como principal droga de escolha representavam 35% da amostra (Ball et al, 1995; Ball et al, 1998).

Em estudo com 100 homens dependentes de cocaína em que se avaliou a personalidade através do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, dividiu-se a amostra em três tipos: Tipo 1 (n= 59), com perfil significativo MMPI compatível com uso de cocaína com automedicação para sintomas depressivos; tipo 2 (n= 37) com médias comparativamente normais, não sugeriu psicopatologia significativa; Tipo 3 (n= 4) com perfil de MMPI sugestivo de graves prejuízos ou perfil inválido (Moss e Werner, 1992).

A associação entre traços ou dimensões de personalidade e dependência de cocaína apresenta inúmeras facetas. Se, por um lado, características específicas de personalidade mostram correlação com risco de experimentação e gravidade da dependência, a associação destas características a fatores prognósticos e de evolução ainda está em aberto.

1.9. Impulsividade

A impulsividade, como traço de personalidade, pode ser definida, de forma abrangente, como agir de forma rápida, sem adequado planejamento a estímulos internos ou externos e sem a consideração das consequências do ato (Loree et al, 2014, Moeller et al, 2001). Por esta definição, a impulsividade contribui para a tomada de decisões, sendo útil e vantajosa em situações que

exigem rapidez de ação e muitas vezes protege a vida do indivíduo em situações de perigo iminente (Mitchell, 2014). Porém, em altos níveis, normalmente é traço mal-adaptativo resultando em consequências negativas, como agir sem pensar ou de forma agressiva.

A impulsividade é um construto multidimensional que pode ser dividido, de forma didática, em pelo menos três formas distintas: traço de impulsividade, ação impulsiva e escolha impulsiva (Moeller et al, 2001, Evenden, 1999).

Outra forma de avaliar a impulsividade é dividi-la em funcional e disfuncional. Define-se como impulsividade funcional (IF) a tendência a tomar decisões de forma rápida quando a situação implica benefício pessoal. Assim, esta envolve risco calculado. Já a impulsividade disfuncional (ID) seria a tendência a tomar decisões irreflexivas, rápidas e sem precisão com consequências negativas ao sujeito. A IF se relaciona a traços de personalidade como busca de sensações e aventuras, desinibição e excitabilidade exploratória, enquanto a ID se associa à falta de premeditação, ausência de deliberação e de reflexão, busca por diversão, extravagância e desordem (Dickman, 1990). Ambas se associam à extraversão e estão vinculadas a predisposição a conduta aditiva, à exacerbação do consumo e ao aumento da vulnerabilidade ao consumo de substâncias (Pedrero Perez, 2009).

Como construto, a impulsividade pode ser observada de diversas formas, como em modelos animais. Em humanos, é medida principalmente por escalas de autopreenchimento ou mesmo observada do ponto de vista clínico.

Do ponto de vista biológico, pode ser caracterizada como: diminuição da sensibilidade a consequências negativas de comportamento, reações rápidas e não planejadas a estímulos antes que a informação seja processada, falta de consideração às consequências de longo prazo. Do ponto de vista social, é comportamento aprendido - inicialmente no ambiente familiar, onde a criança aprende a reagir imediatamente para obter o que é desejado como gratificação (L'Abate, 1993). Esta estrutura conceitual inclui o fato de o indivíduo impulsivo não medir as consequências de seus atos, para ele ou para outros. Desta forma, assim como o construto dimensional de personalidade, a impulsividade também carrega facetas biológicas que podem ser reforçadas pelo meio, resultando em estrutura de comportamento mais ou menos impulsivas, com características funcionais ou não.

A impulsividade está presente em inúmeros diagnósticos psiquiátricos como: transtornos de personalidade (antissocial, borderline), quadros maniformes, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção, transtornos de conduta, transtornos por uso de substâncias, transtornos mentais orgânicos, quadros neurológicos, entre outros (Mitchell and Potenza, 2014, Moeller et al, 2001).

1.10. Impulsividade entre usuários de Cocaína

É bem documentado na literatura como a impulsividade se associa ao uso de substâncias (Patton et al, 1995, Allen et al, 1998). A adolescência, fase em que os indivíduos são mais impulsivos devido à imaturidade do Sistema

Nervoso Central, é a fase de maior risco para experimentação de drogas (Mitchel and Potenza, 2014).

A impulsividade é fator importante no que concerne a risco de dependência e gravidade. Sua associação ao circuito de recompensa e de controle inibitório determinam o comportamento adicto e antissocial presente nestes quadros. Além disso, a relação que se estabelece entre estresse e impulsividade contribui para o comportamento disfuncional e intempestivo entre os dependentes, além de ser fator de risco para outros transtornos psiquiátricos (depressão, transtorno sexual e transtorno de estresse pós-traumático). Vale notar que entre os usuários de drogas há aumento principalmente de impulsividade disfuncional, o que prejudica o prognóstico. Em contrapartida, a impulsividade funcional entre usuários apresenta taxas semelhantes aos controles, podendo ser aliada ao tratamento - quando se estimula, por exemplo, criatividade, busca por aventuras e excitabilidade exploratória nos pacientes (Pedrero Perez, 2009).

A impulsividade pode influenciar a experimentação e a evolução do uso. Acresce-se ao fato que o uso crônico aumenta a impulsividade nos usuários devido às alterações funcionais causadas (Hopwood et al, 2011, Adinoff et al., 2007; de Wit, 2009).

Estudos que avaliam como a impulsividade influencia no tratamento de usuários de substâncias ainda são controversos (Moeller et al, 2001, Winhusen et al, 2013). Há correlação entre pontuação inicial alta na escala de impulsividade de Barratt e aumento de abandono de tratamento entre usuários

de cocaína, porém não há correlação com positividade em teste toxicológico (Moeller et al, 2001, Patkar et al, 2004).

1.11. Transtorno por uso de Cocaína

O indivíduo com transtorno por uso de substâncias exibe um padrão de uso mal-adaptativo em que existam necessariamente a perda do controle sobre o consumo e a manutenção do uso ao longo do tempo (apesar das consequências negativas para o usuário).

De acordo com a OMS, síndrome de dependência é o conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de consumir a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente - apesar das suas consequências nefastas, a maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência (OMS, 1993).

A American Psychiatric Association, até 2012, no Manual Estatístico e Diagnóstico IV-TR, definia a dependência como um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por **três** (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

(3) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

(5) muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão seja induzida por ela; ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que sua úlcera tenha piorado devido ao consumo do álcool) (APA, 2000).

Em 2013, a quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais modificou a classificação diagnóstica dos transtornos por uso de substâncias. Assim, a divisão anterior entre dependência e abuso de substância foi abolida, mantendo-se apenas o termo “transtorno por uso de substância” (TUS) (APA, 2013).

Desta forma, a definição atual de TUS é: um padrão de uso que cause sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo manifestado por **dois** (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- (1) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
- (2) Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância
- (3) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos
- (4) Fissura, grande necessidade ou desejo de usar a substância
- (5) O uso recorrente da substância resulta em falha no cumprimento da maioria das obrigações como trabalho, escola, ou atividades domésticas
- (6) Manutenção do uso apesar de persistentes ou recorrentes problemas sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelo uso da substância
- (7) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância
- (8) Uso recorrente da substância mesmo com prejuízos físicos

(9) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

(10) Tolerância

(11) Abstinência

Após o diagnóstico, deve-se classificá-lo entre: leve (presença de 2 ou 3 sintomas), moderado (presença de 4 ou 5 sintomas) e grave (presença de 6 ou mais sintomas) (APA, 2013).

Com esta forma classificatória, evidencia-se que:

1. O diagnóstico tornou-se mais amplo
2. Aspectos sociais foram levados mais em conta
3. Aspectos biológicos não são mais considerados centrais (como tolerância e abstinência)
4. A fissura tornou-se um dos critérios, antes inexistente

Por ser uma substância com alto poder de liberação de dopamina no circuito de recompensa, a cocaína é uma substância bastante adictogênica e que, normalmente, acarreta prejuízos graves a seus usuários.

1.12. A Fissura

A fissura é um fenômeno subjetivo considerado fundamental na caracterização médica e psicológica dos pacientes usuários de substâncias. Embora comumente relatada por pacientes com vários tipos de abuso de substâncias, é um sintoma clínico pouco documentado e nem sempre adequadamente descrito. Isso porque a fissura, assim como a dor, é totalmente

subjetiva e dependente de fatores intrínsecos ao indivíduo, como a percepção subjetiva do fenômeno.

A fissura assume particular importância em determinadas síndromes de abuso de drogas: abuso de cocaína, abuso de psicoestimulantes e uso de nicotina. A compulsão descrita por pacientes usuários destas substâncias específicas atinge um nível de perda de controle que não é comumente visto em pacientes que abusam de álcool, sedativos hipnóticos e benzodiazepínicos. A sensação de ânsia por cocaína, em particular, pode ser tão intensa e intrusiva que perturba a concentração, interfere no desempenho, é extremamente desconfortável e controla as ações subsequentes do sujeito. Em suma, o desejo é uma vontade irresistível de usar uma substância que obriga o comportamento de busca pela droga (Halikas et al, 1991).

1.13. Tratamento dos Transtornos por uso de Cocaína

Os dois principais desafios no tratamento do transtorno por uso de cocaína incluem a adesão ao tratamento e a recaída (O'Brien, 2005). As taxas de conclusão do tratamento em ensaios clínicos são de 50% ou menos (Stotts et al, 2007). Os principais desencadeadores de fissura são o estresse psicológico ou fisiológico, a disforia, o tédio, as pistas sociais e ambientais e a própria presença da droga (DeVries et al, 2001, Halikas et al, 1991). De fato, a fissura pode ser responsável, em parte, pelas recaídas frequentes, típicas da dependência da cocaína. Assim, a diminuição deste sintoma pode ser um dos objetivos do tratamento e sua medida pode ser útil no acompanhamento terapêutico (Weiss et al, 2003). Além disso, a cocaína afeta diretamente o

funcionamento neurológico do usuário, alterando funções principalmente de áreas dopaminérgicas do sistema de recompensa, córtex pré-frontal e sistema de memória. Isso cria uma resposta condicionada ao uso e ao prazer proporcionado pela substância - padrão bastante difícil de ser quebrado (Filmore and Rush, 2002, Kilts et al, 2001).

Há pouquíssimos tratamentos disponíveis para o uso de cocaína e os problemas por ele acarretados. Não há nenhuma medicação aprovada nos Estados Unidos ou no Brasil para o tratamento específico do transtorno por uso de cocaína, apesar de alguns estudos mostrarem bons resultados do uso de medicações como topiramato, modafinil, dissulfiram, entre outros. (Penberthy et al, 2010, Kampman, 2010).

Em contrapartida, as intervenções psicoterápicas e, principalmente, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) têm eficácia comprovada no tratamento por uso de cocaína em diversos estudos (Maude-Griffin et al, 1998, Crits-Cristoph et al, 1999, Sanches et al, 2011).

A terapia cognitivo-comportamental foca em processos específicos de aprendizado e ensina aos usuários novas habilidades para lidar com situações de alto risco no esforço de alcançar a abstinência. Este método de tratamento é orientado em objetivos, além de ser flexível e individualizado conforme as necessidades de cada paciente, de acordo com uma programação. Ao observar o uso da cocaína no passado, presente e futuro, assim como os hábitos e gatilhos, paciente e terapeuta formulam estratégias efetivas e planos emergenciais para mediar o impacto das situações de estresse associadas à cocaína na busca da abstinência. Os gatilhos devem ser reconhecidos e identificados e, normalmente, podem ser internos (como emoções ou

sentimentos, frustrações, etc.) ou externos (como as pistas ambientais: objetos usados para o uso, dinheiro, locais, pessoas, etc.) (Halikas et al, 1991). Ao longo das semanas de tratamento, além do trabalho de adesão, técnicas específicas são usadas para que a abstinência seja alcançada e mantida. Estas técnicas incluem desenvolvimento de habilidades para: solução de problemas, tomada de decisões, melhora de habilidades sociais e desenvolvimento de formas de gerenciar situações para suportar a recusa do uso e lidar com a fissura (Carroll, 1998, Carroll 2001, Carroll et al, 2004).

2. JUSTIFICATIVA

A comorbidade entre Síndrome de Dependência de Cocaína, nas suas variadas formas de administração, e Transtornos de Personalidade, especialmente aqueles incluídos no chamado Cluster B, é bastante relatada na literatura internacional. Entretanto, a literatura em relação a como traços de temperamento e caráter, impulsividade, fissura e vias de administração podem contribuir na resposta ao tratamento entre estes grupos é escassa. Estas informações são importantes para a individualização das formas de abordagens terapêuticas e psicossociais.

Quanto à fissura, apesar de bem estudada, ainda há questões a serem respondidas, principalmente em relação a como características individuais de personalidade podem influenciar neste sintoma.

Além disso, apesar de haver vasta literatura sobre fatores de risco e de proteção para esta população, estudos que agrupam sintomas a fim de traçar perfis relacionados a melhor resposta ao tratamento são raros.

Agrupar características individuais e sociodemográficas em vez de avaliá-las separadamente pode contribuir para a criação de tipologias mais próximas à população real e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de novas técnicas de tratamento.

Estes dados são de suma importância para que, futuramente, possamos individualizar as propostas terapêuticas e prever, em parte, a resposta do

indivíduo ao tratamento, além de facilitarem a escolha terapêutica mais adequada.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Gerais

- Analisar, de forma descritiva, a amostra estudada
- Descrever o padrão de consumo da cocaína entre os três grupos
- Avaliar características da fissura na amostra estudada
- Propor a criação de uma classificação tipológica para os sujeitos estudados
- Avaliar a adesão ao tratamento

3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar características sociodemográficas da amostra em termos de:
 - A) Idade;
 - B) Escolaridade;
 - C) Estado Civil;
 - D) Situação Empregatória.
- Descrever o padrão de uso de substâncias no grupo estudado e observar os impactos na vida dos sujeitos em termos de situação empregatória, relações sociais, familiares e saúde

- Avaliar a fissura em termos de intensidade, frequência e duração, e associar este sintoma a características de personalidade e impulsividade
- Avaliar características sociodemográficas e individuais, e tentar agrupá-las a fim de propor uma tipologia que se associe a maior sucesso terapêutico
- Avaliar a adesão ao tratamento e sua associação a variáveis independentes

3.3. Hipóteses Experimentais

- Usuários de diferentes formas de cocaína diferem em dados sociodemográficos
- Usuários de diferentes formas de cocaína diferem em relação ao padrão de consumo da droga e aos impactos causados pelo uso
- A fissura pode estar associada a características de personalidade como BN, ED e impulsividade
- Características sociodemográficas e de personalidade podem ser agrupadas a fim de determinar a gravidade do quadro e a resposta ao tratamento
- A adesão ao tratamento pode estar associada a outras variáveis de forma independente

4. MÉTODOS

4.1. GREA

Sediado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o GREA, Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas, desenvolve trabalhos nas áreas de pesquisa, ensino, assistência e prevenção do uso de drogas desde 1981.

Seu método se caracteriza por uma abordagem multidisciplinar com equipe formada por psiquiatras, psicólogos, enfermagem, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

O grupo é considerado hoje pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD - como Centro de Excelência para Tratamento e Prevenção de drogas.

O GREA tem a missão de fornecer soluções viáveis para problemas de saúde relacionados ao uso indevido de drogas para: usuários e familiares, comunidade acadêmica, instituições governamentais e de ensino, empresas e demais interessados na área, atendendo suas necessidades e excedendo suas expectativas através do desenvolvimento de pesquisas, de oferta de informações, cursos, programas de prevenção, tratamento e consultoria, para ser o Centro de Referência no Brasil em distúrbios de saúde por uso indevido de álcool e drogas.

4.2. Projeto de Pesquisa

O presente projeto foi desenvolvido pelo Grupo Interdisciplinar de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria.

Trata-se de projeto de pesquisa com características de estudo prospectivo baseado na coleta de informações por meio de questionários e inventários padronizados, assim como de avaliação e seguimento clínico em amostra conveniente.

O projeto avaliou 100 pacientes dependentes de cocaína, em suas diferentes formas, que procuram por tratamento neste serviço. Inicialmente, os pacientes entravam em contato por telefone com a secretária do serviço e uma triagem era agendada. Foram selecionados pacientes dependentes somente de cocaína em suas duas formas de uso (inalada e/ou fumada); outras dependências foram excluídas (exceto a dependência de nicotina). Assim, evitou-se a inclusão de pacientes dependentes de outras substâncias, o que funcionaria como variáveis de confusão na análise dos dados do presente projeto. Na triagem, utilizou-se o Mini International Neuropsychiatric Interview para avaliar diagnósticos psiquiátricos que seriam excludentes para a entrada do paciente no projeto. Cerca de metade dos pacientes que passaram pelas triagens não entraram no projeto por não preencherem os critérios de inclusão ou exclusão, ou por não aceitarem o tratamento proposto.

Para calcular o tamanho da amostra, normalmente se usa a prevalência do que se quer estudar na amostra definida (por exemplo, prevalência de transtorno de personalidade em dependentes de cocaína). Porém, neste caso,

como se usou o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) e este não define transtorno de personalidade, e sim aponta traços de temperamento e caráter, não se tem prevalência definida nos dependentes com maiores ou menores escores de determinados traços de temperamento e caráter. Além disso, o instrumento ITC não define pontos de corte. Por este motivo, o tamanho desta amostra foi baseado em trabalhos previamente publicados que usaram este tipo de instrumento em uma amostra de dependentes de substâncias (Lopes Duran e Becona Iglesias, 2006; Gossop et al., 2006; Chakroun et al., 2004; Roll et al., 2004; Gunnarsdottir et al, 2000; Fieldman et al, 1995; Gerder et al, 2002).

As entrevistas foram realizadas pela autora do projeto e supervisionadas por seu orientador no ambulatório do GREA.

Os pacientes selecionados para o projeto foram entrevistados e seus consentimentos foram solicitados por escrito, conforme as normas de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (Anexo I). Todos os pacientes foram certificados de que as informações obtidas tinham caráter estritamente científico e confidencial. Também foram informados de que a participação, além de voluntária, não lhes traria quaisquer prejuízos no tratamento quando comparados a outros pacientes. Todos os pacientes foram submetidos aos instrumentos de entrevista, descritos a seguir, no início do tratamento. Após avaliação inicial, iniciou-se o tratamento com base na abordagem psicoeducacional. Em todas as fases de tratamento, o médico teve uma atitude firme, porém, mantendo certa flexibilidade e empatia em sua abordagem (Washton, 1991).

A estrutura de tratamento, elaborada no projeto de pesquisa, foi usada como modelo de atendimento para todos os pacientes incluídos no projeto.

Estrutura do tratamento:

- Assistência clínico-ambulatorial em período pré-determinado de 12 semanas, em que cada paciente teve 8 (oito) consultas agendadas.

- O tratamento foi realizado em fases distintas a partir do ingresso do paciente ao programa. A primeira fase, PROMOÇÃO DE ABSTINÊNCIA, iniciou-se pela primeira consulta do paciente. Se o paciente alcançou os objetivos de abstinência propostos (mínimo de quatro semanas consecutivas de completa abstinência), a FASE DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS iniciava. Se o paciente, após a fase inicial, não obteve a abstinência completa durante as quatro semanas, ele iniciava a FASE DE ABSTINÊNCIA COMPLICADA, com os mesmos objetivos da fase inicial.

- Os pacientes foram submetidos aos exames clínico-laboratoriais que se fizeram necessários de acordo com a avaliação e indicação clínica.

No primeiro mês, o paciente foi submetido a consultas semanais; no segundo e terceiro, as consultas foram quinzenais. Após o término do projeto de pesquisa, os pacientes foram seguidos no ambulatório do GREa por mais 3 meses e encaminhados para serviços indicados pelo médico responsável pelo paciente (psicoterapia, orientação assistencial, grupos de mútua ajuda, centros de saúde e outros serviços de assistência ao dependente com seguimento prolongado). Em qualquer momento do seguimento, caso o paciente tenha apresentado sintomas graves que necessitassem de intervenção

medicamentosa ou internação, ele recebeu os cuidados necessários e a quebra de protocolo foi determinada.

FASE DE PROMOÇÃO DE ABSTINÊNCIA

É a fase inicial do programa assistencial com duração de um mês.

As orientações seguidas nesta fase foram:

- ⇒ Promoção inicial da abstinência em ambulatório;
- ⇒ Interrupção imediata do consumo de substâncias psicoativas;
- ⇒ Interrupção imediata dos contatos com traficantes e usuários (“colegas de uso”);
- ⇒ Orientações sobre sintomas da síndrome de abstinência;
- ⇒ Estabilização do comportamento diário;
- ⇒ Estabelecimento de rotina inicial;
- ⇒ Início do processo de resolução de crises (crônicas);
- ⇒ Estabelecimento de contato positivo paciente-médico-programa de tratamento;
- ⇒ Formulação e apresentação de propostas terapêuticas individualizadas;
- ⇒ Orientação em aspectos psicoeducacionais sobre a Síndrome de Dependência e sobre as substâncias;
- ⇒ Auxílio ao paciente no reconhecimento da própria dependência e suas características;

⇒ Recrutamento de um sistema mínimo de suporte ao indivíduo;

⇒ Tentativa de manter a abstinência por 4 (quatro) semanas;

⇒ Orientação ao paciente para fazer um diário comportamental, anotando os dias de abstinência, momentos de fissura, recaídas e meios usados para evitá-las. Esse diário era discutido com o paciente em todas as consultas (semanais no primeiro mês e quinzenais no segundo e terceiro mês). A intenção era que o paciente reconhecesse sua doença e as dificuldades impostas por ela.

Nesta fase inicial, o paciente foi extensivamente avaliado com propósito terapêutico e de pesquisa sobre o tratamento empregado:

- Avaliação clínica – avaliação clínica inicial, repetida em todas as consultas de seguimento;
- Avaliação psiquiátrica inicial;
- Avaliação clínica da dependência;
- Critérios diagnósticos do CID-10 para Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas.

SEGUNDA FASE:

FASE DA ABSTINÊNCIA COMPLICADA

A fase da abstinência complicada iniciou-se a partir do segundo mês do programa, quando o paciente não obteve êxito na abstinência das 4 (quatro) semanas prévias. Nessas consultas, foram revisados os aspectos focalizados na fase inicial, mantendo-se o mesmo objetivo: 4 (quatro) semanas consecutivas de abstinência. Entre as medidas desta fase, encontram-se:

- Incentivo à realização do “Diário Comportamental”;
- Questionário sobre atitudes em relação às recaídas.

Quando o paciente alcançava a abstinência prolongada (4 semanas), imediatamente iniciava-se a FASE DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS. Caso até o final do seguimento o paciente não tivesse tido êxito, ao completar-se o programa, era considerada falha terapêutica.

FASE DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS E RECUPERAÇÃO AVANÇADA

Esta fase ocupou as últimas 4 a 8 semanas do tratamento (dependendo do tempo gasto na promoção da abstinência). A fase de prevenção de recaídas teve direcionamento pouco diferente das anteriores para incluir, além da abstinência, mudanças mais estáveis no estilo de vida que protegessem o paciente de novas recaídas.

As diretrizes desta fase terapêutica foram:

- Auxílio ao paciente na evolução da aceitação da própria dependência para aceitação global da Síndrome de Dependência;

- Aspectos psicoeducacionais relacionados ao processo de recaídas.

Deteção de “sinas de alerta” e fatores de risco para as recaídas.

Desenvolvimento, juntamente com o paciente, de métodos comportamentais eficazes para enfrentar situações de risco e evitar recaídas;

- Mudanças duradouras no estilo de vida;

- Desenvolvimento eficaz para lidar com problemas, e ajustamento ao meio ambiente do paciente;

- Auxílio no desenvolvimento de meios de diversão e prazer sem o consumo de drogas;

- Orientação no aprendizado de como identificar e lidar com sentimentos negativos;

- Estímulo no desenvolvimento de meios eficazes de autoajuda;

- Manutenção do maior período possível de abstinência.

Nesta fase, foram ainda utilizadas as seguintes intervenções de RECUPERAÇÃO AVANÇADA:

- Tentativa de alcançar alterações duradouras no estilo de vida, atitudes e comportamentos;

- Busca de maturidade psicológica;

- Solidificação de estratégias e capacidade de resolução de problemas, e interação interpessoal;

- Evolução em autoconfiança e em estabelecimento de relacionamentos longos.

Ao final de cada mês de tratamento, o paciente respondeu novamente à escala de fissura e, ao final do terceiro mês, foi submetido a nova aplicação da ASI, da ESA-Drogas, além da escala de fissura.

4.3. Instrumentos e Procedimentos

Os instrumentos e procedimentos foram aplicados em quatro tempos:

1. No início do tratamento, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, quando todos os instrumentos foram aplicados;
2. Ao final do primeiro mês, quando a escala de fissura foi aplicada;

3. Ao final do segundo mês, quando a escala de fissura foi aplicada;
4. Ao final do terceiro mês, quando, além da escala de fissura, também a Escala de Seguimento de Alcoolistas versão para drogas (ESA-Drogas) foi aplicada.

Os inventários:

- Protocolo Comum (dados sociodemográficos) (Anexo II)

O protocolo comum disponibiliza questões sobre os dados sociodemográficos dos entrevistados, inclusive que envolvem a história pessoal e familiar do consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, além do comportamento sexual. Neste questionário, são formuladas questões específicas para o grupo estudado de acordo com os objetivos deste trabalho, tais como o consumo de álcool e outras drogas, além da cocaína. Este protocolo foi utilizado em outros trabalhos realizados no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Baltieri, 2006) e adaptado ao presente projeto.

- Addiction Severity Index (ASI) (Anexo III)

A ASI foi desenvolvida originalmente em 1979, na Pensilvânia, para ser aplicada em adultos com queixas em relação ao uso de drogas, preferencialmente os que procuram tratamento (Castel e Formigoni, 2000;

Kessler e Pechansky, 2006). Trata-se de uma entrevista semiestruturada, com duração de 45 a 60 minutos, que avalia a gravidade de problemas em sete áreas: questões médicas, status ocupacional, aspectos legais, situação sociofamiliar, história psiquiátrica, uso de álcool e uso de outras drogas. Em cada área, questões objetivas estimam o número, a extensão e a duração dos sintomas-problema durante toda a vida do indivíduo e, especificamente, nos 30 dias que antecedem a avaliação (Kessler e Pechansky, 2006). Este instrumento utiliza, para cada uma das áreas mencionadas, uma composição de escores. Quanto às propriedades psicométricas, há avaliações da confiabilidade teste e reteste, split-half e consistência interna, assim como validade de conteúdo, preditiva, concorrente e de construto - realizados em diferentes estudos e populações (Castel e Formigoni, 2000). Um aspecto que diferencia a ASI de outros instrumentos de avaliação é sua abordagem multidimensional, característica fundamental para uma estimativa mais próxima da realidade de cada paciente (Kessler e Pechansky, 2006).

- Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) (Anexo IV)

O ITC é um questionário de autopreenchimento composto por 240 itens do tipo “verdadeiro ou falso” que possibilita o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade e outros transtornos psiquiátricos (Fuentes et al., 2000). Ele avalia quatro dimensões de temperamento (busca por novidade, esquiva de dano, dependência de gratificação e persistência) e três de caráter (autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência) (Svrakic et al., 2002; Fuentes et al., 2000). É um instrumento bastante

estudado em amostras clínicas e não-clínicas entre diferentes grupos culturais e étnicos (Svrakic et al., 2002). É validada no Brasil e dados apontam boa qualidade e confiabilidade da versão em português (Fuentes et al., 2000). Pesquisas pretéritas demonstraram que baixas pontuações nas dimensões de caráter, principalmente autodirecionamento e cooperatividade, associam-se a maior sintomatologia para qualquer transtorno de personalidade, e que os quatro traços de temperamento interagem, formando um perfil único de correlação com cada um dos clusters do DSM e com cada subtipo de transtorno de personalidade (Svrakic et al., 2002). Porém, esta escala não tem a pretensão de fechar diagnóstico para transtornos de personalidade.

- Escala de Fissura de Minesotta (MCCS) (Anexo V)

A “fissura” (*craving*) é um impulso incontrolável que acomete indivíduos dependentes de cocaína e associa-se muitas vezes ao insucesso terapêutico. A escala de fissura de Minesotta, criada em 1991, avalia a intensidade, frequência e duração deste fenômeno bastante subjetivo. A consistência interna desta escala é alta (α de 0.826) (Halikas et al., 1991).

Seu uso permite a avaliação de cada item de fissura separadamente (Halikas et al., 1991). São eles: intensidade da fissura (escala analógica visual), frequência da fissura (número de vezes por dia), duração da fissura (média do tempo de duração por episódio) e comparação com o mês anterior (aumentou, sem alteração, diminuiu).

- Escala de Impulsividade de BARRATT (Anexo VI)

A Escala de Impulsividade de Barratt (BIS – *Barratt Impulsivity Scale*) é um dos questionários de impulsividade de autopreenchimento mais utilizados e tradicionais. Foi inicialmente desenvolvida em 1959 e é baseada em um modelo unidimensional de impulsividade, incluindo-o como parte de grupos maiores de personalidades propensas à extroversão, busca de sensações e falta de controles inibitórios comportamentais. A Escala de Impulsividade de Barratt 11 (BIS-11) é a mais recente versão do teste e foi desenvolvida a fim de determinar os níveis de impulsividade em população clínica e não-clínica. O BIS identifica três componentes de impulsividade, ou seja, o componente ideomotor - definido como “agir sem pensar” (impulsividade motora), o componente sobre atenção - definido como “prestar atenção em detalhes” (efeito cognitivo/ decisões rápidas) e o componente sobre planejamento - definido como “orientação em direção ao futuro” (impulsividade não-planejada / orientação presente). O atual instrumento (BIS-11) em sua versão na língua portuguesa do Brasil (Diemen et al., 2007), consiste em 30 itens. Todos são analisados utilizando-se de uma escala de 4 pontos (1=raramente ou nunca e 4=quase sempre ou sempre). Os escores possíveis variam de 30 a 120. Não há escores padronizados para esta escala, mas estudos prévios verificaram uma média (desvio padrão) de 76,3 (11,9) para apenados, 63,8 (10,2) para estudantes, 69,3 (10,3) para pacientes internados por problemas com álcool e drogas e 71,4 (12,6) para pacientes internados em clínica psiquiátrica geral (Patton et al., 1995). Patton et al. (1995) relataram coeficientes de consistência interna para o escore total da BIS-11 que variam de 0,79 a 0,83 dependendo da população estudada.

- Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (Anexo VII)

Desenvolvida por Fagerström (1978) e readaptada por Heatherton et al. (1991), “*Fagerström Test for Nicotine Dependence*” (FTND) é uma escala de autopreenchimento que consiste em questões referentes ao padrão típico de fumar e classifica a dependência da nicotina em leve, moderada ou grave. Foi validada no Brasil por Carmo & Pueyo (2002). Consta de seis perguntas com várias alternativas de resposta que oscilam entre a pontuação de dois e quatro, segundo o item. A pontuação total corresponde à soma das respostas que o fumante indicou em cada item. Existe uma pontuação, definida de forma clínica, segundo a qual um total de seis ou mais nesta escala indica que o sujeito é muito adicto à nicotina, enquanto uma cifra de cinco ou menos significa que sua adicção é média ou baixa. A consistência interna calculada pelo coeficiente α de Cronbach teve um valor de 0,642. A correlação teste-reteste mostrou um valor de 0,915 (Carmo & Pueyo 2002).

- ESA-Drogas (Anexo VIII)

As ESAs foram elaboradas no Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREa-IPq-HC-FMUSP). A primeira a ser elaborada foi a ESA propriamente dita, isto é, aquela cujo propósito era o seguimento de pacientes alcoolistas em tratamento. Foi elaborada por Andrade, AG e apresentada em tese de doutoramento em 1991 (Andrade, 1991, Castel e Formigoni, 2000).

A partir da ESA, foram elaboradas outras escalas com a mesma forma para serem utilizadas no seguimento de outras populações de pacientes. Dentre essas, a ESA-drogas, para dependentes de outras drogas que não só álcool.

Cada uma dessas formas segue um padrão para avaliar cinco áreas: consumo, situação ocupacional, relação familiar, lazer e saúde.

As ESAs devem ser aplicadas por técnicos treinados e sua utilização leva aproximadamente cinco minutos. Tiveram a confiabilidade entre aplicadores avaliada de maneira sistemática e há dados esparsos de validade de algumas delas (Andrade et al., 1988; Hochgraf, 1995; Castel, 1997; Scivoletto, 1997) - validade preditiva: ESA-drogas (dados preliminares) e validade de construto: ESA, ESA-adolescentes e ESA-mulheres.

Todas avaliam as áreas acima mencionadas no período de trinta dias antecedentes à avaliação. Não há dados de normatização para nenhuma delas, nem taxas para sua utilização (Castel, Formigoni, 2000).

- MINI (anexo IX):

O MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido, de uma a três horas (Amorim, 2000). O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento a despeito de um possível aumento de

falso-positivos. Estudos demonstraram índices de confiabilidade satisfatórios e há a versão em português (Amorim, 2000).

4.4. Critérios de Inclusão

- Homens entre 18 e 60 anos;
- Diagnóstico de Síndrome de Dependência de Cocaína pela CID-10;
- Uso nos últimos 6 meses de somente Cocaína inalada, somente Cocaína na forma de Crack ou ambas;
- Uso referido de cocaína por pelo menos 4 vezes no último mês;
- Uso de cocaína por pelo menos um ano precedendo a entrada no estudo;
- Consentimento na participação da pesquisa.

4.5. Critérios de Exclusão

- Síndrome de Dependência de outras substâncias, exceto nicotina;
- Abuso de outras substâncias estimulantes;
- Sexo Feminino;
- Sintomas psicóticos no momento da entrevista;

- Comorbidades clínicas graves como diabetes descompensado, insuficiência cardíaca, cirrose alcoólica, epilepsia descompensada, etc.;
- Tratamento medicamentoso para dependência de cocaína nos últimos seis meses;
- Uso atual de medicação psicotrópica;
- Incapacidade para dar o consentimento livre e esclarecido;
- Incapacidade de ler e entender os inventários;
- História clínica de retardo mental;
- Pacientes que não aceitam tratamento ambulatorial;
- Pacientes com indicação para internação.

4.6. Fluxograma

4.7. Análise Estatística

Os dados foram processados utilizando-se os programas estatísticos SPSS 20.0, Stata 7.0, Latent Gold 4.5, e G-Power 3.1.

Os grupos foram descritos por suas características sociodemográficas e psicométricas, mediante à média e desvio padrão para variáveis contínuas, e percentuais para variáveis categóricas. Os resultados das escalas utilizadas foram organizados em tabelas e analisados estatisticamente.

Comparação entre dependentes preferenciais de cocaína, crack e ambas (características sociodemográficas, clínicas, gravidade da dependência, traços dimensionais de personalidade e impulsividade)

Para as variáveis qualitativas ou categóricas, foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson ou o exato de Fisher, este último aplicado quando uma das “caselas” continha valor menor do que 5. Para as variáveis contínuas ou quantitativas, o teste ANOVA ou o teste de Kruskal-Wallis foram utilizados. A eleição destes testes obedeceu aos critérios relacionados à utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos.

Técnicas de regressão múltipla (logística) também foram utilizadas objetivando determinar até que ponto certas variáveis independentes conseguem prever o resultado da variável dependente (dependentes de cocaína *versus* crack), após ajustamento para variáveis confundidoras. Utilizou-se o método da Regressão Logística Direta, na qual todas as variáveis dependentes entram na análise simultaneamente, respeitando determinados critérios. Assim sendo, foram consideradas como variáveis independentes para esta análise somente aquelas que mostraram valor de $p < 0.10$ nas análises unifatoriais (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Elaboração de clusters

Classes de sujeitos que compartilham achados psicossociais, aspectos relacionados ao uso de cocaína e impulsividade foram investigados através da

Análise de Classes Latentes (LCA). Variável latente é aquela que não pode ser observada diretamente.

LCA é um método estatístico que gera uma classificação probabilística identificando tipos de sujeitos que compartilham similaridades em determinadas variáveis. Seu objetivo é determinar o número e a composição das classes latentes (variáveis não observáveis) originadas de dados observados (variáveis manifestas). Este método não se baseia em princípios de normalidade e linearidade. Além disso, modelos de classe latente são baseados em probabilidades, de forma contrária às distâncias euclidianas (ou seus quadrados) utilizadas por outras técnicas de agrupamento (como *K-means*). O método gera várias possibilidades de tipos, embora existam critérios objetivos para definir o melhor número de clusters para uma determinada amostra. A quantidade de classes latentes mais adequada é determinada pelo número que, no modelo, contenha menores valores de Critério de Informação Bayesiano (BIC) e de Critério de Informação Aikake (AIC). O BIC é mais parcimonioso por considerar o tamanho da amostra em seu cálculo (Hagenaars e McCutcheon, 2002). Já a entropia, índice que avalia a qualidade da separação das classes e o quanto elas representam os dados (no intuito de indicar se a classificação dos indivíduos nas classes construídas é satisfatória), varia entre 0 (pior situação) e 1 (melhor situação). Um bom tipo é aquele com entropia superior a 0,70, indicando boa acurácia classificatória (Nylund et al, 2007).

A criação da tipologia se baseou em variáveis estáticas e dinâmicas relacionadas à adesão ao tratamento, segundo a literatura científica vigente. Como alguns estudos apontam a importância de certos fatores

sociodemográficos (escolaridade, por exemplo) e de fatores presumivelmente influenciáveis pelo tratamento (impulsividade, por exemplo) na adesão ao tratamento psicossocial de dependentes de cocaína, esta análise incluiu tais variáveis dentro de um modelo de dependência biopsicossocial.

Os indicadores incluídos nas LCA foram: valores médios da BIS-11, anos desde o início do uso da cocaína, história familiar de problemas por uso de cocaína, história pessoal de tratamentos prévios por uso de cocaína e nível educacional.

A partir da criação dos clusters, uma análise comparativa foi realizada entre eles em termos de aspectos dimensionais de personalidade e demais variáveis investigadas neste estudo. Diferenças entre os clusters, como variáveis contínuas, foram determinadas por meio de testes paramétricos e não-paramétricos de acordo com os critérios de Levene. Variáveis categoriais foram comparadas através do teste de qui-quadrado (χ^2) ou do teste de Fisher, seguindo o método de Monte Carlo.

A Análise de Sobrevida (Kaplan Méier) também foi utilizada para avaliar a existência de diferenças significativas entre os diferentes clusters gerados quanto ao tempo de permanência no tratamento.

Análise da Fissura

Como a fissura foi investigada quatro vezes durante o estudo, uma análise de medidas repetidas foi desempenhada para verificar se tipos preferenciais de dependentes (cocaína, crack ou ambas), clusters gerados e

traços dimensionais de personalidade exercem influência sobre a variabilidade da fissura ao longo do tratamento.

Como houve sujeitos que descontinuaram o tratamento, uma análise de verificação do mecanismo de abandono foi utilizada através do teste de Little. É necessário saber se as perdas ocorreram de forma completamente randômica, randômica ou não randômica. Isto significa investigar se existiram variáveis que contribuíram para a descontinuidade do estudo. Quando as perdas foram explicadas por variáveis clínicas, sociodemográficas e psicométricas verificadas através da análise de regressão logística longitudinal com Equações de Estimativas Generalizadas (GEE, *Generalized Estimating Equations*) em uma estrutura autorregressiva, uma análise de imputação múltipla foi realizada. Se assim ocorreu, fatores relacionados à fissura tanto na amostra aderente quanto na amostra imputada foram analisados.

A GEE foi o método escolhido para esta análise por ser mais indicada quando a variável é medida em mais de dois momentos ou quando se deseja comparar dois grupos ao longo do estudo. Este método não exige que a distribuição da amostra seja normal, não há necessidade de imputação de dados faltantes. Além disso, permite avaliar a variação da variável ao longo do tempo (Guimaraes e Hirakata, 2012).

O nível de significância adotado foi de 5%.

4.8. Aspectos Éticos

Antes do início da entrevista, os sujeitos do estudo foram informados sobre os procedimentos a serem realizados, bem como sobre os objetivos da

pesquisa e lhes foi solicitado o consentimento por escrito, de acordo com as normas éticas e regulamentares vigentes da Faculdade de Medicina da USP. Foi informado aos entrevistados que a recusa à participação na pesquisa não acarretaria quaisquer prejuízos no processo terapêutico. Da mesma forma, os pacientes-sujeitos puderam interromper a qualquer momento a participação nesta pesquisa, sem qualquer ônus ao tratamento. Todos os pacientes foram plenamente informados sobre todos os procedimentos desta pesquisa, a fim de que pudessem decidir livremente sobre a sua participação.

Aos participantes, foi oferecida a possibilidade de uma devolutiva do pesquisador no final de cada entrevista, a partir dos resultados obtidos com os questionários e instrumentos utilizados. As entrevistas foram realizadas em sala apropriada, dentro do ambulatório do Instituto de Psiquiatria, sem a presença de terceiros, objetivando a manutenção da confidencialidade.

4.9. Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMUSP e recebeu aprovação para o desenvolvimento do trabalho em 8 de outubro de 2007 conforme carta de aprovação (anexo X).

5. RESULTADOS

5.1. Análise Descritiva da Amostra

A idade média da amostra ($n=100$) foi de 29,89 anos, com desvio padrão de 7,16 anos. Sessenta e cinco por cento da amostra era solteira, viúva ou divorciada, 56% era branca e 40% não havia completado o ensino médio. A média de idade para início do uso de cocaína foi de 18,32 anos ($DP=4,56$) e a média de anos de uso de cocaína foi de 9,53 anos ($DP=6,14$). Trinta e nove por cento dos pacientes já haviam feito tratamento prévio por uso de cocaína. Em relação a familiares com TUC, 57% tinha história positiva (familiares de 1º ou 2º grau). Sessenta e quatro pacientes eram fumantes e 89 referiam uso atual de álcool. Em relação ao padrão de uso de cocaína, a média de uso por semana no último mês foi de 2,38 ($DP=1,74$). A média, em quantidade, medida em gramas foi de 15,42 no último mês ($DP=21,82$). Dados associados à fissura inicial, medidas pela MCCS, demonstram que a média de intensidade da fissura, em uma escala de 0 a 10 foi de 5,80 ($DP=2,63$). A frequência da fissura foi de 3,30 episódios por dia ($DP=1,55$), com duração de 3,39 minutos ($DP=2,16$). Em relação à impulsividade, a média da BIS foi de 69,57 ($DP=9,95$) (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, aspectos relacionados ao uso de cocaína e variáveis psicométricas da amostra

Variáveis	Participantes (n = 100)
Idade, média (DP)	29,89 (7,16)
Idade do primeiro uso da cocaína, média (DP)	18,32 (4,56)
Status conjugal, (%)	
Casado	35
Solteiro	55
Separado / Viúvo	10
Cor, (%)	
Brancos	56
Não Brancos	44
Nível Educacional, (%)	
1 – 8 ano	16
9 – 11 ano	24
≥ 12 anos	60
Tratamento Prévio por uso de cocaína, (%)	39
História Familiar de TUC, (%)	
Familiares de 1º grau	30
Familiares de 2º grau	27
Nenhum	43

Continua

Variáveis	Participantes (n = 100)
Quantidade de cocaína usada em gramas nos últimos 30 dias, média (DP)	15,42 (21,82)
Intensidade da fissura, média (DP) ^a	5,80 (2,63)
Frequência da fissura (vezes / dia), média (DP) ^a	3,30 (1,55)
Duração da fissura em minutos, média (DP) ^a	3,39 (2,16)
Usuários atuais de álcool, (%)	89
Escala ASI, média (DP)	
Droga	57,10 (12,04)
Família / Filhos	69,65 (1,94)
Álcool	48,11 (11,92)
Antecedentes Psiquiátricos	49,73 (8,84)
Antecedentes Médicos	49,52 (7,05)
Antecedentes Legais	56,07 (8,19)
Trabalho	50,89 (6,43)
Suporte Familiar / Social	55,62 (21,17)
Problema Familiar / Social	64,21 (13,75)
Escala ITC, Média (DP)	
Busca por Novidades	21,55 (3,59)
Esquiva ao Dano	16,73 (4,69)
Dependência de Gratificação	12,33 (3,25)

Continua

Variáveis	Participantes (n=100)
Persistência	4,47 (1,59)
Autodirecionamento	22,41 (6,92)
Cooperatividade	27,83 (6,46)
Autotranscendência	19,07 (5,79)
BIS, média (DP)	69,57 (9,95)
Teste de Fagerstrom, média (DP)	3,11 (2,84)
ESA-drogas, média (DP)	20,95 (14,43)

^a Medido com a escala de fissura de Minnesota

DP: desvio padrão

TUC: transtorno por uso de cocaína

ASI: Addiction Severity Index

ITC: inventário de temperamento e caráter

BIS: escala de impulsividade de Barratt

ESA: Escala de Seguimento de Alcoolistas

5.2. Comparação entre usuários de cocaína, crack e ambas

Quarenta e quatro pacientes referiam uso de cocaína inalada, 23 referiam uso de cocaína fumada na forma de crack e 33 usavam ambas as formas. A média de idade do grupo dos usuários de crack foi de 32,35 (DP=6,74) e dos usuários de cocaína foi de 27,95 (DP=7,32), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$). Não foram encontradas diferenças

significativas entre estes três grupos em relação a status conjugal, cor, nível educacional, história pessoal de tratamento para TUC e história familiar de TUC. Em relação à quantidade de droga usada, o grupo dual, ao tempo inicial, utilizou maior quantidade em relação aos usuários de cocaína e mais dias em relação aos usuários de crack, conforme demonstrado na Tabela 2. Em relação à fissura inicial, a intensidade foi maior no grupo dos usuários de cocaína quando comparados aos usuários de crack. A frequência e a duração da fissura não diferiram entre os grupos. Analisando as subescalas da ASI, os grupos não apresentaram diferenças significativas, exceto na subescala de trabalho (usuários de ambas as formas com maior pontuação que usuários de cocaína) e na subescala de problemas familiares/sociais (usuários de ambas as formas com pontuação maior que usuários de crack). Em relação à pontuação na escala de Temperamento e Caráter, só houve diferença significativa na autotranscendência - os usuários de crack tiveram maior pontuação quando comparados aos usuários de cocaína. Uso de álcool, impulsividade e pontuação na ESA-drogas e na Fagerstrom não diferiram entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados ao uso de cocaína e variáveis psicométricas entre dependentes de cocaína (uso em pó, crack e ambos) no início do tratamento

Cor, n (%)					--	
Branços	23 (52,27)	11 (47,83)	22 (66,67)	$\chi^2 = 2,40, 2df$	0,30	
Não Brancos	21 (47,73)	12 (52,17)	11 (33,33)			
Nível Educacional						
1 – 8 ano	6 (13,64)	4 (17,39)	6 (18,18)			
9 – 11 ano	10 (22,73)	5 (21,74)	9 (27,28)	$\chi^2 = 0,93, 4df$	0,94	--
≥ 12 anos	28 (63,63)	14 (60,87)	18 (54,54)			
Tratamento prévio por uso de cocaína, n (%)						
	15 (34,09)	8 (34,78)	16 (48,48)	$\chi^2 = 1,84, 1df$	0,42	--
História familiar de TUC, n (%)						
Familiares de 1 grau	10 (22,73)	6 (26,09)	14 (42,42)			
Familiares de 2 grau	12 (27,27)	7 (30,43)	8 (24,25)	$\chi^2 = 3,90, 4df$	0,43	--
Sem história	22 (50)	10 (43,48)	11 (33,33)			

continua

Usuários atuais de álcool, n (%)	41 (93,18)	18 (78,26)	30 (90,91)	$\chi^2 = 3,29, 2df$	0,24	--
Escala ASI, média(DP)						
Droga	56,81 (12,26)	55,91(12,39)	58,30 (11,77)	F (2,97) = 0,28	0,75	--
Família / Filhos	69,54 (1,77)	69,78 (2,49)	69,69 (1,78)	F (2,97) = 0,12	0,88	--
Álcool	47,91 (12,17)	46,91(12,31)	49,21 (11,59)	F (2,97) = 0,26	0,77	--
Antecedentes						
Psiquiátricos	49,89 (8,90)	52,22 (8,44)	47,79 (8,74)	F (2,97) = 1,74	0,18	--
Antecedentes Médicos	50,02 (5,35)	46,65 (8,21)	50,85 (7,80)	F (2,97) = 2,69	0,07	--
Antecedentes Legais	54,02 (7,01)	57,26 (8,37)	57,97 (9,09)	F (2,97) = 2,59	0,08	--
Trabalho	49,25 (5,27)	50,22 (6,71)	53,54 (6,96)	F (2,97) = 4,69	0,01*	C > A (p = 0,01*)
Suporte Familiar / Social	55,09 (21,54)	53,61(21,87)	57,73 (20,64)	F (2,97) = 0,28	0,76	--
Problema Familiar/Social	63,23 (13,74)	59,48(16,52)	68,82 (10,19)	F (2,97) = 3,50	0,03*	C > B (p = 0,04*)

continua

Escala ITC, Média (DP)						
Busca por Novidades	21,23 (3,67)	21,26 (3,14)	22,18 (3,78)	F (2,97) = 0,76	0,47	--
Esquiva ao Dano	17,16 (4,52)	16,04 (4,38)	16,64 (5,16)	F (2,97) = 0,43	0,65	--
Dependência de						
Gratificação	11,86 (3,04)	12,35 (3,16)	12,94 (3,58)	F (2,97) = 1,03	0,36	--
Persistência	4,77 (1,44)	4,35 (1,67)	4,15 (1,70)	F (2,97) = 1,54	0,22	--
Autodirecionamento	21,54 (6,33)	23,83 (8,08)	22,57 (6,87)	F (2,97) = 0,83	0,44	--
Cooperatividade	26,43 (6,20)	29,48 (7,14)	28,54 (6,09)	F (2,97) = 2,02	0,14	--
Autotranscendência	18,11 (6,51)	21,91 (4,07)	18,36 (5,28)	F (2,97) = 3,82	0,02*	B > A (p = 0,03*)
BIS-11, média(DP)	70,68 (9,04)	69,30(11,10)	68,27 (10,40)	F (2,97) = 0,56	0,57	--
Teste de Fagerstrom,	2,54 (2,68)	3,04 (2,90)	3,94 (2,91)	F (2, 97) =	0,11	--
média(DP)				2,29		
ESA-drogas, média(DP)	24,07 (20,65)	18,30 (2,05)	18,11 (2,26)	$\chi^2 = 1,84, 2df$	0,40 ^b	--

* p < 0,05; ** p < 0.01

^a Medido com a escala de fissura de Minnesota

^b Teste de Kruskal-Wallis

DP: desvio padrão

TUC: transtorno por uso de cocaína

ASI: Addiction Severity Index

ITC: inventário de temperamento e caráter

BIS: escala de impulsividade de Barratt

ESA: Escala de Seguimento de Alcoolista

5.3. Análise Descritiva da subamostra que completou as quatro avaliações

Sessenta e seis pacientes completaram as 4 avaliações do estudo. Dentre este grupo, a média de idade foi de 30,68 anos (DP=7,17), 36% era casado, 62% era branco e 33% não havia completado o ensino médio. A média de idade de início do uso da droga entre eles foi de 20,51 anos (DP=5,79) e a média de anos de uso foi de 10,17 (DP=6,05). Quarenta e um deles (62,12%) eram tabagistas e 57 (86,36%) eram usuários de álcool. Vinte e sete deles (40,91%) referiam uso de cocaína em pó, 17 (25,76%) referiam uso de crack e 22 (33,33%) eram usuários de ambas as formas (Tabela 3).

Tabela 3 - Características basais do grupo que completou as 4 avaliações

Variáveis	Participantes (n=66)
Idade, média (DP)	30,68 (7,17)
Idade do primeiro uso de cocaína, média (DP)	20,51 (5,79)
Status conjugal, n (%)	
Casado	24 (36,36)
Solteiro	36 (54,54)
Separado/viúvo	6 (9,10)
Cor, n (%)	
Brancos	41 (62,12)
Não brancos	25 (37,88)
Nível Educacional	
1º – 8º ano	5 (7,58)
9º – 11º ano	16 (24,24)
≥12º ano	45 (68,18)
Tratamento prévio por uso de cocaína, n (%)	27 (40,91)
História familiar de TUC, n (%)	
Familiares de 1º grau	20 (30,30)
Familiares de 2º grau	21 (31,82)
Sem história	25 (37,88)
Dias por semana de uso de cocaína nos últimos 30 dias, média (DP)	2,72 (1,17)
Quantidade de cocaína usada, em gramas, nos últimos 30 dias, média (DP)	15,97 (22,75)

Continua

Variáveis	Participantes (n=66)
Intensidade da fissura, média (DP)*	5,82 (2,58)
Frequência da fissura (vezes/dia), média (DP)*	6,58 (3,11)
Duração da fissura em minutos, média (DP)*	34,85 (21,36)
Usuários atuais de álcool, n (%)	57 (86,36)
Escala ASI, média (DP)	
Droga	56,33 (12,22)
Família / filhos	69,80 (1,99)
Álcool	47,53 (12,22)
Antecedentes psiquiátricos	50,01 (8,82)
Antecedentes médicos	49,30 (7,50)
Antecedentes legais	55,76 (8,12)
Trabalho	51,29 (6,78)
Suporte familiar / social	54,42 (21,64)
Problema familiar / social	64,17 (13,69)
Escalas da ITC, média (DP)	
Busca por Novidades	21,71 (3,87)
Esquiva ao Dano	16,27 (4,72)
Dependência de Gratificação	12,41 (3,43)
Persistência	4,42 (1,66)
Autodirecionamento	22,35 (7,24)
Cooperatividade	28,01 (6,43)
Autotranscendência	19,20 (6,06)
BIS-11, média (DP)	70,24 (10,46)

* Medida pela escala de fissura de Minnesota

DP: desvio padrão

TUC: transtorno por uso de cocaína

ASI: Addiction Severity Index

ITC: inventário de temperamento e caráter

BIS: escala de impulsividade de Barratt

5.4. Associação entre personalidade e fissura entre o grupo que completou as quatro avaliações

Avaliando-se a amostra dos pacientes que completaram as quatro avaliações (n=66), foram feitas associações entre o temperamento e o caráter e as características da fissura pela droga, descritas abaixo.

5.4.1. Efeitos de Temperamento e Caráter sobre a intensidade da fissura

A análise de Equações de Estimativas Generalizadas demonstrou um efeito significativo da busca por novidades ($\chi^2[3] = 8,99$, $p = 0,03$), da dependência de gratificação ($\chi^2 [3] = 18,32$, $p < 0,01$) e da esquiva ao dano ($\chi^2 [3] = 14,74$, $p < 0,01$) na intensidade da fissura ao longo do tratamento. A inclinação da linha no gráfico de intensidade de fissura-BN foi de 0; 0,13; -0,1 e 0,2 ao início do tratamento, na semana 4, na semana 8 e na semana 12 respectivamente. No gráfico de intensidade da fissura-DG, a inclinação foi de 0; 0,23; -0,91 e 0,36 nos tempos 0, após 4, 8 e 12 semanas do início do tratamento. Finalmente, a inclinação da curva no gráfico de intensidade da

fissura-ED foi de 0,06; 0,08; -0,1 e -0,21 nos mesmos tempos descritos acima. Não houve efeito significativo em outros traços de temperamento e caráter ou de impulsividade na intensidade da fissura durante o tratamento.

Conforme ilustrado na Figura 1, o uso de cocaína durante o tratamento prevê a intensidade da fissura ($\chi^2 [3] = 9,61$, $p = 0,01$), sendo que os indivíduos que usaram a droga tiveram uma média de intensidade da fissura de $5,02 \pm 0,28$, comparados a $3,84 \pm 0,24$ entre aqueles que não usaram. A interação entre BN e uso de cocaína ($\chi^2 [1] = 0,50$, $p = 0,48$), ED e uso de cocaína ($\chi^2 [1] = 0,44$, $p = 0,51$) e DG e uso de cocaína ($\chi^2 [1] = 0,01$, $p = 0,97$) não foram significativas.

A impulsividade não teve interação com a intensidade da fissura, conforme descrito na Tabela 4.

Figura 1: Intensidade da Fissura entre usuários de cocaína em relação ao uso referido da droga

Como ilustrado na Figura 2, a forma de administração teve efeito significativo na intensidade da fissura ($\chi^2 [6] = 16,83, p = 0,01$). Em média, os usuários de ambas as formas (cocaína inalada e crack) tiveram uma intensidade de fissura de $4,81 \pm 0,28$, comparados a $4,07 \pm 0,32$ entre os usuários de cocaína em pó e $3,48 \pm 0,38$ entre os usuários de crack. A comparação de pares revelou que os usuários de ambas as formas têm fissura significativamente maior em comparação aos usuários de crack apenas (diferença média = 1,32 [erro padrão = 0,47], $df = 1, p < 0,01$). Não houve diferença significativa entre os usuários de ambas as formas e os usuários de cocaína apenas (diferença média = 0,74 [erro padrão = 0,43], $df = 1, p = 0,09$) ou entre os usuários de cocaína em pó e crack (diferença média = 0,58 [erro padrão = 0,50], $df = 1, p = 0,24$).

Figura 2: Intensidade da Fissura entre usuários de cocaína em relação à via de administração

A interação entre a via de administração e o uso da droga durante o tratamento não foi significativa (χ^2 [2] = 1,99, $p= 0,37$). Além disso, as interações entre BN e via de administração (χ^2 [2] = 0,89, $p= 0,64$), ED e via de administração (χ^2 [2] = 2,42, $p=0,30$) e DG e via de administração (χ^2 [2] = 0,12, $p=0,94$) não foram significativas.

5.4.2. Efeitos de Temperamento e Caráter na frequência da fissura

Como ilustrado na Tabela 4, os efeitos dos traços de temperamento e caráter e da impulsividade na frequência da fissura durante o tratamento não foram significativos. De maneira similar, o uso de cocaína durante o tratamento (χ^2 [3] = 5,01, $p=0,17$) e a via de administração (χ^2 [6] = 5,10, $p=0,53$) não foram capazes de predizer a frequência da fissura ao longo do tratamento.

5.4.3. Efeitos de Temperamento e Caráter na duração da fissura

Conforme ilustrado na Tabela 4, dos traços de temperamento e caráter, somente a persistência (P) teve impacto significativo na duração da fissura durante as 12 semanas (χ^2 [3] = 14,96, $p < 0,01$). As inclinações da linha no gráfico de duração da fissura–P foram de 0,02; -0,13; -0,08 e 0,14 no início, na semana 4, na semana 8 e na semana 12 respectivamente.

O uso de cocaína durante o tratamento não previu a duração da fissura (χ^2 [3] = 2,91, $p=0,41$). A via de administração não teve impacto significativo na duração da fissura durante o tratamento (χ^2 [6] = 1,15, $p= 0,98$). A impulsividade também não teve interação com a duração da fissura.

Tabela 4 - Efeito da interação entre as escalas da TCI e a intensidade, frequência e duração da fissura durante o tempo de tratamento dos usuários de cocaína

Variáveis	Wald's χ^2	Grau de Liberdade	Valor de p
Intensidade			
BN	8,99	3	0,03*
ED	14,74	3	<0,01
DG	18,32	3	<0,01
P	0,51	3	0,92
AD	4,49	3	0,21
C	5,96	3	0,11
AT	2,90	3	0,41
BIS -11	1,90	3	0,59
Frequência			
BN	6,36	3	0,09
ED	3,34	3	0,34
DG	3,23	3	0,35
P	5,28	3	0,15
AD	1,62	3	0,65
C	5,29	3	0,15
AT	1,52	3	0,68
BIS -11	1,60	3	0,66

Continua

Variáveis	Wald's χ^2	Grau de Liberdade	Valor de p
Duração			
BN	3,75	3	0,29
ED	3,70	3	0,30
DG	0,45	3	0,93
P	14,96	3	<0,01
AD	0,54	3	0,91
C	1,28	3	0,73
AT	0,77	3	0,86
BIS -11	7,36	3	0,06

BN: busca por novidades

ED: esquiva ao dano

DG: dependência de gratificação

P: persistência

AD: autodirecionamento

C: cooperatividade

AT: autotranscendência

BIS: escala de impulsividade de Barratt

5.5. Análise de Tipologia

Um total de cinco modelos de análises de classes latentes (LCA) foram estudados para a amostra de 100 indivíduos, estendendo-se de uma para cinco classes. Conforme mostra a Tabela 5, um modelo ajustado de 2 classes demonstrou o menor Critério de Informação Bayesiano (BIC) e o menor Critério de Informação Aikake (AIC), sendo considerado o melhor modelo e com maior valor de entropia entre os quatro modelos restantes. Assim, a solução com duas classes foi retida nas análises subsequentes. Participantes pertencentes ao Cluster 1 (n=60) foram caracterizados como tendo maiores níveis de impulsividade, mais anos de uso de cocaína, maior nível educacional e maior frequência de história familiar positiva para TUS em comparação ao Cluster 2 (Figura 3). Como demonstra a Tabela 6, as diferenças entre estas variáveis foram estatisticamente significativas entre os dois clusters.

Tabela 5 - Modelo ajustado de Classes Latentes

No de Classes	LL	BIC (LL)	AIC (LL)	Erro de Classe	Entropia
1	-962,87	1967,19	1943,74	0,000	1
2	-927,38	1941,95	1892,45	0,063	0,80
3	-917,87	1969,30	1893,75	0,062	0,79
4	-907,95	1995,50	1893,89	0,107	0,80
5	-899,70	2025,05	1897,39	0,145	0,77

BIC: Critério de Informação Bayesiano

AIC: Critério de Informação Akaike

Tabela 6 - Divisão dos indivíduos em 2 Clusters (LCA, 2 classes)

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Teste	p
	(n=60)	(n=40)		
BIS-11, média (DP)	71,23 (11,76)	67,07 (5,60)	t=2,08, 98 df	0,04
Anos de uso, média (DP)	12,68 (5,79)	4,80 (2,59)	t=8,08, 98 df	<0,01
Nível Educacional, n (%)				
1º- 8º ano	10 (16,67)	6 (15)		
9º – 11º ano	5 (8,33)	19 (47,50)	$\chi^2=21,01$, 2df	<0,01
≥ 12º ano	45 (75)	15 (37,50)		
Tratamento Prévio, n (%)	33 (55)	6 (15)	$\chi^2=16,14$, 1df	<0,01
História Familiar, n (%)				
Familiar de 1º grau	30 (50)	0		
Familiar de 2º grau	18 (30)	9 (22,5)	$\chi^2=45,28$, 2df	<0,01
Sem história	12 (20)	31 (77,5)		

BIS: escala de impulsividade de Barratt

DP: desvio padrão

5.6. Características dos dois Clusters de dependentes de cocaína

Como se observa na Tabela 7, não houve diferença significativa entre os clusters em termos de status conjugal, cor, renda mensal, convivência ou não com outro usuário de cocaína/crack, envolvimento com a justiça criminal, número de parceiros sexuais, uso de álcool, tabagismo e uso de cannabis - além de não haver diferença nas subescalas da ASI-6 e nos aspectos relacionados à fissura como: intensidade, frequência e duração. Porém, os

indivíduos do Cluster 1 consumiram maior quantidade de cocaína/crack e gastaram mais dinheiro com a droga nos últimos 30 dias antes do início do tratamento. Não obstante, esses indivíduos eram mais velhos quando comparados aos do Cluster 2. Em relação às características dimensionais de personalidade, aqueles do Cluster 1 mostraram maior AT em comparação ao outro grupo (Tabela 8).

Tabela 7 - Características iniciais do grupo que completou as 4 avaliações

Variáveis	Cluster 1 (n=60)	Cluster 2(n=40)	Teste	p
Idade, média (DP)	32,40(6,49)	26,62(6,86)	t=3,99,98df	<0,01*
Status conjugal, n (%)				
Casado	24 (40)	11 (27,5)		
Solteiro	30 (50)	25 (72,50)	$\chi^2=1,78,2df$	0,46
Separado/viúvo	6 (10)	4 (10)		
Cor, n (%)				
Branco	37 (61,67)	19 (47,50)	$\chi^2=1,96,1df$	0,16
Não branco	23 (38,33)	21 (52,50)		
Dinheiro (em R\$) gasto com cocaína/crack nos últimos 30 dias	480(526,45)	261,75(272,67)	t=2,41,98df	0,02*

Continua

Salário mensal

(em R\$), média	1326,33(1334,84)	950,75(1052,46)	t=1,50,98df	0,14
-----------------	------------------	-----------------	-------------	------

Número de dias	10,65 (8,76)	8,80 (7,99)	t=1,07 98df	0,29
----------------	--------------	-------------	-------------	------

que usou cocaína

nos últimos 30

dias, média (DP)

Número de dias	2,38 (1,70)	2,37 (1,83)	t=0,02,98df	0,98
----------------	-------------	-------------	-------------	------

por semana de

uso de cocaína,

média (DP)

Uso de cocaína	20,60 (26,29)	7,66 (7,72)	t=3,02,98df	<0,01*
----------------	---------------	-------------	-------------	--------

em gramas nos

últimos 30 dias,

média (DP)

Idade de início do	19,72 (5,36)	21,82 (6,51)	t=-1,77,	0,08
--------------------	--------------	--------------	----------	------

uso de cocaína,

98df

média (DP)

Via de

administração,

n(%)

Inalada	21 (35)	23 (57,50)
---------	---------	------------

Fumada (crack)	17 (28,33)	6 (15)	$\chi^2=5,23,2df$	0,08
----------------	------------	--------	-------------------	------

Ambas	22 (36,67)	11 (27,50)
-------	------------	------------

continua

Convivência com outro usuário de cocaína/crack, n (%)	9 (15)	4 (10)	$\chi^2=0,58,1df$ 0,55
Envolvimento com justiça criminal	18 (30)	7 (17,5)	$\chi^2=2,06,1df$ 0,15
Número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses, média (DP)	3,77 (6,95)	1,95 (1,95)	$t=1,61,98df$ 0,11
Uso de álcool, n (%)			
<50	43 (71,67)	28 (70)	$\chi^2=0,03,1df$ 0,86
unidades/semana			
≥50	17 (28,33)	12 (30)	
unidades/semana			
Número de dias que usou álcool nos últimos 30 dias, média (DP)	13,18 (12,70)	13,47 (12,62)	$t=0,11,98df$ 0,91
Anos de uso regular de álcool, média (DP)	5,75 (3,17)	4,92 (2,25)	$t=1,42,98df$ 0,16

continua

Tabagistas, n (%)

Sim	36 (60)	28 (70)	$\chi^2=1,04,1df$	0,31
-----	---------	---------	-------------------	------

Não	24 (40)	12 (30)		
-----	---------	---------	--	--

Usuários de	56 (93,33)	32 (80)	$\chi^2=4,04,1df$	0,06
-------------	------------	---------	-------------------	------

maconha, n (%)

Anos de uso	4,29 (5,32)	2,87 (3,74)	$t=1,32,86df$	0,19
-------------	-------------	-------------	---------------	------

regular de

maconha, média

(DP)^a

Intensidade da	5,93 (2,61)	5,60 (2,70)	$t=0,62,98df$	0,54
----------------	-------------	-------------	---------------	------

fissura na última

semana, média

(DP)^b

Frequência da

fissura na última

semana, n (%)^b

Menos de 3X/dia	37 (61,67)	21 (52,50)	$\chi^2=0,83,1df$	0,36
-----------------	------------	------------	-------------------	------

Mais de 3X/dia	23 (38,33)	19 (47,50)		
----------------	------------	------------	--	--

Duração da fissura

na última semana,

n (%)^b

Menos de 10	28 (46,67)	19 (47,50)	$\chi^2=0,01,1df$	0,93
-------------	------------	------------	-------------------	------

minutos

continua

Mais de 10 minutos	32 (53,33)	21 (52,50)		
Subescalas ASI, média (DP)				
Droga	55,95 (12,46)	58,82 (11,32)	t=1,17, 98df	0,24
Família/filhos	69,87 (1,50)	69,32 (2,44)	t=1,37, 98df	0,17
Álcool	46,88 (12,29)	49,95 (11,25)	t=1,26, 98df	0,21
Antecedentes psiquiátricos	50,30 (9,03)	48,87 (8,61)	t=0,79, 98df	0,43
Antecedentes médicos	49,03 (7,37)	50,25 (6,56)	t=0,84, 98df	0,40
Antecedentes legais	56,68 (8,60)	55,15 (7,55)	t=0,92, 98df	0,36
Trabalho	51,07 (6,54)	50,62 (6,34)	t=0,33, 98df	0,74
Suporte familiar/social	53,53 (21,90)	58,75 (19,88)	t=1,21, 98df	0,23
Problema social/familiar	64,33 (13,57)	64,02 (14,18)	t=0,11, 98df	0,91

*: p<0,05

a: computados apenas para aqueles que admitiram uso de maconha

b: medidos pela Escala de Fissura de Minesotta

DP: desvio padrão

ASI: addiction severity index

Tabela 8 – Dimensões de temperamento e caráter (t score) entre os clusters

Variáveis	Cluster 1 (n=60)	Cluster 2 (n=40)	Teste	p
BN, média (DP)	51,02 (9,97)	48,47 (9,97)	t=1,26, 98df	0,21
ED, média (DP)	50,11 (10,97)	49,83 (8,47)	t=0,14, 98df	0,89
DG, média (DP)	51,29 (9,71)	48,06 (10,23)	t=1,59, 98df	0,11
P, média (DP)	50,29 (11,06)	49,56 (8,27)	t=0,36, 98df	0,72
AD, média (DP)	48,88 (10,94)	51,68 (8,69)	t=1,38, 98df	0,17
C, média (DP)	48,84 (10,70)	51,73 (8,69)	t=1,42, 98df	0,16
AT, média (DP)	51,81 (9,93)	47,29 (9,59)	t=2,26, 98df	0,02*

*: p<0,05

BN: busca por novidades

ED: esquiva ao dano

DG: dependência de gratificação

P: persistência

AD: autodirecionamento

C: cooperatividade

AT: autotranscendência

DP: desvio padrão

5.7. Análise de sobrevivência entre os Clusters

Como se pode ver na Figura 4, os indivíduos alocados no Cluster 1 permaneceram mais tempo no tratamento proposto que aqueles do Cluster 2 ($\chi^2 = 4,67$, $df=1$, $p=0,03$, teste log-rank). O tempo médio para descontinuidade do tratamento foi significativamente diferente entre os dois grupos ($t=2,18$, $df=98$, $p=0,03$), com os indivíduos do Cluster 1 mostrando 9,53 (DP=3,58) semanas de adesão contra 7,85 (DP=4,06) semanas no Cluster 2. Esta diferença permanece significativa mesmo após variáveis como status conjugal ($\chi^2=4,93$, $df=1$, $p=0,03$, teste log-rank estratificado) terem sido controladas. No total, 39 (65%) pacientes do grupo 1 e 18 (45%) do grupo 2 completaram o programa de tratamento proposto e esta diferença também foi significativa ($\chi^2=3,02$, $df=1$, $p=0,048$).

Figura 4: Curva de Sobrevivência de tempo para abandono do tratamento

5.8. Associações entre adesão ao tratamento e variáveis independentes

Regressões logísticas binárias e multivariadas foram executadas. Na análise bivariada, apresentada na Tabela 9, as seguintes variáveis foram associadas com aumento significativo na chance (odds) de adesão ao tratamento: nível educacional maior ($\geq 12^{\circ}$ ano) e maiores scores médios na subescala de trabalho da ASI. O ajuste multivariado confirmou o dado de que nível educacional maior e maiores scores na subescala de trabalho da ASI aumentam a chance (odds) de adesão ao tratamento (Tabela 10). Nesta análise multivariada, o modelo foi estatisticamente significativo (χ^2 [5]=15,82, $p < 0,01$), com uma pequena variância no conjunto de membros ($R^2=0,20$) e uma previsibilidade total de 67%. O modelo também foi checado usando-se o teste de Hosmer e Lemeshow (χ^2 [8]= 9,96, $p= 0,27$).

Tabela 9 - Análise bivariada dos fatores sociodemográficos, clínicos e psicológicos associados à adesão ao tratamento

Variáveis	SE	Wald	df	p	OR	IC
Idade	0,03	0,04	1	0,84	0,99	0,94-1,05
Status conjugal						
Casado	0,72	0,16	1	0,69	1,33	0,33-5,46
Solteiro	0,69	0,23	1	0,63	1,39	0,36-5,37
Cor						
Branco	0,41	2,73	1	0,10	1,97	0,88-4,41
Não-branco (referência)						
Nível educacional						
1-8º ano	0,64	6,68	1	0,01*	0,19	0,06-0,67
9-11º ano ≥12º ano (referência)	0,50	0,01	1	0,94	0,94	0,36-2,57
Dinheiro gasto com cocaína/crack nos últimos 30 dias	<0,01	0,01	1	0,93	>0,99	0,99-1,01
Salário mensal	<0,01	1,32	1	0,25	>0,99	0,99-1,01
Número de dias que usou cocaína nos últimos 30 dias	0,02	0,19	1	0,66	1,01	0,96-1,06
Dias de uso de cocaína por semana	0,12	0,38	1	0,53	1,07	0,86-1,35

continua

Quantidade (em gramas) de cocaína usada nos últimos 30 dias	0,01	0,64	1	0,42	1,01	0,99-1,03
Idade de início de uso de cocaína	0,03	1,25	1	0,26	0,96	0,90-1,03
Anos de uso de cocaína	0,03	0,72	1	0,40	1,03	0,96-1,10
Via de administração						
Inalada	0,46	0,73	1	0,39	0,67	0,27-1,67
Fumada (referência)	0,59	1,55	1	0,21	2,09	0,66-6,65
Ambos			1			
Tratamento prévio para TUS	0,42	0,10	1	0,75	1,14	0,51-2,58
Vive com outro usuário	0,61	0,15	1	0,70	1,27	0,38-4,19
História familiar de TUC						
Familiar de 1º grau	0,48	0,88	1	0,35	1,57	0,61-4,04
Familiar de 2º grau	0,51	2,11	1	0,15	2,10	0,77-5,69
Sem história (referência)			1			
Envolvimento com a justiça criminal	0,46	0,34	1	0,56	0,76	0,31-1,89
Número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses	0,05	0,98	1	0,32	0,96	0,87-1,05
Uso de álcool						
<50 unidades/semana	0,44	0,46	1	0,50	1,32	0,57-3,22
≥50 unidades/semana (referência)						continua

Anos de uso regular de álcool	0,02	1,32	1	0,25	0,98	0,95-1,01
Tabagistas	0,42	0,39	1	0,53	0,77	0,33-1,76
Usuários de cannabis	0,65	2,91	1	0,09	3,01	0,85-10,83
Anos de uso regular de cannabis ^a	0,04	<0,01	1	0,96	0,96	0,92-1,09
Intensidade da fissura na última semana ^b	0,08	<0,01	1	0,96	0,96	0,86-1,16
Frequência da fissura na última semana ^b						
Menos de 3 vezes/semana	0,411	0,19	1	0,66	0,84	0,37-1,88
Mais de 3 vezes/semana (referência)						
Duração da fissura na última semana ^b						
Menos de 10 minutos	0,41	0,80	1	0,37	0,144	0,65-3,19
Mais de 10 minutos (referência)						
Subescalas da ASI						
Drogas	0,02	<0,01	1	0,95	0,99	0,97-1,03
Família/filhos	0,12	2,33	1	0,13	1,19	0,95-1,50
Álcool	0,02	0,02	1	0,91	1,01	0,97-1,04
Antecedentes psiquiátricos	0,02	0,12	1	0,72	1,01	0,96-1,05
Antecedentes médicos	0,03	0,03	1	0,86	1,01	0,95-1,06
Antecedentes legais	0,02	0,04	1	0,84	0,99	0,95-1,04
Trabalho	0,03	4,75	1	0,03	1,08	1,01-1,15

continua

Suporte familiar/social	0,01	<0,01	1	0,98	>0,99	
Problemas familiares/sociais	0,02	<0,01	1	0,95	1,01	0,97-1,03
Subescalas da ITC						
BN	0,06	0,13	1	0,72	0,98	0,88-1,09
ED	0,04	0,46	1	0,50	0,97	0,89-1,06
DG	0,06	0,01	1	0,91	0,99	0,88-1,12
P	0,13	0,98	1	0,32	0,88	0,68-1,13
AD	0,03	0,20	1	0,65	0,99	0,93-1,05
C	0,03	0,84	1	0,36	0,97	0,91-1,03
AT	0,03	0,04	1	0,83	1,01	0,94-1,08
BIS	0,02	1,97	1	0,16	1,03	0,99-1,07

* $p < 0,05$

^aComputado apenas daqueles que admitiram uso de cannabis

^bMedido através da Escala de Fissura de Minnesota

Tabela 10: Análise multivariada de fatores associados à adesão ao tratamento
(Análise de Regressão Logística Direta)

Variáveis	E.P.	Wald	df	p	OR	IC (95%)
Cor						
Branco	0,46	0,93	1	0,34	1,55	0,63-3,78
Não-branco (referência)						
Nível educacional						
1º -8º ano	0,68	5,13	1	0,02*	0,21	0,06-0,81
9º -11º ano	0,54	0,01	1	0,91	0,94	0,33-2,70
≥12º ano						
Usuários de maconha	0,71	1,27	1	0,26	2,22	0,56-8,88
Subescala da ASI						
Trabalho	0,04	4,95	1	0,03*	1,08	1,01-1,16

* $p < 0,05$

EP: erro padrão

df: grau de liberdade

OR: odds ratio

IC: intervalo de confiança

6. DISCUSSÃO

6.1. Características da Amostra

As características da amostra em relação à idade, status conjugal, idade de início e anos de uso são compatíveis com outros estudos que avaliaram a população em tratamento para dependência de cocaína (Kiluk et al, 2013, Dieckmann et al, 2014). Em relação à idade de início de uso, a amostra deste estudo também se mostrou concordante com o levantamento nacional de 2011-2012: 18,32 anos em comparação com 18,8 anos (Abdalla et al, 2013). A fissura inicial também se demonstrou semelhante a de estudos que utilizaram a MCCS (Dieckmann et al, 2014, Halikas et al, 1991). Em relação à impulsividade, avaliada pela BIS, esta também demonstrou valores próximos a de outros estudos que avaliaram dependentes de cocaína ou álcool (Vonmoos et al, 2013, Patton et al, 1995).

6.2. O papel dos traços de personalidade na fissura por cocaína durante o tratamento

Dentre os 66 pacientes que completaram as quatro avaliações, examinou-se a associação entre dimensões de temperamento e caráter (avaliadas através da escala de Temperamento e Caráter do Cloninger) e a fissura por cocaína (medida durante o curso do tratamento ambulatorial). Os achados indicaram que traços de personalidade como busca por novidades,

dependência de gratificação e esquiva ao dano, interagem com a intensidade da fissura e que a persistência interage com a duração da fissura. Conforme uma das hipóteses iniciais, busca por novidades e esquiva ao dano demonstraram ser aspectos que devem ser considerados durante a avaliação da fissura.

Os indivíduos pesquisados aparentam experimentar um aumento da fissura em seguida à cessação do uso (fissura predominante) e em resposta a situações como exposição a pistas ambientais, afetos negativos e estresse (fissura fásica). Além disso, ao invés de permanecerem estáveis, o grau e o padrão de fissura, predominante e fásica, variam de forma significativa entre os indivíduos ao longo do tempo. Estas variações parecem estar relacionadas com o padrão de uso prévio de substância, mas também podem ser influenciadas por características pessoais. Evidências de mudanças neuroadaptativas no sistema dopaminérgico e de outros sistemas neurotransmissores podem ser usadas para explicar as flutuações da fissura ao longo do tempo (Grace AA, 2000).

O estudo do temperamento reforça a noção de que fatores relacionados à fissura podem ser mediados por traços psicológicos, que alteram funções neuroendócrinas e regulam a expressão clínica envolvida nesta doença. Estudos neurobiológicos indicam que a antecipação da gratificação, mediada pela neurotransmissão dopaminérgica, pode ser refletida no traço de temperamento BN. De fato, a BN foi correlacionada com a extensão do aumento da dopamina extracelular no estriado ventral (induzido pela cocaína). Comportamentos exploratórios (um dos principais aspectos da BN) em novos ambientes foram associados à propensão de autoadministração de cocaína em

modelos animais. A cocaína pode provocar a vontade pela droga mediada pela dopamina; consequentemente, aqueles com alta BN podem ser particularmente mais vulneráveis ao uso de cocaína. Além disso, o uso repetido da cocaína pode agravar esta característica, alterando o circuito córtico-estrial. Isso aumenta a busca por gratificação e produz déficits na capacidade de tomada de decisões, que, por sua vez, aumentam ainda mais a chance de uso de cocaína (Leyton et al, 2002).

Similar a este modelo, a experiência real agradável ou hedônica de gratificação, que é mediada pela neurotransmissão opioide, pode ser refletida no traço de DG (Schreckenberger et al, 2008). Certamente, a disponibilidade de receptores μ -opioides no estriado ventral de pacientes em abstinência alcoólica demonstrou correlação com a fissura por álcool e importante risco de recaída (Heinz et al, 2005).

Estudos também demonstraram a associação entre ED e fissura entre usuários de droga (De Los Cobos et al, 2011), tabaco (Leventhal et al, 2007) e álcool (Coton et al, 2007, Tavares et al, 2005). Entre os tabagistas, aqueles com alta ED experimentam maior irritabilidade, ansiedade, inquietação e sintomas depressivos associados à abstinência de nicotina. Estes indivíduos são mais propensos a usar a substância por reforço negativo (Leventhal et al, 2007). ED é associada à função serotoninérgica, embora a direção desta associação permaneça incerta (Carver e Miller, 2006).

Apesar de a dimensão de personalidade Persistência não estar associada à intensidade da fissura, está relacionada à duração da fissura ao longo do tratamento. Persistência está relacionada a perfeccionismo, resiliência, conscienciosidade e autojulgamento (Cloninger et al, 2012). Este traço de

temperamento se associa à autovigilância dos próprios pensamentos, sentimentos e sintomas. A persistência também está associada a polimorfismos do sistema dopaminérgico e sistema de recompensa (Szekely et al, 2004).

Diferentes sistemas neurotransmissores parecem estar associados a cada faceta da fissura. Especificamente, o sistema dopaminérgico parece ser responsável por facetas dissociáveis da motivação, incluindo o incentivo de relevância da droga. Já o sistema opioide está relacionado ao impacto hedônico da droga, enquanto o sistema serotoninérgico está ligado à modulação do comportamento.

Os dados deste estudo também mostram interação significativa entre uso de drogas e intensidade da fissura durante o tratamento. Aqueles que usaram droga durante o tratamento apresentaram maior fissura quando comparados aos que não usaram. A fissura é bastante associada ao uso de substância na conceituação da adicção. O aumento da fissura em resposta ao uso da cocaína está bem documentado em inúmeros estudos. De forma similar, altos índices de fissura predizem o uso da droga e recaídas nos indivíduos com TUC (Fox et al, 2005, Sinha et al, 2003).

Alguns estudos avaliaram a fissura em resposta a diferentes vias de administração de cocaína e demonstraram que a frequência da fissura é maior entre os usuários de crack em comparação aos usuários de cocaína em pó (da Silveira et al, 2006, Ferri and Gossop, 1999). Apesar de nesta amostra não termos achado diferença de intensidade da fissura entre os usuários de crack e cocaína em pó, ou entre os usuários de cocaína em pó e os usuários de ambas as formas, estes últimos tiveram fissura mais intensa que os usuários de crack.

A via de administração tem, provavelmente, forte influência na urgência, intensidade e duração dos efeitos farmacológicos da droga, o que suporta a hipótese de que a via de administração afeta o desenvolvimento e a manutenção do uso. Usuários de ambas as formas diferem dos usuários de uma forma apenas em relação à gravidade do quadro (Guindalini et al, 2006). Além disso, usuários duais podem ter maior acesso à droga, dado as diferentes formas, valores e disponibilidade da substância, e podem ser expostos a maior gama de pistas ambientais. Outro aspecto que pode ter corroborado este dado é que a fissura é um sintoma subjetivo. A vontade de usar droga pode estar envolvida com a motivação ao tratamento, mas este dado não foi estudado no presente estudo.

Há várias formas de se mensurar a fissura (Munoz et al, 2010). Este estudo avaliou três dimensões da fissura (intensidade, frequência e duração) e demonstrou que traços de personalidade interagem diferentemente com cada uma. Os achados inconsistentes na literatura podem dever-se às várias formas de se avaliar a fissura. Não obstante, estudos que examinaram o papel da personalidade na fissura mostram repetidamente que aspectos da personalidade como BN e ED estão associados à fissura. Porém, é importante notar que a fissura varia de forma significativa durante o tratamento e que a extensão e profundidade destas variações podem depender de certos estilos de personalidade, por depender da percepção individual do sintoma. Além disso, este estudo foi realizado em ambiente ambulatorial, portanto os pacientes tinham acesso à droga e foram expostos a diversas pistas relacionais durante o estudo - o que pode ter influenciado na medida da fissura. O uso de droga foi investigado por autorrelato e estas informações foram verificadas com

membros da família dos pacientes a cada avaliação. Não houve interação significativa entre uso de drogas e estes traços de personalidade. Porém, não foi possível avaliar como a amostra foi exposta a pistas relacionais.

6.3. O papel dos clusters entre os usuários de cocaína/crack na adesão ao tratamento

Quando a amostra foi dividida em dois grupos tipológicos, observou-se que aqueles agrupados no Cluster 1 apresentaram nível educacional maior, maior frequência de familiares com TUC, maior nível de impulsividade, mais tempo de uso de cocaína e mais história prévia de tratamento por TUC quando comparados àqueles no Cluster 2. Além disso, os do Cluster 1 eram mais velhos, gastavam mais dinheiro com a droga, consumiram maior quantidade de cocaína nos 30 dias prévios à entrada no estudo e demonstraram maior nível de AT do que os do Cluster 2. Não obstante, os pacientes do Cluster 1 aderiram por mais tempo ao tratamento. Considerando outras formas classificatórias em usuários de cocaína, esta classificação parece similar à proposta por Ball et al em 1995. Quando variáveis independentes entraram no modelo de regressão logística direta, apenas o nível educacional maior e maiores escores na subescala de trabalho da ASI se associaram significativamente à adesão ao tratamento.

É importante notar que a amostra estudada era relativamente “benigna”, já que nenhum sujeito tinha comorbidades psiquiátricas graves ou dependência de outras substâncias (exceto tabaco). Isto é confirmado pelo fato de terem aderido voluntariamente ao tratamento e de não terem recebido medicações

psicotrópicas. Cada fator preditivo incluído na análise de classes latentes foi testado antes em estudos prévios. Tempo de uso de cocaína, problemas causados pelo uso da droga e maior nível educacional já foram descritos como associações positivas na adesão ao tratamento (Gainey et al, 1993, Means et al, 1989). Inversamente, história pessoal de mais tratamentos prévios, história familiar de uso de substância e maior nível de impulsividade foram associados a menor adesão ao tratamento (King and Canada, 2004, Schmitz et al, 2009, Ball et al, 1995). Não obstante, estes achados são mistos entre diferentes estudos, provavelmente pela heterogeneidade de amostras e pela falta de um modelo teórico que abranja as diferentes variáveis.

Algumas variáveis que foram testadas separadamente em diversos estudos podem estar intrinsecamente correlacionadas com outras. Estudos mostraram que a duração do uso de cocaína está positivamente relacionada com alguns aspectos comportamentais como impulsividade e comportamento compulsivo. De fato, quanto maior o tempo de uso de cocaína, maior a perda de substância cortical cerebral. Assim, estes usuários crônicos podem apresentar maior prejuízo da atenção e maior impulsividade (Ersche et al, 2011). Altos níveis de impulsividade estão associados a piores resultados no tratamento e maiores taxas de abandono entre usuários de cocaína (Moeller et al, 2001, Patkar et al, 2004). O presente estudo não reforçou estes achados. Apesar de os indivíduos do Cluster 1 terem maior nível de impulsividade, aderiram mais ao tratamento proposto (de 12 semanas) que os seus pares. É possível supor que indivíduos impulsivos engajem prontamente a novas atividades e desafios, principalmente durante a fase inicial do tratamento ou até em programas terapêuticos curtos (Helmus et al, 2001). Como o tratamento

proposto era relativamente curto, esta explicação pode ser verdadeira em alguma extensão. Além disso, outros estudos sugerem que usuários de cocaína que entram no tratamento com altos níveis de impulsividade e menores prejuízos em tomada de decisões respondem bem a intervenções comportamentais (Schmitz et al, 2009). Geralmente, presume-se que usuários de cocaína de longa data, com consumo pesado e problemas oriundos do uso tenham pior adesão ao tratamento. Porém, pode-se esperar que aqueles com maiores prejuízos pelo uso possam ter maior motivação para procurar ajuda e aderir ao tratamento.

Impulsividade é fator de vulnerabilidade para TUS. Porém, quando medida através de questionários de autopreenchimento, o resultado pode ser incerto, dada a subjetividade envolvida na forma que o indivíduo se vê. Além disso, a impulsividade é um construto multifacetado e avaliações de autopreenchimento podem representar diferentes graus de análise e de detalhamento do processo comportamental específico às características de personalidade mais geral.

Altos índices na subescala de trabalho da ASI foram associados a maior adesão neste estudo. Alguns estudos mostraram que pacientes com maior necessidade de aconselhamento profissional aderem mais ao tratamento do que aqueles com menor necessidade nesta área (McCaul et al, 2001). De fato, pacientes desempregados podem ter menor dificuldade em frequentar as consultas do que aqueles empregados, além do fato de alguns virem o tratamento como possibilidade de melhorar as condições sociais e a reinserção profissional ou social. Porém, há resultados mistos entre adesão ao tratamento e status profissional (Claus et al, 2002, King and Canada, 2004).

Os pacientes do Cluster 1 mostraram maiores níveis de autotranscendência. Este traço de caráter pode ser visto como um processo de desenvolvimento do caminho para a sabedoria. Está correlacionado com esperança, bem-estar emocional e senso de coerência, tanto em pessoas saudáveis como em quem sofre de alguma doença (Levenson et al, 2005). Algumas teorias sobre AT demonstram relação entre conceito de vulnerabilidade e AT de tal modo que altos níveis de vulnerabilidade influenciam maiores níveis de AT. Sobre a perspectiva de desenvolvimento, é considerado que *“eventos de vida que aumentam o senso de mortalidade, inadequação ou vulnerabilidade podem desencadear processos de desenvolvimento para um novo senso de identidade e expansão das fronteiras do self”* (Reed, 2008). Embora AT possa ser fator subjacente a certos aspectos dos indivíduos do Cluster 1, como a impulsividade (Herrero et al 2008), este traço de caráter não se relacionou à adesão ao tratamento quando avaliado separadamente.

6.4. Limitações do estudo

Este estudo tem algumas limitações que devem ser citadas:

- a. A amostra é pequena. Além disso, é difícil conseguir indivíduos que aceitem o tratamento proposto e, por ser ambulatorial, a taxa de abandono é alta.
- b. Os critérios de inclusão são bastante restritivos. Pacientes com comorbidades clínicas ou psiquiátricas graves foram excluídos. Isso pode prejudicar a representatividade da amostra por viés de seleção.

c. Apesar de a escala para mensurar fissura seja fácil de ser aplicada e computada, adequada para mensurações repetidas e sensível para mudanças bruscas no estado psicológico avaliado, ela pode falhar em refletir a natureza multidimensional presumida para o sintoma como, por exemplo, o aspecto obsessivo compulsivo da fissura (Rosemberg, 2009).

d. O uso de cocaína foi avaliado por autorrelato. Isso pode ser visto como avaliação menos rigorosa que testes toxicológicos. Porém, há estudos que mostram discrepância entre o autorrelato e o teste toxicológico no início do tratamento, mas não durante o acompanhamento (Dillon et al, 2005).

e. Os resultados não podem ser extrapolados para a população feminina, visto que há estudos demonstrando forte influência do gênero na fissura (McCaul et al, 2001).

f. Apenas aqueles que aceitaram voluntariamente o tratamento proposto foram incluídos. Assim, não está claro como estes dados podem ser aplicados para pacientes que se recusam a tratar ou não preenchem os critérios de inclusão.

g. Não houve outros procedimentos ou incentivos além do tratamento manualizado e das técnicas de TCC. Portanto, pode ter havido menor adesão.

h. Já que não houve seguimento pós-tratamento, não se pode afirmar se os pacientes mais impulsivos se manteriam mais aderidos ou não.

7. CONCLUSÕES

O transtorno por uso de cocaína é doença multifatorial que envolve interações biológicas, genéticas e psicossociais. Assim, múltiplas variáveis podem ser necessárias para classificar esta população, extremamente complexa. Apesar da heterogeneidade destes pacientes, vários programas terapêuticos oferecem apenas uma proposta de tratamento. Neste modelo, variáveis como características da personalidade, perfil da fissura e interações entre estas variáveis não são sistematicamente avaliadas, o que pode prejudicar a adesão e o prognóstico do quadro. Informações sobre características do paciente, associadas à falta de adesão ou abandono podem ser avaliadas para o desenvolvimento de técnicas de tratamento mais eficazes e atraentes. Além disso, estudos que avaliam a interação de características dimensionais de personalidade com a resposta ao tratamento são escassos.

Assim, com o desenvolvimento de clusters ou com a avaliação de múltiplas facetas da fissura, tornamo-nos mais capazes de entender e tratar estes quadros, que abrangem imensa complexidade e gravidade, contribuindo para a melhora da eficácia das terapêuticas propostas.

8. ANEXOS

Anexo I- Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome do Entrevistado:

Documento de Identidade Nº :

Data Nascimento:/...../.....

Endereço Nº

Bairro: Cidade

Cep: Telefone: (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Avaliação Dimensional de Personalidade entre Pacientes Dependentes de Cocaína / Crack

2. PESQUISADOR: Dr. Danilo Antonio Baltieri

CARGO/FUNÇÃO: Coordenador do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 87745

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO _ RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO _

RISCO BAIXO _ RISCO MAIOR _

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 18 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU

REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

O senhor está sendo convidado a participar de uma pesquisa que objetiva avaliar alguns itens da sua saúde física e mental, incluindo o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de drogas, bem como o seu comportamento frente aos problemas diários. O senhor responderá a questionários durante o seu tratamento ambulatorial. Todas as suas respostas serão confidenciais e não poderão ser utilizadas em detrimento ou favorecimento do seu tratamento médico.

2. PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS DESSA UTILIZAÇÃO

A pesquisa da que o senhor está sendo convidado a participar consistirá em entrevistas padronizadas, que versarão sobre seu consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, além do controle sobre os seus impulsos, e várias perguntas sobre a sua vida pregressa. Esta pesquisa dependerá das suas respostas aos vários questionários. Desta forma, contamos com a sua colaboração na veracidade das respostas.

Não haverá quaisquer exames invasivos, como de sangue ou de outra espécie, relacionados à esta pesquisa.

A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária, e o senhor tem a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou perda de benefícios caso isso ocorra.

Os entrevistadores tratarão sua identidade com os padrões profissionais de confidencialidade. Assim, os dados do seu prontuário clínico e da entrevista permanecerão confidenciais. Os nomes dos participantes não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar do presente estudo.

3. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Como se trata de uma pesquisa que depende das suas respostas, nós contamos com a sua colaboração. Não haverá quaisquer riscos para o senhor, em termos médicos.

Todavia, caso se sinta desconfortável durante a entrevista, o senhor poderá interrompê-la, sem quaisquer prejuízos para o senhor.

4. BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Sua participação neste estudo poderá ser muito útil, visto que poderemos conhecer melhor os problemas psicológicos e médicos a que estão sujeitas pessoas usuárias de cocaína ou crack, bem como aprimorar futuramente propostas mais eficientes de tratamento e prevenção ao uso inadequado de drogas.

5. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA / TÉRMINO DA PARTICIPAÇÃO / CUSTOS / CONFIDENCIALIDADE

A sua participação é totalmente voluntária. Lembro que todas as informações colhidas serão totalmente confidenciais, ou seja, nenhuma informação que o senhor fornecer será relacionada ao seu nome. Lembro, novamente, que as publicações científicas que poderão derivar desta pesquisa não estarão relacionadas ao seu nome ou identidade.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
- 31
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

1. O senhor estará sendo informado sobre os procedimentos desta pesquisa, que inclui coleta de informações do seu prontuário médico, bem como entrevistas com o senhor. Esta pesquisa visa a avaliar possíveis problemas psicológicos e de saúde que o senhor possa ter apresentado em virtude do consumo de substâncias. O senhor poderá interromper a entrevista, caso tenha dúvidas ou por qualquer outro motivo.

2. O senhor poderá deixar de participar desta pesquisa a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos ao seu tratamento ou outros.

3. Todas as informações obtidas através das entrevistas e da revisão do seu prontuário médico serão totalmente confidenciais e nenhuma informação poderá ser associada à sua identidade.

V - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo II- Protocolo Comum

Sobrenome, nome:

01. RG

02. Sexo

1 - masculino

2 – feminino

03. Cor

1 - branca

2 - preta

3 - parda

4 - amarela

5 – outra

04. Idade

05. Estado Civil

1 - casado

2 - solteiro

3 - viúvo

4 - separado

5 – amasiado

06. Situação Profissional

1 - empregado com registro

2 - empregado sem registro

3 - “bicos”

4 - desempregado

5 - aposentado por álcool

6 - aposentado por doença

7 - aposentado por tempo de serviço

14 - aposentado por idade

10 - “caixa” por álcool

11 - “caixa” por doença

12 - autônomo

98 - não disponível

07. Salário Mensal antes da pena

OBS: Verter a quantia citada em número de salários mínimos.

08. Grau de Instrução

1 - analfabeto

2 - primário incompleto

3 - primário completo

4 - ginásio incompleto

5 - ginásio completo

6 - segundo grau incompleto

7 - segundo grau completo

8 - superior incompleto

9 - superior completo

09. Local de Nascimento

- 1 - São Paulo - Capital
- 2 - São Paulo - Interior
- 3 - Sul
- 4 - outros estados do Sudeste
- 5 - Nordeste - Norte
- 6 - outros estados
- 7 - outros países

10. Nome do entrevistador

Informações sobre o uso de álcool

11. Idade de Início de Ingestão

12. Idade de Aumento

13. Idade de Início de Problema com Álcool

(Físico, Psíquico ou Social)

14. Tipo de Bebida

- 01 - pinga
- 02 - cerveja
- 04 - vinho
- 08 - uísque
- 32 - conhaque
- 64 - vodka
- 16 - outros

OBS: No caso de o paciente fazer uso de mais de uma bebida, cada uma delas deve ser somada. Ex: cerveja (02) + vinho (04) = 06

15. Quantidade de Etanol

No Momento da Consulta (gramas/dia)

OBS: Quantidade = volume x densidade do álcool (0.8) x percentagem de álcool na bebida.

1 dose = 50 mL. Levar em consideração a pior semana do último mês.

16. Tratamento Anterior Para Alcoolismo

Número de Internações

- 001 - ambulatorial
- 002 - internação psiquiátrica
- 004 - internação clínica
- 008 - A.A.
- 016 - psicoterapia
- 032 - antabuse
- 064 - religioso
- 128 - alternativos
- 256 - Outros Entrada (ano)

Alta (ano)

998 - Sem tratamento prévio

OBS: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, devem ser somados. Ex: ambulatorial (001) + A.A. (008) = 009

17. Familiares com Problemas com Álcool

- 001 - pai
- 002 - mãe

004 - filho
 008 - irmão
 064 - avós paternos
 128 - avós maternos
 256 - tios paternos
 512 - tios maternos
 1024 - primos paternos
 2048 - primos maternos
 4096 - marido
 8192 - outros
 998 - Não tem antecedentes familiares
 OBS: no caso de haver mais de um familiar devem ser somados

18. Você teve algum problema com a justiça:

1. Nunca
2. Sim, artigo 12 Lei de Tóxicos
3. Sim, artigo 16 Lei de Tóxicos
4. Sim, artigo 155 Código Penal
5. Sim, artigo 157 Código Penal
6. Sim, artigo 121 Código Penal
7. Sim, outro crime. Qual ?

Informações sobre o uso de drogas

19. Uso de drogas

- 001 - nunca
 002 - não injetável
 004 - injetável, não no momento
 016 - injetável, em uso

20. Tipo de Droga

- 001 - cannabis
 002 - cocaína
 004 - barbitúricos
 008 - anfetaminas
 016 - opióides
 032 - benzodiazepínicos
 064 - outras
 998 - não faz uso de droga.

OBS: 064 discriminar:.....

No caso de haver mais de um tipo de droga, devem ser somadas.

21. Idade de Início de Consumo

22. Idade de Aumento

23. Idade de Início de Problema com Drogas
 (Físico, Psíquico ou Social)

24. Tratamento Anterior para Fármaco-dependências

Número de internações

- 001 - ambulatorial
 002 - internação psiquiátrica

004 - internação clínica
 008 - psicoterapia
 032 - antabuse
 064 - religioso
 128 - alternativos
 256 - Outros Entrada (ano)
 Alta (ano)

998 - sem tratamento prévio

OBS: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, devem ser somados.

25. Familiares com problemas com drogas

001 - pai
 002 - mãe
 004 - filho
 008 - irmão
 064 - avós paternos
 128 - avós maternos
 256 - tios paternos
 512 - tios maternos
 1024 - primos paternos
 2048 - primos maternos
 4096 - marido
 8192 - outros

998 - não tem antecedentes familiares

OBS: no caso de haver mais de um familiar devem ser somados

26. Uso de Seringas e Materiais contaminados

01 - sempre
 02 - nunca
 03 - às vezes
 04 - sim, há mais de 5 anos
 98 - não se encaixa.

Informações Gerais

27. Grupo de Risco para AIDS:

01 - homossexualidade
 02 - transfusão
 08 - uso de drogas injetáveis
 16 - contactante sexual de um dos grupos acima
 32 - promiscuidade
 98 - não se enquadra

OBS: no caso de haver mais de um, devem ser somados.

Homossexualidade?

28. Tentativa de Suicídio

01 - não
 02 - sim, quando alcoolizado
 03 - sim, não alcoolizado
 04 - sim, intoxicado por outras drogas
 05 - sim, não intoxicado por drogas

29. Se houve alguma iniciativa para buscar tratamento para problemas com álcool e drogas, esta iniciativa partiu:

01-do paciente

- 02 - do companheiro
- 03 - dos filhos
- 04 - dos pais
- 05 - encaminhamento médico
- 06 - encaminhamento da empresa
- 07 - parentes
- 08 – amigo

30. Você teve algum problema com a justiça ?

- 1. Nunca
- 2. Sim, art. 12 Lei de Tóxicos
- 3. Sim, art. 16 Lei de Tóxicos
- 4. Sim, art. 155 Código Penal
- 5. Sim, art. 157 Código Penal
- 6. Sim, art. 121 Código Penal
- 7. Sim, outro crime. Qual ?

Anexo III- ASI

ASI6

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

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

Códigos para aplicação do instrumento:

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

ASI6

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

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista: ☐

2 – Anterior à data de admissão: ☐

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início: :

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino): ☐

G9. Data de Nascimento: / /
(Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

___ 1. Negra/Preta

___ 5. Indígena

___ 2. Branca

___ 6. Outros

___ 3. Amarela/Oriental

___ 7. Não respondeu

___ 4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)? ☐

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)? anos meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento? ☐

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

A. B.

H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?

H3. Hospital geral?

H4. Hospital psiquiátrico?

H5. Delegacia ou prisão?

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → NOTA

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H10 + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam]

___ 1. Sozinho

___ 5. Outros parentes adultos

___ 2. Cônjuge/Parceiro

___ 6. Outros adultos não-parentes

___ 3. Filho(s) < 18anos

___ 7. Não respondeu

___ 4. Pais

___ 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

ASI6

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

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

[Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Nenhum (SUS)
☐ 2. Seguro privado, plano de saúde privado
 ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
☐ 3. Convênio público
☐ 4. Convênio militar
☐ 5. Outros (especifique: _____)
☐ 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento?

☐

1 – Sim, 0 – Não

2 – Não tem certeza

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

1 – Sim, 0 – Não

M3. Pressão Alta.....	☐
M4. Diabetes	☐
M5. Doença Cardíaca	☐
M6. derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral).....	☐
M7. Epilepsia ou convulsões	☐
M8. Câncer	☐
M9. HIV/AIDS	☐
M10. Tuberculose	☐
M11. Hepatite	☐
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado	☐
M13. Doença renal crônica	☐
M14. Problema respiratório crônico	☐

ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite

M15. Outro problema ou doença crônica

ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,
 – se “Sim” especifique: _____

☐

M16. Qualquer incapacidade física que seriamente
 prejudica sua visão, audição ou movimentos?

– se “Sim,” especifique: _____

☐

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação
 para qualquer uma dessas condições?

0 – Não

1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.

2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).

3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

☐

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo

de pensão para doença física ou incapacidade?

1 – Sim, 0 – Não

– exclua incapacidade psiquiátrica

☐

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que
 sua saúde física esteve?

0 – Excelente

3 – Razoável

1 – Muito Boa

4 – Ruim

2 – Boa

☐

ASI6

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

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

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

Dias

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

Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?

0 – Nada	3 – Consideravelmente
1 – Levemente	4 – Extremamente
2 – Moderadamente	

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

0 – Nada	3 – Consideravelmente
1 – Levemente	4 – Extremamente
2 – Moderadamente	

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

0 – Nada	3 – Consideravelmente
1 – Levemente	4 – Extremamente
2 – Moderadamente	

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

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

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

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

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

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

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

Comentários:

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

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

1 – Ensino Fundamental	4 – Bacharelado
2 – Ensino Médio	5 – Mestrado ou mais
3 – Ensino Superior (Faculdade)	6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?

1 – Sim, 0 – Não

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

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

E4. Você prestou serviço militar?

1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?

0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida?

1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto?

1 – Sim, 0 – Não

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

1 – Sim, 0 – Não

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

E9. Você lê/escrive (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?

1 – Sim, 0 – Não

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

- ___ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
- ___ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
- ___ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
- ___ 4. Fora do mercado de trabalho
– não trabalha e não procura ativamente por trabalho
- ___ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

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

___ 1. Dona-de-casa/do lar	___ 5. Não procura por trabalho
___ 2. Estudante	___ 6. Procura por trabalho
___ 3. Incapaz	___ 7. Institucionalizado
___ 4. Aposentado	___ 8. Outro _____

Comentários:

ASI6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

- 0 – Nada
- 1 – Levemente
- 2 – Moderadamente
- 3 – Consideravelmente
- 4 – Extremamente

ASI6

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

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

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

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

E25b.... últimos 6 meses? R\$

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

E26b.... últimos 6 meses? R\$

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

E27b.... últimos 6 meses? R\$

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

E28b.... últimos 6 meses? R\$

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

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

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

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Emprego
- ☐ 2. Aposentadoria
 - ex. pensão, seguro social (INSS)
- ☐ 3. Invalidez / Incapacidade
 - ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- ☐ 4. Seguro desemprego
- ☐ 5. Assistência pública ou governamental
 - ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- ☐ 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- ☐ 7. Família, amigos ou sócios
- ☐ 8. Dinheiro ilegal
- ☐ 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
 - ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- ☐ 10. Outras, ex. economias, etc:
 - Especifique: _____
- ☐ 11. Bicos
- ☐ 12. Nenhuma

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

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

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

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

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

Comentários:

ASI6

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

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

Quanto dias você:

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

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
– exclua períodos sem álcool 00 → D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

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

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

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

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

Sintomas do ÁlcoolNos últimos 30 dias:

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

Comentários:

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

NOTA: Se o entrevistado relata:

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

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

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Álcool	07 – Heroína
02 – Maconha	08 – Metadona
03 – Sedativos	09 – Outros Opióides
04 – Cocaína / Crack	10 – Inalantes
05 – Estimulantes	11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
06 – Alucinógenos	12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso

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

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? – se nunca usou drogas ou medicação → D52

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

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

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

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

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riscos para a Saúde

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

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

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

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

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

Tabaco – Cigarros, etc.

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

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

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

Jogo

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

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

Comentários:

ASI6

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
Se L1 e L2 = 0 → L18

L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 → (L7-14)

L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]
☐ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
 ex. roubo, agressão, estupro
☐ 2. Ato ilícito ligado a drogas
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
☐ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
☐ 4. Infrações praticadas somente por jovens
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
☐ 5. Outras infrações (Especifique: _____)

L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? Vezes

L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____
 [NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

A. Quantas vezes no total?

B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

	A. Total	B. 6 Meses
L7. Porte de drogas? – ou equipamentos de droga (parafernália)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L8. Venda ou produção de drogas? – vender inclui traficar/ distribuir	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L9. Roubo? – roubo à força, ou sob ameaça de força	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L10. Outros crimes visando lucro? – fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L11. Crime violento? – violência doméstica, estupro, assassinato.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L12. Armas, prostituição ou jogo? – inclua cafetagem, dinheiro por sexo, pornografia	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L13. Dirigir alcoolizado? – ou sob efeito de drogas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L14. Alguma outra infração criminal? – violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]
 Anos Meses

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não

L19. Investigado em inquérito policial ☐

L20. Suspensão condicional do processo ☐

L21. Aguardando julgamento ou sentença ☐

L22. Sursis ou em Liberdade condicional ☐

L23. Participando de um programa de justiça terapêutica ☐

L24. Outros ☐
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente ☐
 2 – Moderadamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você _____ ?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

A. número de dias, últimos 6 meses

B. número de dias, últimos 30 dias

L26. Vendeu ou fabricou drogas? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 – traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira

L27. Roubou alguém?

L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo? Se L28 = 0 → L29

L28c. Roubou em loja

L28d. Praticou arrombamento

L28e. Roubou veículo a motor

L28f. Falsificou

L28g. Fraudou

L28h. Cometeu vandalismo

L28i. Provocou incêndio (premeditado)

L28j. Roubou / danificou propriedade

L29. Ameaçou ou agrediu alguém?
 – com ou sem uma arma;
 – inclua violência doméstica, estupro e assassinato
 – exclua roubo

L29c. Ameaçou sem agressão física

L29d. Agrediu fisicamente com uma arma .

L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma .

L29f. Agrediu sexualmente

L29g. Assassinou alguém

L29h. OUTRO

ASI6

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

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

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem? – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

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

Nos últimos 30 dias, você:

(1 – Sim, 0 – Não)

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

Comentários:

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

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

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

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

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

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

ASI6

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

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

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

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

- F42.** Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F43.** Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial?
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial Filhos
- F44.** Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45.** Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo ☐ 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

- F46.** Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças 0 → F48
- F47.** Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐ 2 – Moderadamente
- F48.** Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐ 2 – Moderadamente
- F49.** Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
– aconselhamento atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente ☐ 2 – Moderadamente
- F50.** Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F51.** Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- [NOTA:** se nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]
- F52.** Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F53.** Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F54.** Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

ASI6**Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:**

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

1 – Ruim,**2 – Satisfatória,****3 – Boa**☐

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

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

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

ASI6

Lista de Álcool e Outras Drogas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASI6

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

ASI6

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

Anexo IV- ITC

O próximo questionário apresenta frases afirmativas que as pessoas usam para descrever suas atitudes, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Após a leitura de cada frase você deve responder **Verdadeiro** se a mesma descrever uma característica sua ou **Falso** se você achar que a frase não descreve uma característica sua. Tente responder de acordo com como você é normalmente e não como você se sente apenas neste momento.

Se você tiver qualquer dúvida quanto a forma de preenchimento deste questionário ou se não souber o significado de alguma palavra contida nele, o examinador terá prazer em auxiliá-lo. Leia cuidadosamente cada frase, responda com sinceridade, mas não demore muito para respondê-las. É importante que você responda a todas as questões, mesmo que em algumas você não tenha muita certeza da resposta. E lembre-se, *estamos interessados na sua opinião, portanto não existem respostas certas ou erradas.*

Obrigado por sua colaboração.

QUESTÕES	Verdadeiro	Falso
1 - Muitas vezes tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.	☐	☐
2 - Em geral sou confiante que tudo vai dar certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas.	☐	☐
3 - Muitas vezes fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma poesia.	☐	☐
4 - Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias	☐	☐

5 - Em geral consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando são muito diferentes de mim.	☐	☐
6 - Acredito que milagres acontecem.	☐	☐
7 - Gosto de me vingar de quem me agride.	☐	☐
8 - Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.	☐	☐
9 - Muitas vezes sinto que minha vida tem pouco propósito ou sentido.	☐	☐
10 - Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.	☐	☐
11 - Eu provavelmente conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.	☐	☐
12 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.	☐	☐
13 - Muitas vezes faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.	☐	☐
14 - Geralmente faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.	☐	☐
15 - Muitas vezes me sinto tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.	☐	☐
16 - Em geral não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.	☐	☐
17 - Na maioria das situações minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.	☐	☐
18 - Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei		

para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.	☐	☐
19 - Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.	☐	☐
20 - Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.	☐	☐
21 - Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.	☐	☐
22 - Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.	☐	☐
23 - Muitas vezes sou chamado de “distraído”, pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.	☐	☐
24 - Raramente me sinto livre para escolher o que quero fazer.	☐	☐
25 - Muitas vezes levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.	☐	☐
26 - Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.	☐	☐
27 - Muitas vezes evito encontrar estranhos porque fico inseguro com pessoas que não conheço.	☐	☐
28 - Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.	☐	☐
29 - Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.	☐	☐

30 - Em geral não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim devido à falta de tempo.	☐	☐
31 - Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.	☐	☐
32 - Muitas vezes gostaria de ser mais esperto que todos os outros.	☐	☐
33 - Me dá satisfação ver meus inimigos sofrerem.	☐	☐
34 - Gosto de ser muito organizado e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.	☐	☐
35 - É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.	☐	☐
36 - Pela repetição de certas práticas adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.	☐	☐
37 - Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.	☐	☐
38 - Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.	☐	☐
39 - Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.	☐	☐
40 - Muitas vezes espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.	☐	☐
41 - Com frequência gasto dinheiro até “ficar liso” ou então ficar cheio de dívidas.	☐	☐
42 - Acho que terei muita sorte no futuro.	☐	☐
43 - Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.	☐	☐

44 - Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.	☐	☐
45 - Muitas vezes tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.	☐	☐
46 - Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.	☐	☐
47 - Em geral tento conseguir o que quero para mim mesmo pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.	☐	☐
48 - Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.	☐	☐
49 - Acho que não compreendo muito bem as pessoas.	☐	☐
50 - Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.	☐	☐

51 - Algumas vezes me sinto tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.	☐	☐
52 - Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.	☐	☐
53 - Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.	☐	☐
54 - Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido que a maioria das pessoas.	☐	☐
55 - Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.	☐	☐
56 - Pareço ter um “sexto sentido” que algumas vezes me permite saber o que está para acontecer.	☐	☐
57 - Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.	☐	☐

58 - Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.	☐	☐
59 - A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.	☐	☐
60 - Muitas vezes gostaria de ser mais forte do que todos os outros.	☐	☐
61 - Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.	☐	☐
62 - Sou mais trabalhador do que muita gente.	☐	☐
63 - Muitas vezes preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.	☐	☐
64 - Gosto de ser útil aos outros.	☐	☐

65 - Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, eu sempre acho que tudo acabará bem.	☐	☐
66 - É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.	☐	☐
67 - Em geral fico calmo e seguro em situações que para muitas pessoas representariam perigo físico.	☐	☐
68 - Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.	☐	☐
69 - Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.	☐	☐
70 - Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.	☐	☐
71 - Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.	☐	☐

72 - Não consigo ficar com a consciência tranqüila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.	☐	☐
73 - As pessoas geralmente me dizem como se sentem.	☐	☐
74 - Muitas vezes gostaria de ficar jovem para sempre.	☐	☐
75 - Normalmente fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.	☐	☐
76 - Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.	☐	☐
77 - Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.	☐	☐

78 - Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.	☐	☐
79 - Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.	☐	☐
80 - Provavelmente ficaria descontraído e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado que eles não eram cordiais.	☐	☐
81 - Normalmente fico mais preocupado que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.	☐	☐
82 - Em geral penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.	☐	☐
83 - Acho mais importante ser simpático e compreensivo com os outros do que ser prático e racional.	☐	☐
84 - Muitas vezes sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.	☐	☐
85 - Muitas vezes gostaria de ter poderes especiais como o		

Super-Homem.	☐	☐
86 - As pessoas me controlam demais.	☐	☐
87 - Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.	☐	☐
88 - As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.	☐	☐
89 - Frequentemente aprendo muito com as pessoas.	☐	☐
90 - A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido.	☐	☐

91 - Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.	☐	☐
92 - Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.	☐	☐
93 - Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.	☐	☐
94 - Não quero ser mais rico do que todos.	☐	☐
95 - Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.	☐	☐
96 - Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.	☐	☐
97 - Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior do que qualquer	☐	☐

ser humano.		
98 - Em geral gosto de ser mau com quem foi mau comigo.	☐	☐
99 - Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.	☐	☐
100 - É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.	☐	☐
101 - Muitas vezes reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.	☐	☐
102 - Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).	☐	☐

103 - Normalmente me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.	☐	☐
104 - Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.	☐	☐
105 - Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.	☐	☐
106 - Muitas vezes não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.	☐	☐
107 - Muitas vezes gostaria de poder parar o tempo.	☐	☐
108 - Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.	☐	☐
109 - Prefiro gastar dinheiro do que economizá-lo	☐	☐
110 - Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer	☐	☐

uma piada com alguém.		
111 - Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.	☐	☐
112 - Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.	☐	☐
113 - É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.	☐	☐
114 - Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.	☐	☐
115 - Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.	☐	☐
116 - Acho que percepção extrasensorial (PES, como telepatia ou premonição) é realmente possível.	☐	☐
117 - Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.	☐	☐
118 - Com frequência fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.	☐	☐
119 - Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando quase todos estão com medo.	☐	☐
120 - Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.	☐	☐
121 - As circunstâncias muitas vezes me forçam a fazer coisas contra a minha vontade.	☐	☐
122 - Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.	☐	☐
123 - Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.	☐	☐

124 - Eu gostaria mais de ser gentil do que me vingar quando alguém me agride.	☐	☐
125 - Muitas vezes fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo — é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.	☐	☐
126 - Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.	☐	☐
127 - Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.	☐	☐
128 - Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.	☐	☐

129 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.	☐	☐
130 - Muitas vezes sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.	☐	☐
131 - As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.	☐	☐
132 - Muitas vezes sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.	☐	☐
133 - Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.	☐	☐
134 - Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.	☐	☐
135 - Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.	☐	☐
136 - Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros sabem mais do que eu a respeito de alguma coisa.	☐	☐

137 - Em geral tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.	☐	☐
138 - Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.	☐	☐
139 - Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.	☐	☐
140 - Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.	☐	☐

141 - Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, frequentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.	☐	☐
142 - Sinto-me muito confiante e seguro em quase todas as situações sociais.	☐	☐
143 - Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.	☐	☐
144 - Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.	☐	☐
145 - Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.	☐	☐
146 - Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.	☐	☐
147 - Tenho mais energia e demoro mais a cansar do que a maioria das pessoas.	☐	☐
148 - Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.	☐	☐

149 - Muitas vezes paro o que estou fazendo porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.	☐	☐
150 - Muitas vezes gostaria de ser mais poderoso do que todo mundo.	☐	☐
151 - Em geral sou livre para escolher o que vou fazer.	☐	☐
152 - Com frequência fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço de onde estou .	☐	☐

153 - Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.	☐	☐
154 - Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) do que ficar quieto e inativo por algumas horas.	☐	☐
155 - Como eu, frequentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.	☐	☐
156 - Não saio do meu caminho para favorecer outra pessoa.	☐	☐
157 - Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.	☐	☐
158 - Frequentemente cedo aos desejos dos amigos.	☐	☐
159 - Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias mas não realmente importantes para mim.	☐	☐
160 - Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.	☐	☐

161 - Muitas vezes tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.	☐	☐
162 - Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valem a pena.	☐	☐
163 - Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor — como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.	☐	☐

164 - Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.	☐	☐
165 - Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.	☐	☐
166 - Muitas vezes desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.	☐	☐
167 - Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.	☐	☐
168 - Na maior parte do tempo perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.	☐	☐
169 - As minhas ações são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.	☐	☐
170 - Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.	☐	☐
171 - Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.	☐	☐
172 - Em geral respeito as opiniões dos outros.	☐	☐
173 - Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito	☐	☐

entusiasmado e feliz.		
174 - Me divirto em comprar coisas para mim.	☐	☐
175 - Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extrasensorial.	☐	☐
176 - Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.	☐	☐

177 - Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.	☐	☐
178 - De modo geral é tolice promover o sucesso de outras pessoas.	☐	☐
179 - Muitas vezes gostaria de poder viver para sempre.	☐	☐
180 - Normalmente gosto de ficar indiferente e “desligado” das outras pessoas.	☐	☐
181 - É mais provável eu chorar em um filme triste do que a maioria das pessoas.	☐	☐
182 - Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente do que a maioria das pessoas.	☐	☐
183 - Muitas vezes quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.	☐	☐
184 - Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.	☐	☐
185 - Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.	☐	☐
186 - Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.	☐	☐

187 - Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.	☐	☐
188 - Em geral tenho sorte em tudo o que tento fazer.	☐	☐
189 - Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).	☐	☐
190 - Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.	☐	☐
191 - Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.	☐	☐
192 - Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.	☐	☐
193 - Os direitos individuais são mais importantes do que as necessidades de qualquer grupo.	☐	☐
194 - Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.	☐	☐
195 - Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo o que existe.	☐	☐
196 - Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.	☐	☐
197 - A maioria das pessoas parecem mais desembaraçadas do que eu.	☐	☐
198 - Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.	☐	☐
199 - Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.	☐	☐
200 - Muitas vezes me sinto como parte da força espiritual		

da qual depende toda a vida.	☐	☐
201 – Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.	☐	☐
202 – Em geral posso ficar ocupado o dia inteiro sem Ter que me forçar a isso.	☐	☐

203 – Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.	☐	☐
204 – Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.	☐	☐
205 – Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.	☐	☐
206 – O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.	☐	☐
207 – Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos de longo prazo.	☐	☐
208 – Acredito que toda vida depende de algum poder ou ordem espiritual que não pode ser completamente explicada.	☐	☐
209 – Acho que eu ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado que eles estão zangados comigo.	☐	☐
210 – As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.	☐	☐
211 – Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.	☐	☐
212 – Tenho problemas em mentir, mesmo quando		

pretendo poupar os sentimentos de alguém.	☐	☐
213 – Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.	☐	☐
214 – Não quero ser mais admirado do que todos os outros.	☐	☐

215 – Muitas vezes quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.	☐	☐
216 – A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.	☐	☐
217 – Em geral me sinto tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.	☐	☐
218 – Muitas vezes me esforço ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.	☐	☐
219 – Algumas pessoas acham que eu sou muito avarento ou pão-duro com meu dinheiro.	☐	☐
220 – Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.	☐	☐
221 – Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.	☐	☐
222 – Odeio ver alguém sofrer.	☐	☐
223 – Sei o que quero fazer na minha vida.	☐	☐
224 – Regularmente levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.	☐	☐
225 – As coisas costumam dar errado para mim a menos		

que eu seja muito cuidadoso.	☐	☐
226 - Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.	☐	☐
227 - Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.	☐	☐
228 - Muitas vezes as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado de tudo que está acontecendo ao meu redor.	☐	☐
229 - Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.	☐	☐
230 - Menti bastante nesse questionário.	☐	☐
231 - Geralmente evito situações sociais onde teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.	☐	☐
232 - Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.	☐	☐
233 - Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.	☐	☐
234 - As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.	☐	☐
235 - A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.	☐	☐
236 - Em geral me sinto muito mais confiante e com energia do que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.	☐	☐
237 - Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.	☐	☐
238 - Quando nada de novo está acontecendo, geralmente,		

começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.	☐	☐
239 - Às vezes fico aborrecido.	☐	☐
240 - De vez em quando falo das pessoas “por trás”.	☐	☐

Anexo VI- BIS-11

Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	☐	☐	☐	☐
2. Eu faço coisas sem pensar.	☐	☐	☐	☐
3. Eu tomo decisões rapidamente.	☐	☐	☐	☐
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	☐	☐	☐	☐
5. Eu não presto atenção.	☐	☐	☐	☐
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	☐	☐	☐	☐
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	☐	☐	☐	☐
8. Eu tenho autocontrole.	☐	☐	☐	☐
9. Eu me concentro facilmente.	☐	☐	☐	☐
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	☐	☐	☐	☐
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	☐	☐	☐	☐
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	☐	☐	☐	☐
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	☐	☐	☐	☐
14. Eu falo coisas sem pensar.	☐	☐	☐	☐
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	☐	☐	☐	☐
16. Eu troco de emprego.	☐	☐	☐	☐
17. Eu ajo por impulso.	☐	☐	☐	☐
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	☐	☐	☐	☐
19. Eu ajo no "calor" do momento.	☐	☐	☐	☐
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	☐	☐	☐	☐
21. Eu troco de casa (residência).	☐	☐	☐	☐
22. Eu compro coisas por impulso.	☐	☐	☐	☐
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	☐	☐	☐	☐
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	☐	☐	☐	☐
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	☐	☐	☐	☐
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	☐	☐	☐	☐
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	☐	☐	☐	☐
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	☐	☐	☐	☐
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	☐	☐	☐	☐
30. Eu me preparo para o futuro.	☐	☐	☐	☐

Anexo VII- Teste de Fagerstrom

1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?

- dentro de 5 minutos (3)
- entre 6 e 30 minutos (2)
- entre 31 e 60 minutos (1)
- após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?

- sim (1)
- não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- o primeiro da manhã (1)
- outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (0)
- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

Total:

Conclusão quanto ao grau de dependência

- 0 a 2 pontos – muito baixo
- 3 a 4 pontos – baixo
- 5 pontos – médio
- 6 a 7 pontos – elevado
- 8 a 10 pontos – muito elevado

Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

Anexo VIII- ESA- Drogas

**Escala de seguimento de dependentes de substâncias psicoativas
(ESADrogas)**

	Consumo de drogas		Ocupação/fonte e renda	Relações familiares	Lazer	Comp. org.
N O T A	"Como está o seu consumo de drogas?" (últimas 4 semanas)		"Como o(a) Sr.(a) ocupa o seu tempo e como consegue sua renda?" (últimas 4 semanas)	"Com quem e como o(a) Sr.(a) mora?" (últimas 4 semanas)	"Como o(a) Sr.(a) ocupa seu tempo de lazer?" (últimas 4 semanas)	"Como o(a) Sr.(a) cuida de sua saúde?" (últimas 4 semanas)
1	Frequência Uso diário, durante todo o dia	Via de uso Uso EV: multiplicar a nota, obtida no consumo, por 0,5	Rendimentos, obtidos principalmente em atividades relacionadas às drogas	Expulsou / saiu de casa por brigas com familiares	Passatempo principal é a droga	Doença sintomática sem tratamento
2	Uso diário, limitado a determinados períodos do dia		Rendimentos, obtidos principalmente em atividades ilícitas, não relacionadas a drogas	Mora com familiares: agressões físicas	Lazer apenas associado a pessoas que usam drogas	Doença sintomática em tratamento
3	Uso, em finais de semana e em alguns dias da semana	Sem uso EV: multiplicar a nota, obtida no consumo, por 1	Sem rendimentos próprios	Mora com familiares: agressões verbais	Atividades não ligadas à droga, apenas quando estimulado	Doença assintomática sem acompanhamento
4	Uso, limitado aos finais de semana		Estudo/trabalho irregulares	Mora com familiares: situação de isolamento	Atividades não ligadas à droga, de forma espontânea	Doença assintomática em acompanhamento
5	Não usou		Estudo/trabalho regulares	Mora com familiares: situação familiar estável	Atividades não ligadas à droga, regularmente	Sem doença

Anexo IX: MINI

M.I.N.I.**Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. L'épine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

	MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
		Recorrente	☐	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	☐	nenhum	nenhum
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual	☐	296.00-296.06	F30.x-
		Passado	☐		
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	☐	296.80-296.89	F31.8-
		Passado	☐		
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	☐	300.01/300.21	F40.01-
		Vida inteira	☐		
F	AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.8
I	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.81	F43.1
J	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	305.00	F10.1
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L	SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	☐		
		Vida inteira	☐		
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	☐	296.24/296.04	
		Vida inteira	☐	296.24/296.04	
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	☐	307.1	F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	☐	301.7	F60.2

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (➔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 nº 225 Setor Sul
74093-140 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

David V Sheehan, M.D.,
M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail :
dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

♦ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentia-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentia-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM * EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL </div>		
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:				
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentia deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos (SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a a A3g) ?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11
A5b É COTADA SIM ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE </div>		

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6a, A6b) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

♦ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ARRANJAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO : Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
A6a OU A6b	SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

➔ SIGNIFICA: DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE.

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentia-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	➔ NÃO	SIM	20				
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	➔ SIM	21				
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:							
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22				
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23				
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24				
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25				
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26				
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27				
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	➔ NÃO	SIM					
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	➔ NÃO	SIM	28				
	B4 É COTADA SIM?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL								

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:		Pontos	
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM 1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM 2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM 6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM 10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM 10
Ao longo da sua vida:			
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM 4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?			
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:			

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo ☐
6-9 pontos	Moderado ☐
≥ 10 pontos	Alto ☐

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

➔ SIGNIFICA : SE DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL)	NÃO	SIM	1
	Se (X)A ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	Se D1a = SIM: b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCOOL)	NÃO	SIM	3
	Se D2a = SIM: b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	➔ NÃO	SIM	
D3	Se D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL. Se D1b E D2b = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costuma (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?	➔ NÃO	SIM	

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12
- COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

Se SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA "SIM" ?

Se SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : BREVEMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		E5 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Públes em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
			<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

Se F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las?	NÃO	SIM	20
<i>Agorafobia Atual</i>				

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"

e

E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<p><i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i></p>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"

e

E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<p><i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i></p>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO	SIM
<p><i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i></p>	

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

♦ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentia-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?	NÃO	SIM
---------------------	-----	-----

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

➔ SIGNIFICA : SE DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA LEME PARAR. AO MÓDULO SEQUENTE

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/ideias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a ideia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por ideias/imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO ➔ passar a H4	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas ideias, ignorá-las ou livrar-se delas?	NÃO ➔ passar a H4	SIM	2
H3	Acha que essas ideias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	NÃO	SIM	3
obsessões				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
compulsões				
H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		➔	NÃO	SIM
H5	Pensa que essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as)?	➔	NÃO	SIM
H6	Essas ideias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	NÃO	SIM	6
H6 É COTADA "SIM" ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL </div>		

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

11	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	➔ NÃO	SIM	1
12	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	➔ NÃO	SIM	2
13	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentia-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM 13 ?	➔ NÃO	SIM	
14	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM 14 ?	➔ NÃO	SIM	
15	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
15 É COTADA SIM?		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> NÃO SIM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL </div>		

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

♦ SIGNIFICA : SE DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA LEME PARAR. ADMÔDULO SEQUENTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
J2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL </div>		
J3	Durante os últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL </div>		

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

♦ SIGNIFICA : SE DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA LEME PARAR AO MÓDULO SEQUENTE

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado(a)"?	NÃO	SIM
----	--	-----	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, "bolinha", "rebite", ritalina, pilulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: "coca", pó, "neve", "branquinha", pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÓCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALLUCINOGENOS: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, "vegetal" (Ayahuasca, daimo, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: "cola", éter, "lança perfume", "cheirinho", "lelé"

CANABINÓIDES: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC, bong, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somaliam®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

INVERSOS: Anabolizantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE ☐
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA ☐
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) ☐

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a. Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b. Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2

COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO → SIM
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

13 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO → SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, DÊ UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				
			BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM 1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM 2 → L1a
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM 3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM 4 → L1a
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM 5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM 6 → L1a
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você ?	NÃO	SIM	SIM 7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM 8 → L1a
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM 9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM 10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes ? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM 11
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM 12 → L1a

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO	SIM	13
	COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.			
b	SE SIM: Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
	<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>			
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOPRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA "SIM" BIZARRO OU DOIS QUESTÕES «a» COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO)?	NÃO	SIM	
		SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA "SIM" BIZARRO OU DOIS QUESTÕES «a» COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO)? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM"?	NÃO	SIM	
		SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM)?			
		→	NÃO	SIM
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idênticas ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 A L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável?	→	NÃO	SIM 18
c	SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11)?	NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA		

M. ANOREXIA NERVOSA

♦ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

M1a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar, embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso													
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50

Homens altura/ peso													
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ARREGLAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	➔ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" pelo menos duas vezes por semana?	➔ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de "comer descontroladamente" tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come?	➔ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de "comer descontroladamente", faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome?	➔ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais?	➔ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO "M")?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de "comer descontroladamente" ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg*?	NÃO	SIM	14
* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO, NA TABELA DO MÓDULO "M" (ANOREXIA NERVOSA)				
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM BULIMIA NERVOSA ATUAL </div>		
	N7 É COTADA "SIM" ?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Peridica / Purgação</i> ATUAL </div>		

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

➔ SIGNIFICA : SE DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentia-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	➔ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	➔ NÃO	SIM	2				
A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC].			NÃO	➔ SIM	3				
O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?		➔ NÃO	SIM	4				
DE O3 A O8 COTAR "NÃO" SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE									
O3	Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:								
	a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6				
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ?	NÃO	SIM	7				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9				
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL									

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	➔ NÃO	SIM	

NÃO CONTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

MLNLI 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Anál (Julho, 2002)

Leclercq Y, Sheehan D, Weiller E, Amorin P, Benora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CID-I. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Leclercq Y, Hammett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Kiskiner A, Schinka J, Krapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Leclercq Y, Hammett Sheehan K, Amorin P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorin P, Leclercq Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CID-I. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:
Afrikaans	R. Enslin	G. Sator, R. Dietz-Bauer, M. Ackenhell
Albanês	I. van Daele, M. Ackenhell, R. Dietz-Bauer	G. Sator, E. Al-Radi
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Bélgica		L.G. Hecov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolensky
Chinês		L. Correll, K.-d. Jiang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scriver
Eslavo	M. Kocmar	M. Kocmar
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilber-Rabola, Y. Leclercq	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Hecov
Estónia	J. Salk, A. Alaja, T. KGH	K. Khoshdel, A. Zamanodi
Farsi/Persa		M. Hekkinen, M. Lijonien, O. Tuominen
Fineandês	M. Hekkinen, M. Lijonien, O. Tuominen	Y. Leclercq, E. Weiller, P. Amorin, T. Hargata
Francês	Y. Leclercq, E. Weiller, P. Amorin, L. Benora, J.P. Lapine	T. Calligas, S. Benora
Grego	S. Benora	M. Patel, B. Patel
Gujarati		R. Bada, I. Levinson
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	C. Mizal, K. Hatz, S. Gumbhir
Hindi		E. Ortiz, K. Shivers, T. Overbeck, K. Denytennere
Holanda/Flamengo	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Meegen	
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Índico	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Hammett-Sheehan, E. Krapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Hammett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Benora, L. Cori, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Casanova, Y. Leclercq, P. Donda, E. Weiller	L. Cori, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsuho, H. Watanabe, H. Miyake, K. Kanijima, J. Shiroda, K. Tanaka, Y. Okajima
Latão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagabadi	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Hjemdahl	K.A. Leiknes, U. Mah, E. Mah, S. Loganger
Polaco	M. Maslak, E. Jasiak	M. Maslak, E. Jasiak
Português	P. Amorin	P. Amorin, T. Gaurras, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorin	P. Amorin
Punjabi		A. Gubani, S. Gumbhir
Romeno		O. Driga
Ruso		A. Byrinsky, E. Seliva, M. Byrinsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Schwedês		K. Kretzschmar
Sueco	M. Wærn, S. Andersson, M. Hamble	C. Allgulander, M. Wærn, A. Brinne, M. Hamble, H. Agren
Turco	T. Örsak, A. Kiskiner, I. Vahip	T. Örsak, A. Kiskiner
Urdú		A. Taj, S. Gumbhir

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos por os laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia.

Os autores agradecem a Drs Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

Anexo X- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP

Recebido: 09/10/07, às 09h
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

HC

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 03/10/2007, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0839/07**, intitulado: **"AVALIAÇÃO DIMENSIONAL DE PERSONALIDADE ENTRE PACIENTES DEPENDENTES DE COCAÍNA/CRACK"** apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **DR. DANILO ANTONIO BALTIERI**

Pesquisador (a) Executante: **FLÁVIA ISMAEL**

CAPPesq, 08 de Outubro de 2007

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão
de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403-010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnnet.usp.br -sol

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addict Behav.* 2014 Jan;39(1):297-301.

Adinoff BA, Rilling LM, Williams MJ, Schreffler E, Schepis TS, Rosvall T, Rao U. Impulsivity, neural deficits and the addictions: The 'oops' factor in relapse. *J Addict Dis.* 2007; 25(S1):25–39.

Aleman, RN. La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20(1), 2008, 59-72.

Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR: Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1998; 50: 137-45

Allport GW. *Personality: A Psychological Interpretation*. New York, NY: Holt Rinehart & Winston; 1937

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, 2000

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22 (3): 106-15

Andrade, A.G. *Avaliação da Eficácia Terapêutica no Alcoolismo*. São Paulo. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1991

Andrade AG, Bernik MA, Brunfentrinker P, Negro Jr PJ. Dados de Confiabilidade sobre uma Entrevista Semi-estruturada para Avaliação de Tratamentos de Alcoolistas: Escala de Severidade de Alcoolismo (ESA). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, Asociación Psiquiátrica de la América Latina*, 1988; 10: 1-4.

Ball SA. Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *J Res Pers*, 2005: 39; 84-102

Ball SA, Carrol KM, Babor TF, Rounsaville BJ. Subtypes of cocaine abusers: Support for a type A - type B distinction. *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63: 115-24.

Ball SA, Kranzler HR, Tennen H, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality disorder and dimension differences between type A and type B substance abusers. *J Pers Disord.* 1998;12(1):1-12.

Baltieri DA. Consumo de Álcool e Drogas e Impulsividade Sexual entre Agressores Sexuais. São Paulo, 2006. 166p. Doutorado (tese) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

Bechara A, Dolan S, Denburg N, Hindes A, Anderson SW, Nathan PE. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia* 2001;39: 376-89.

Breiter HC, Gollub RL, Weisskoff RM, Kennedy DN, Makris N, Berke JD, Goodman JM, Kantor HL, Gastfriend DR, Riorden JP, Mathew RT, Rosen BR, Hyman SE. Acute effects of cocaine on human brain activity and emotion. *Neuron.* 1997; 19:591–611.

Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med* 2002; 59:73-80

Carroll KM. A cognitive-behavioral approach: treatment of cocaine dependence. Rockville (MD): National Institute of Health: 1998.

Carroll, K.M. Un enfoque cognitivo-conductual. El tratamiento de la adicción a la cocaína. FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). Barcelona: CITRAN. 2001

Carroll, K.M., Fenton, L.R., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T.L., Shi, J., Rounsaville, B.J. Efficacy of disulfiram and cognitive-behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 64, 264-72.

Carver CS, Miller CJ. Relations of serotonin function to personality: current views and a key methodological issue. *Psychiatry Res.* 2006;144:1-15.

Caselles A, Micó JC, Amigó S. Cocaine addiction and personality: a mathematical model. *Br J Math Stat Psychol*, 2010; 63: 449-60

Castel S, Formigoni MLOS. Escalas para Avaliação de Tratamentos para Dependências de Álcool e outras Drogas. In *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 1ª ed. São Paulo. 2000. p 287-89

Castel S. Fatores de Predição de Prognóstico de Farmacodependentes Avaliados pela Escala de Seguimento de Dependentes de Substâncias Psicoativas. São Paulo, 1997. 148p. Doutorado (tese)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

Chakroun N, Doron J, Swendsen J. Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models. *Encephale*. 2004;30(6):564-9

Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology*, 2004; 172: 78-86

Claus RE, Kindleberger LR, Dugan MC. Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *J Psychoactive Drugs* , 2002; 34: 69-74.

Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Dev*. 1986; 3: 167-226

Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A Proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 1987: 44; 573-88

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993: 50; 975-90

Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S, Dahan D. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *J Affect Disord*. 2012;136:758-66.

Coton X, Pinto E, Reggers J, Hansenne M, Parent M, Ansseau M. [Impact of personality on the alcohol withdrawal syndrome intensity: a preliminary study with the Cloninger's model]. *Encephale*. 2007;33:264-9.

Crits-Cristoph P, Siqueland L, Blaine J, et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute for Drug Abuse collaborative cocaine treatment study. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56: 493-502.

Cunha, PJ, Nicastrí S, Gomes LP, Moino RM, Peluso MA. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 2004; 26, 2; 103-6.

Da Silveira DX, Doering-Silveira E, Niel M, Jorge MR. Predicting craving among cocaine users. *Addict Behav*. 2006; 31: 2292-7.

De Los Cobos JP, Sinol N, Trujols J, Banuls E, Batlle F, Tejero A. Drug-dependent inpatients reporting continuous absence of spontaneous drug craving for the main substance throughout detoxification treatment. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30: 403-10.

DeVries TJ, Shaham Y, Homberg JR, et al. A cannabinoid mechanism in relapse to cocaine seeking. *Nat Med* 2001; 7: 1151- 4.

de Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol*. 2009; 14: 22–31.

Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(1):95-102.

Dieckmann LH, Ramos AC, Silva EA, Justo LP, Sabioni P, Frade IF, de Souza AL, Galduróz JC. Effects of biperiden on the treatment of cocaine/crack addiction: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(8):1196-202.

Diemen LV, Szobot CM, Kessler FHP, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale BIS 11 to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(2):153-6.

Dillon FR, Turner CW, Robbins MS, Szapocznik J. Concordance among biological, interview, and self-report measures of drug use among African American and Hispanic adolescents referred for drug abuse treatment. *Psychol Addict Behav*. 2005;19: 404-13.

Duailibi, L.B., Ribeiro, M., Laranjeira, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 4, s545-s57.

Ersche KD, Barnes A, Jones PS, Morein-Zamir S, Robbins TW, et al. Abnormal structure of frontostriatal brain systems is associated with aspects of impulsivity and compulsivity in cocaine dependence. *Brain*. 2011; 134: 2013-2024.

Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *J Psychopharmacol*. 1999;13(2):180–92.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualisation of treatment. *Addict Behav* 1978; 3:235-41

Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis*, 2004; 192(7): 503-7.

Ferri CP, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addict Behav*, 1999; 24(6): 815-21

Fieldman NP, Woolfolk RL, Allen LA. Dimensions of self-concept: a comparison of heroin and cocaine addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1995; 21(3): 315-26

Filmore MT, Rush CR. Impaired inhibitory control of behavior in chronic cocaine users. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66: 265-73.

Fox HC, Talih M, Malison R, Anderson GM, Kreek MJ, Sinha R. Frequency of recent cocaine and alcohol use affects drug craving and associated responses to stress and drug-related cues. *Psychoneuroendocrinology*. 2005; 30:880-91.

Freud S. Über Coca. *Centralblatt für die ges. Therapie*. 1885; 2:289-314.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger-validação e versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000: 363-76

Gainey RR, Wells EA, Hawkins JD, Catalano RF. Predicting treatment retention among cocaine users. *Int J Addict*. 1993; 28: 487-505.

Gerdner A, Nordlander T, Pedersen T. Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Subst Use Misuse*. 2002;37(1):1-18

Giannini AJ, Miller NS, Loiselle RH, Turner CE. Cocaine-associated violence and relationship to route of administration. *J Subst Abuse Treat*. 1993; 10(1):67-9.

Goldstein RA, DesLauriers C, Burda A, Johnson-Arbor K. Cocaine: history, social implications, and toxicity: a review. *Semin Diagn Pathol*. 2009;26(1):10-7.

Goldstein RZ, Volkow ND. Drug Addiction and its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159:1642-52.

Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *Br J Psychiatry*. 1994; 164(5):660-4

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use cocaine and alcohol: behavior differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction*, 2006; 109(1):1292-8

Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences between patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol*, 2006; 41(2): 121-5

Grace AA. The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*. 2000; 95: S119-28.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan J, Pickering RP. Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61: 361-8.

Guimaraes LSP, Hirakata VN. Uso do Modelo de Equações de Estimativas Generalizadas na Análise de Dados Longitudinais. *Rev HCPA*. 2012; 32(4): 503-511

Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: Do they represent a different group? *BMC Public Health*, 2006; 6(10):1-7

Gunnarsdóttir ED, Pingitore RA, Spring BJ, Konopka LM, Crayton JW, Milo T, Shirazi P. Individual differences among cocaine users. *Addict Behav*, 2000; 25(5): 641-52

Hagenaars J, McCutcheon A: *Applied latent class analysis*. New York: Cambridge University Press; 2002.

Halikas JA, Kuhn KL, Crosby R, Carlson G, Crea F. The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Compr Psychiatry*. 1991;32(1):22-7.

Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? JAMA, 1996; 276(19): 1580-8

Hayaki J, Anderson B, Stein M. Sexual risk behaviors among substance users: relationship to impulsivity. Psychol Addict Behav. 2006;20(3):328-32

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991; 86:1119-27

Heinz A, Reimold M, Wrase J, Hermann D, Croissant B, Mundle G, et al. Correlation of stable elevations in striatal mu-opioid receptor availability in detoxified alcoholic patients with alcohol craving: a positron emission tomography study using carbon 11-labeled carfentanil. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:57-64.

Helmus TC, Downey KK, Arfken CL, Henderson MJ, Schuster CR. Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. Drug Alcohol Depend. 2001; 61: 287-95.

Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, Gutierrez F. Personality profile in young current regular users of cocaine. Subst Use Misuse. 2008; 43: 1378-94.

Hopwood, CJ; Baker, KL; Morey, LC. Personality and drugs of choice. Lipman, JJ. Personality, drug abuse and murder: A pilot study. The Forensic Examiner, 10(1-2), 2001, 20-26.

Hopwood CJ, Morey LC, Skodol AE, Sanislow CA, Grilo CM, Ansell EB, McGlashan TH, Markowitz JC, Pinto A, Yen S, Shea MT, Gunderson JG, Zanarini MC, Stout RL. Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. Addict Behav. 2011; 36(11):1087-90.

Hochgraf, P.B. - Alcoolismo Feminino: Comparação de Características Sociodemográficas e Padrão de Evolução entre Homens e Mulheres Alcoolistas- São Paulo, Tese (Doutorado) _ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 112p, 1995

II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação

sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

Jerome H. Jaffe, M.D. Cocaine-Related Disorders. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry . Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 7th edition (January 15, 2000)

Kampman KM. What's new in the treatment of cocaine addiction? Curr Psychiatry Rep. 2010;12(5):441-7

Kessler F, Pechansky F. Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência. 1ª ed. Porto Alegre. 2006

Kilts CD, Schweitzer JB, Quinn CK, et al. Neural activity related to drug craving in cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 334-41.

Kiluk BD, Babuscio TA, Nich C, Carroll KM. Smokers versus snorters: do treatment outcomes differ according to route of cocaine administration? Exp Clin Psychopharmacol. 2013;21(6):490-8

King AC, Canada SA. Client-related predictors of early treatment drop- out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. J Subst Abuse Treat. 2004; 26: 189-95.

Kranzler HR, Satel S, Apter A. Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. Compr Psychiatry. 1994; 35(5):335-40.

L'Abate L: A family theory of impulsivity, in the impulsivity client. Edited by McCown WG, Johnson JL, Shure MB. Washington, DC, American Psychological Association, 1993, pp 93–117

Leal J, Ziedonis D, Kosten T. Antisocial personality disorder as a prognostic factor for pharmacotherapy of cocaine dependence. Drug Alcohol Depend. 1994; 35(1): 31-5.

Levenson MR, Jennings PA, Aldwin CM, Shiraishi RW. Self- transcendence: conceptualization and measurement. Int J Aging Hum Dev. 2005; 60: 127-43.

Leventhal AM, Waters AJ, Boyd S, Moolchan ET, Heishman SJ, Lerman C, et al. Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. Addict Behav. 2007;32: 2976-89.

Leyton M, Boileau I, Benkelfat C, Diksic M, Baker G, Dagher A. Amphetamine-induced increases in extracellular dopamine, drug wanting, and novelty seeking: A PET/[11C]raclopride study in healthy men. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 27:1027-35

Lim KO, Wozniak JR, Mueller BA, Franc DT, Specker SM, Rodriguez CP, Silverman AB, Rotrosen JP. Brain macrostructural and microstructural abnormalities in cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 92:164–72

Lipman, JJ. Personality, drug abuse and murder: A pilot study. *The Forensic Examiner*, 10(1-2), 2001, 20-26.

Lopez Duran A, Becona Iglesias E. Patterns and personality disorders in persons with cocaine dependence in treatment. *Psicothema*, 2006;18(3):578-83

Loree AM, Lundahl LH, Ledgerwood DM. Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug Alcohol Rev*. 2014; 31 [Epub ahead of print]

Markel H. Über Coca: Sigmund Freud, Carl Koller, and Cocaine. *JAMA*, 2011 305, No. 13 (Reprinted), pp 1360-1

Maude-Griffin PM, Hohenstein JM, Humfleet, GL et al. Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 832-7.

McCaul ME, Svikis DS, Moor RD. Predictors of outpatient treatment retention: Patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 62: 9-17.

Means LB, Small M, Capone DM, Capone TJ, Condren R, et al. Client demographics and outcome in outpatient cocaine treatment. *Int J Addict*. 1989; 24: 765-83.

Mitchell MR, Potenza MN. Addictions and Personality Traits: Impulsivity and Related Constructs. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2014; 1:1–12

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.

Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, et al. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2001; 21: 193-8.

Moss PD, Werner PD (1992). An MMPI typology of cocaine abusers. *J Pers Assess* 58: 269-276.

Munoz MA, Martinez JA, Fernandez-Santaella MC, Vila J, Cepeda- Benito A. Two scales to evaluate cocaine craving. *Subst Use Misuse*. 2010;45:1303-18.

Nappo SA, Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Santos SA, Coradette Jr J, Pacca JCB, et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST-AIDS. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Unifesp – Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Negrete JC. Cocaine problems in the coca growing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p.40-9. [Ciba Foundation Symposium 166]

Nicastri S. Métodos de neuroimagem e abuso de substâncias psicoativas. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2001; 23, supl. 1: 28-31

Nylund KL, Asparouhov T, Muthén BO. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*. 2007; 14: 535-69

O'Brien CP. Anticraving medication for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1423-31.

O'Brien MS, Anthony JC. Risk of becoming cocaine dependent: epidemiological estimates for the United States, 2000-2001. *Neuropsychopharmacology*, 2005; 30(5): 1006-18

Oliveira, LG, N SA. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev. psiquiatr. clín*. 2008; 35(6): 212-18.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Artmed, Porto Alegre, 1993

Patkar AA, Murray HW, Mannelli P, Gottheil E, Weinstein SP, Vergare MJ. Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine-dependent patients. *J Addict Dis*. 2004;23(2):109-22.

Patton Jh, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-74

Pedrero Pérez EJ. [Assessment of functional and dysfunctional impulsivity in substance-addicted patients by means of Dickman's Inventory]. *Psicothema*, 2009;21(4):585-91

Penberthy JK, Ait-Daoud N, Vaughan M, Fanning T. Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev.* 2010 Mar;3(1):49-62

Reed PG. The theory of self-transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR (Eds.), *Middle range theory for nursing*. Springer, New York. 2008

Ribeiro M. O crack em São Paulo: histórico e perspectivas, *Revista Debates* 2010, Associação Brasileira de Psiquiatria.

Roll JM, Saules KK, Chudzynski JE, Sodano R. Relationship between Tridimensional Personality Questionnaire scores and clinic attendance among cocaine abusing, buprenorphine maintained outpatients. *Subst Use Misuse.* 2004;39(6):1025-40.

Rosenberg H. Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29:519-34.

Rosselli M, Ardila A, Lubomski M, Murray S, King K. Personality profile and neuropsychological test performance in chronic cocaine-abusers. *Int J Neurosci.* 2001;110(1-2):55-72.

Rousanville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *J Nerv Ment Dis*, 1998; 186(2):87-95.

Ruiz, P. e E. Strain, Eds. (2011). *Substance Abuse A comprehensive Textbook*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Sánchez L, Díaz-Morán S, Grau-López L, Moreno A, Eiroa-Orosa FJ, Roncero C, Gonzalvo B, Colom J, Casas M. Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema.* 2011;23 (1) :107-13.

Schmitz JM1, Mooney ME, Green CE, Lane SD, Steinberg JL, Swann AC, Moeller FG. Baseline neurocognitive profiles differentiate abstainers and non-abstainers in a cocaine clinical trial. *J Addict Dis.* 2009 Jul;28(3):250-7.

Schreckenberger M, Klega A, Grunder G, Buchholz HG, Scheurich A, Schirrmacher R, et al. Opioid receptor PET reveals the psychobiologic correlates of reward processing. *J Nucl Med*. 2008;49:1257-61.

Scivoletto, S. -Tratamento Psiquiátrico Ambulatorial de Adolescentes Usuários de Drogas- Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 103p, 1997.

Sinha R, Talih M, Malison R, Cooney N, Anderson GM, Kreek MJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sympatho-adreno-medullary responses during stress-induced and drug cue-induced cocaine craving states. *Psychopharmacology (Berl)*. 2003;170:62-72.

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biol Psychiatry*. 2002; 51: 936-50.

Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II Comorbidity of Substance Use Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 1999; 156: 733-38.

Spotts JV, Shontz FC. Drugs and personality: dependence of findings on method. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1986;12(4):355-82.

Stotts AL, Mooney ME, Sayre SL, Novy M, Schmitz JM, et al. Illusory predictors: Generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addict Behav*. 2007; 32: 2819-2836.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 991-9

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 106: 189-95.

Szekely A, Ronai Z, Nemoda Z, Kolmann G, Gervai J, Sasvari- Szekely M. Human personality dimensions of persistence and harm avoidance associated with DRD4 and 5-HTTLPR polymorphisms. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2004;126B: 106-10.

Tavares H, Zilberman ML, Hodgins DC, el-Guebaly N. Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29:1427-31

Tomasi D, Goldstein RZ, Telang F, Maloney T, Alia-Klein N, Caparelli EC, Volkow ND. Widespread disruption in brain activation patterns to a working memory task during cocaine abstinence. *Brain Res.* 2007; 1171:83–92

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Global Illicit drug trends 2001 [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. Available from: URL: https://www.unodc.org/pdf/report_2001-06.../report_2001-06-26_1.pdf

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). World Drug Report 2013 [online]. Vienna: UNODCCP. Available from: URL: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/WDR/2013/World_Drug_Report_2013.pdf

Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 2001; 16: 274-82

Volkow ND, Fowler JS, Wolf AP, Schlyer D, Shiue CY, Alpert R, Dewey SL, Logan J, Bendriem B, Christman D, Hitzemann R, Henn F. Effects of chronic cocaine abuse on postsynaptic dopamine receptors. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:719–24

Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Hitzemann R, Logan J, Schlyer DJ, Dewey SL, Wolf AP. Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. *Synapse*. 1993; 14:169–77

Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Gatley SJ, Hitzemann R, Chen AD, Dewey SL, Pappas N. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature*. 1997; 386:830–3.

Vonmoos M, Hulka LM, Preller KH, Jenni D, Schulz C, Baumgartner MR, Quednow BB. Differences in self-reported and behavioral measures of impulsivity in recreational and dependent cocaine users. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133(1):61-70

Xu J, DeVito EE, Worhunsky PD, Carroll KM, Rounsaville BJ, Potenza MN. White matter integrity is associated with treatment outcome measures in cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(7):1541-9

Washton AM. Ingredients of effective treatment. In: *Cocaine Addiction Treatment, Recovery and Relapse Prevention*. 1 ed. WW Norton & Company. New York. 1991. 61-77

Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson V, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*, 2003; 183: 304-13

Weiss RD, Griffin ML, Mazurick C, Berkman B, Gastfriend DR, Frank A, et al. The relationship between cocaine craving, psychosocial treatment, and subsequent cocaine use. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1320-5

Winhusen T, Lewis D, Adinoff B, Brigham G, Kropp F, Donovan DM, Seamans CL, Hodgkins CC, Dicenzo JC, Botero CL, Jones DR, Somoza E. Impulsivity is associated with treatment non-completion in cocaine- and methamphetamine-dependent patients but differs in nature as a function of stimulant-dependence diagnosis. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(5):541-7