

**FCM – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**CESED - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR E DESENVOLVIMENTO**  
**FACISA - FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CLÁUDIO DA CRUZ SANTOS**

**O AVANÇO DO CRACK NA SOCIEDADE BRASILEIRA  
E SEUS MALES NA SAÚDE PÚBLICA – UMA REVISÃO  
TEÓRICA**

**JOÃO PESSOA – PB**  
**2011**

**CLÁUDIO DA CRUZ SANTOS**

**O AVANÇO DO CRACK NA SOCIEDADE BRASILEIRA  
E SEUS MALES NA SAÚDE PÚBLICA – UMA REVISÃO  
TEÓRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como pré-requisito para a obtenção do título de  
Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de  
Ciências Sociais Aplicadas.

Área de Concentração: Saúde Mental  
Orientadora: Viviane Marques Guedes

**JOÃO PESSOA – PB  
2011**

**CLÁUDIO DA CRUZ SANTOS**

**O AVANÇO DO CRACK NA SOCIEDADE BRASILEIRA  
E SEUS MALES NA SAÚDE PÚBLICA – UMA REVISÃO  
TEÓRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública outorgado pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Campina Grande-PB.

APROVADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

EXAMINADOR:

---

Profª. Ms. Viviane Marques Guedes  
Orientadora



A todos que sempre me apoiaram, contribuindo para a concretização de mais uma realização. A vocês a minha eterna gratidão. DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ter tão pouco a pedir, e muito a agradecer.

A minha mãe, pelas oportunidades a mim concedidas, pelo amor, carinho, pela confiança depositada em minha pessoa e pela dedicação, estando sempre presentes, ajudando-me nas dificuldades e vibrando com cada vitória alcançada.

A minha namorada e companheira DENICLÉCIA pelo apoio e paciência durante os dias difíceis desta aprendizagem,

À coordenação do Curso de Especialização, por sua dedicação e empenho, buscando sempre o engrandecimento do nosso curso.

A todos os docentes do Curso de Especialização em Serviços de Saúde Pública, por compartilharem comigo grande parcela dos seus conhecimentos.

A todos os colegas de sala, pelos momentos e expectativas compartilhados durante as aulas.

Aos que acreditam e trabalham na construção de uma atenção à saúde mais justa e humanizada.

Aos Diretores do Colégio Evolução – Risque e Rabisque, pelo apoio incondicional.

Aos que fazem a Escola Técnica Rosa Mística (Mamanguape), em especial o Sr<sup>o</sup>. Erivaldo e a Sr<sup>a</sup>. Verônica, pela oportunidade a mim concedida, na grande responsabilidade de lecionar.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, expresso o meu sincero agradecimento.

## Os Cegos Do Castelo

*Eu não quero mais mentir  
Usar espinhos que só causam dor  
Eu não enxergo mais o inferno que me atraiu  
Dos cegos do castelo me despeço e vou  
A pé até encontrar  
Um caminho, o lugar  
Pro que eu sou  
Eu não quero mais dormir  
De olhos abertos me esquenta o sol  
Eu não espero que um revólver venha explodir  
Na minha testa se anunciou  
A pé a fé devagar  
Foge o destino do azar  
Que restou  
E se você puder me olhar  
E se você quiser me achar  
E se você trazer o seu lar  
Eu vou cuidar, eu cuidarei dele  
Eu vou cuidar  
Do seu jardim  
Eu vou cuidar, eu cuidarei muito bem dele  
Eu vou cuidar  
Eu cuidarei do seu jantar  
Do céu e do mar, e de você e de mim*

*Nando Reis*

## RESUMO

O objetivo desse trabalho consiste em realizar uma revisão bibliográfica sobre o conhecimento dos profissionais da atenção básica, identificando se os mesmos detêm informações a cerca de métodos de reconhecimento: triagem por uso de instrumentos de fácil aplicação e critérios diagnósticos; na abordagem aos usuários dependentes de CRACK e quais as atitudes em relação a: prevenção, tratamento; recuperação; reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; avaliações e as praticas de saúde no cuidado básico aplicados a estes clientes usuários de crack, bem como a aceitabilidade do uso da Terapia Comunitária como forma de prevenção no Brasil. A diversidade de problemas e de pessoas envolvidas com as drogas permite dizer que o abuso de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública da maior importância. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo; a dependência química é determinada por uma série de motivos, todos com papel importante, como: fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais. A dependência de drogas é um estado mental e, muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga psicoativa, e sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência. No Brasil, esse problema é avaliado de acordo com a frequência de internações em instituições psiquiátricas e pesquisas realizadas no meio estudantil. Em pesquisa realizada no país entre 1988 e 1999, e ainda segundo o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizada em 2005, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, revelou que no ano em questão, houve um aumento de 4,7% para 15,5% na proporção das internações provocadas pela dependência de outras drogas em relação ao álcool. No período, as internações por uso de cocaína passaram de 0,8% para 4,6%, lembrando que a cocaína a base da fabricação do crack. Na Paraíba; segundo matéria no Jornal A União, há cerca de 226 mil pessoas dependentes químicas de CRACK, porém estes são dados preliminares levantados pelo Programa Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (PEPD-PB). Na realidade, esta marca pode ser maior, já que essa trata de uma projeção, se levarmos em consideração como referência que para cada 100 pessoas no estado, seis são viciadas em alguma droga, em principal o CRACK.

**Palavras-chave:** CRACK; Conhecimentos, atitudes e praticas em saúde; Programa Saúde da Família; Terapia comunitaria de prevenção do uso de drogas.

## SUMMARY

The objective of this work consists in conducting a literature review on the knowledge of basic care professionals, identifying whether they have information about recognition methods: sorting by use of instruments of easy application and diagnostic criteria; the approach users dependent on CRACK and what attitudes towards the prevention, treatment; recovery; social reintegration; reduction of social harm and health; reviews and health practices in basic care applied to these clients crack users, as well as the acceptability of the use of Community Therapy as a means of prevention in Brazil. The diversity of problems and people involved with drugs lets say that the abuse of psychoactive substances is a public health problem of the utmost importance. According to the World Health Organization (2004), about 10% of the populations of urban centers around the world, consuming psychoactive substances abuse regardless of age, sex, education level and purchasing power; chemical dependency is determined by a number of reasons, all with important role, such as: biological, psychosocial factors, genetic, environmental and cultural. Drug addiction is a mental state and often physical, that results from the interaction between a living organism and a psychoactive drug, and always includes a compulsion to use the drug to try your psychic effect or avoid the discomfort caused by his absence. In Brazil, this problem is evaluated according to the frequency of hospitalizations in psychiatric institutions and research student in the Middle. In research conducted in the country between 1988 and 1999, and also according to the Household Survey II on the use of psychotropic drugs in Brazil, held in 2005, by the Brazilian Center for information on psychotropic drugs, revealed that in that year, an increase of 4.7% to 15.5% in the proportion of hospitalizations caused by addiction to other drugs in relation to alcohol. In the period, the admissions by use of cocaine increased from 0.8% to 4.6%, noting that manufacturing base cocaine crack. Paraíba; second story in the journal of the Union, there are approximately 226 thousand people dependent on chemical CRACK, however these are preliminary data raised by the State program of public policy on drugs (PEPD-PB). In reality, this tag can be larger, since this is a projection, if we take into consideration as reference that for every 100 people in the State, six are addicted to any drug, in the main CRACK.

Keywords: CRACK; Knowledge, attitudes and practices in health; Family health programme; Therapy comunitaria de prevention of drug use.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
ASI.....	Addiction Severty Index
ASSIST.....	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT .....	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVE.....	Acidente vascular encefálico
CAGE.....	Cut - down; Annoyed; Guilty e Eye – opener
CAPES.....	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad .....	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CEBRID.....	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10 .....	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Versão
CONAD.....	Conselho Nacional Antidrogas
CONEN.....	Conselho Estadual de Entorpecentes
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS.....	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS.....	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DUSI.....	Drug Use Screening Inventory
DSM-IV .....	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição
DSM-IV-TR .....	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF.....	Estratégia Saúde da Família
EUA.....	Estados Unidos da América
MS.....	Ministério da Saúde
NASF-3.....	Núcleos de Apoio à Saúde da Família Modalidade 3
NESCON.....	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB.....	Norma Operacional Básica
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
PEPD-PB.....	Programa Estadual de Políticas sobre Drogas da Paraíba
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
REBEn.....	Revista Brasileira de Enfermagem
SENAD.....	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD.....	Sistema Nacional Antidrogas
SUS.....	Sistema Único de Saúde
T-ASI.....	Tenn Addction Severty Index
TC.....	Terapia Comunitária
UBS.....	Unidades Básicas de Saúde
USF.....	Unidade Saúde da Família
WHO.....	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>O AVANÇO DO CRACK NA SOCIEDADE BRASILEIRA E SEUS MALES NA SAÚDE PÚBLICA – UMA REVISÃO TEÓRICA</b> .....	18
2.1	O HISTÓRICO DO CRACK NO PAÍS, SEUS MALES A SAÚDE E OS DESAFIOS PARA O TRATAMENTO DOS USUÁRIOS NO BRASIL.....	18
2.2	ESTUDOS E DISCUSSÕES SOBRE A IDENTIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO, ABORDAGEM E MÉTODOS TERAPÊUTICOS DE TRATAMENTO DE CLIENTES DEPENDENTES – REFERENCIAL TEÓRICO. ....	24
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>4</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
	<b>ANEXOS</b> .....	40
	<b>ANEXO A</b> .....	41
	<b>ANEXO B</b> .....	42
	<b>ANEXO C</b> .....	43
	<b>ANEXO D</b> .....	46
	<b>ANEXO E</b> .....	54

## 1 - INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma revisão crítica da literatura sobre o uso indevido e abusivo de Crack e bem como os métodos de diagnósticos utilizados pelos profissionais da atenção básica, de forma particular investigamos como foi referenciada a identificação de clientes usuários de crack, o acolhimento, a triagem por uso de instrumentos de fácil aplicação e o encaminhamento correto destes clientes dependente de crack. Focaliza especificamente o lugar, o papel e a co-responsabilidade das equipes de ESF no conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial, da família como instituição que elabora as relações primárias. A maioria dos textos revisados tem como objetivo socializar os conhecimentos, a atenção das equipes dispensadas aos clientes usuários de crack; porém deixavam claro que mesmo dotado de muitos conhecimentos, nossos clientes não eram visto como preconiza os princípios do SUS: universalidade, integralidade e da equidade, onde a universalidade supõe acesso igualitário aos serviços e ações de saúde, a equidade possibilita a concretização da justiça e a integralidade requer ações intersetoriais, interdisciplinar e uma nova governança na gestão de políticas públicas de saúde e atenção aos clientes usuários de crack, bem como de outras drogas, Finalmente, considera que as noções equivocadas e vista de forma a marginalizar os dependentes podem nos levar a referenciar à desigualdade, diferença e iniquidade como estigma. Melhorar a qualidade do atendimento a população adicta; e subsidiar a implementação de políticas preventivas. A presente revisão tem como objetivos auxiliar as equipes das ESF nas possíveis dificuldades expressivas existentes no dia-a-dia destes profissionais que atuam na atenção primária, quanto ao manejo dos clientes dependentes químicos de crack, na prática habitual da unidade de saúde. Tais dificuldades podem estar pautadas a distintos fatores, além da formação educacional e a complexidade do próprio tema, sua representação social (às vezes negativas) dos dependentes. Não tendo o intuito de esgotar o assunto, a presente investigação se propõem a atingir os seguintes objetivos: Triagem por uso de instrumentos de fácil aplicação e critérios diagnósticos, na abordagem aos clientes dependentes de crack; reconhecer a necessidade de atendimento dos usuários de substâncias psicoativas em serviço não especializado como meio de desestigmatização; Atendimento de modo adequado, no nível da atenção primária à Saúde a clientes usuários ou portadores de transtornos relacionados ao consumo de crack. Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica de Saúde na abordagem ao

dependente de crack, detectando as atividades de identificação preliminares desenvolvidas por estes profissionais no atendimento destes usuários, bem como as estratégias de cuidados básicos de medicina e enfermagem aplicados a eles. Este estudo se mostra pertinente devido à problemática trazida pela dependência de crack, sendo este tão nocivo à sociedade quanto ao indivíduo e sua família, e o papel dos profissionais da Atenção Básica de Saúde não estão ligados somente ao tratamento de usuários de crack e sua respectiva doença, mas também possui um caráter de educação preventiva, informação e re-introdução social e familiar; ou seja, o uso da terapia comunitária (TC) na prevenção de uso de drogas e identificar as atitudes dos profissionais das unidades de Saúde da Família frente ao uso de crack por clientes e a dependência química destes. Caracterizar os clientes usuários de crack atendidos na Atenção Básica (diagnóstico, encaminhamentos, referência e contra-referência), descrever a o grau de conhecimento de cada profissional das ESF, descobrindo se eles detêm o conhecimento e o domínio sobre os instrumentos de triagem, descrevendo a inter-relação crack e intervenções na família do dependente e a importância desta relação e identificar os instrumentos e condutas de trabalho utilizadas durante o atendimento aos usuários de crack, nos estados de intoxicação aguda e/ou surto psicótico induzido por uso abusivo da droga. Conhecer o histórico dos dependentes de crack e das políticas de saúde básica, sobretudo os métodos e protocolo de reconhecimentos preliminares (triagem por uso de instrumentos de fácil aplicação), a atribuição dos profissionais de saúde básica como agentes de mudança no contexto de atenção à família é de suma importância no que se refere ao processo de identificar, acolher e encaminhar ao atendimento especializado correto. Destaca-se que os Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de enfermagem e Enfermeiros são agentes-chaves como pesquisadores e profissionais da área da saúde pública, são imprescindíveis que eles conheçam a problemática das drogas nas comunidades de atuação, sendo eles percussores no processo da transformação social, participando no desenho e na implantação de programas e projetos de promoção de saúde, prevenção do uso e abuso de crack e integração social. Entendemos que uma equipe de ESF, desde que capacitada, pode contribuir efetivamente com a sua prática nessa área de grande relevância social. Pois possuindo conhecimento dos meios de triagem por uso de instrumentos de fácil aplicação e critérios diagnósticos, na abordagem aos clientes usuários dependentes de crack, sendo a compreensão dos prejuízos ligados a temática e consciência da seriedade do papel exercido na sociedade, seja como trabalhador no campo, como educador ou como parte desta

sociedade, tendo parte do sacerdócio da ocupação a dispersão dos subsídios que proporcione ao indivíduo qualidade de vida e equilíbrio no eco das relações e no seu convívio social. Esta temática em pauta é por demais importantes para os profissionais que atuam na área de saúde pública uma vez que vai exigir conhecimentos variados, obrigando esses profissionais a repensarem métodos que melhorem a relação dos profissionais das ESF e os clientes dependentes em crack. Assim como às difíceis condições de trabalho dos profissionais das ESF e o tratamento dispensado aos dependentes de crack, podem ser melhorados a partir desse estudo. Como pesquisadores e profissionais da área da saúde pública, são imprescindíveis que conheçamos a problemática das drogas em nossas comunidades de atuação, para realizarmos mudanças em nosso presente. Ou seja, se quisermos construir um modelo assistencial melhor para as pessoas que sofrem com a dependência química, devemos fazer um resgate crítico do vivido e já experimentado. Por isso a proposta desse estudo se faz necessária. A metodologia utilizada para esse trabalho foi à seleção de artigos de interesse a partir de levantamentos bibliográficos em acervos do sistema informatizado: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), Programa Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (PEPD-PB), Abead (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas), CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), NESCON – Biblioteca Virtual, no Banco de Teses da CAPES e em periódicos locais. A partir da elaboração dessa revisão foi observado que as seguintes informações: em algumas cidades do Brasil e especialmente nas cidades da Paraíba, percebemos que nossos profissionais de estratégias de saúde da família não detêm os métodos ou protocolos de reconhecimento primário de usuários de Crack e não estão familiarizados com a Terapia Comunitária de prevenção do uso de drogas, e nem tão pouco fazem o encaminhamento correto destes usuários para o atendimento correto, restringindo suas ações ao encaminhamento dos usuários a serviços mais especializados em saúde mental CAPS e hospitais, quando na verdade deveria esses usuários ser encaminhados ao NASF-3, CAPS-ad e/ou as rodas de Terapia Comunitária de prevenção, que podem e devem ser criadas nas unidades dos Distritos Sanitários das cidades, verificou-se ainda que os estudos ainda são incipientes e não temos à disposição na comunidade científica um conjunto teórico relevante que possam ser utilizados visando à atualização das atuais políticas públicas referentes a este tema. Deve-se redefinir a atenção, colocando um novo paradigma de saúde como direito e construção social comunitária, a partir de uma visão globalizante dos processos de interação social.

## **2 - O AVANÇO DO CRACK NA SOCIEDADE BRASILEIRA E SEUS MALES NA SAÚDE PÚBLICA – UMA REVISÃO TEÓRICA**

### **2.1 – O histórico do crack no país, seus males a saúde e os desafios para o tratamento dos usuários no Brasil**

Há alguns anos o crack foi introduzido no Brasil, o uso da droga estava restrito a classe menos abastada, devido ao baixo valor comercial, começava assim uma trajetória negra e mortal, alguns dos primeiros usuários eram moradores de rua, que na maioria das vezes mendigavam esmolas; afirmando ser para comprar de alimentos, ledo engano; todo lucro obtido através da bondade dos outros, era para a compra de crack. Os moradores de rua que antes cheiravam colam, fumavam maconha e consumiam álcool, viram no crack uma droga de reações rápidas e uma forma de abrandar os seus mais diversos problemas. Na época da introdução do crack no Brasil, as autoridades acreditavam que o crack não sairia do consumo dos mais pobres e dos moradores de rua, por isso não deram a importância devida à problemática, apesar disso, o seu consumo irrompeu as barreiras da sociedade, conquistou outras classes da sociedade, alargando-se velozmente e ferozmente, transformando-se uma epidemia de âmbito nacional e aí, diante de todo brado público, os estados passaram a correr contra o prejuízo, embora acanhadamente. O crack saiu levando ao buraco uma abundância de pessoas em todas as partes, fazendo milhares de vítimas em todo território nacional, aumentando espacialmente a violência aonde se abrigou e montou suas bases de distribuição e venda.

Nos últimos cinco anos o número de usuários dessa droga em todo o país quase dobrou, passando de 380 mil para 610 mil (dados do MS), apesar das mortes constantes advindas do crack e pelo crack, pois se assim não fosse, por certo já teríamos ultrapassado a casa de um milhão de viciados, devido a sua rápida proliferação e difícil recuperação curativa. (MARQUES, 2010).

O crack causa destruição de neurônios e provoca ao seu usuário à degeneração dos músculos do seu corpo, conhecida na medicina como rabiomiólise, o que dá aquela aparência esquelética ao indivíduo, ou seja, ossos da face salientes, pernas e braços finos e costelas aparentes. O usuário do crack pode ter convulsão e como consequência desse fato, pode levá-lo a uma parada respiratória, coma ou parada cardíaca e enfim, a morte. Além disso, para o debilitado

e esquelético (um zumbi) sobrevivente seu declínio físico é assolador, como infarto, dano cerebral, doença hepática e pulmonar, hipertensão, acidente vascular encefálico (AVE), câncer de garganta e traquéia, além da perda dos seus dentes, pois o ácido sulfúrico que faz parte da composição química do crack assim trata de furar, corroer e destruir a sua dentição, além da inalação de substâncias advindas da queima do alumínio das latinhas (cerveja e refrigerantes) que os usuários de crack usam para queimar as pedras.

Reconhecer o consumido de crack, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exigem a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção. (A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS pg 8 - 2ª edição revista e ampliada; Série B. Textos Básicos de Saúde; Brasília – DF – 2004).

A OMS (CONEN, 2001) considera que uma pessoa só pode ser considerada como dependente se o seu padrão de consumo apresentar ao longo dos últimos doze meses, pelo menos três dos seguintes indicativos: forte desejo ou compulsão de consumir drogas, incapacidade de controlar o uso, estado fisiológico de abstinência, tolerância, diminuição da autocrítica em relação ao ambiente, hora ou motivos para o consumo de drogas, negligência progressiva de prazeres e outros interesses em favor do uso de drogas, persistência no uso de drogas, apesar de esforços mal sucedidos em abandoná-la e retorno ao uso de drogas após períodos de abstinência.

Embora os estudos epidemiológicos, no Brasil, sejam insuficientes para retratar a realidade, demonstram que os problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas refletem de forma direta na saúde pública e exigem políticas voltadas para ações no nível da promoção da saúde, prevenção e tratamento dos dependentes químicos (SCHEFFER; DE SOUZA; MELLO FILHO; PLAZA; VIDAL, 2006 *apud* GONÇALVES, 2002, pg. 14).

Durante anos as questões relacionadas às drogas no Brasil foram tratadas apenas com atuações repressiva policialesca e de forma marginalizada, não sendo distinguida como uma questão de saúde pública. Quando um cliente da ESF buscava tratamento, comumente era

internado em nosocômios psiquiátricos e referenciados por estas equipes com o estigma de marginal.

A primeira legislação sobre drogas instituída no Brasil foi através da lei nº 6.368 de 1976, tendo estado em vigência por 26 anos. Também em 1976, a união criou o Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD, com o objetivo de estabelecer, articular e agregar as atividades do campo público para prevenir o uso indevido de drogas, reduzir os danos decorrentes desse uso, tratar e reinserir os usuários e dependentes de drogas e debelar a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito, por meio de políticas segurança pública.

Somente no ano de 1998, em Assembléia Geral das Nações Unidas, o então Presidente Fernando Henrique Cardoso se compromissou a aderir aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, estabelecidos pelos Estados-Membros, assumindo um pacto político, social, sanitário e educacional de caráter permanente, no investimento em programas de redução da demanda. No mesmo ano criou-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que tinha como objetivo coordenar as ações de redução da demanda e ficava subordinada à estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Ainda em 1998, o Conselho Federal de Entorpecentes foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

Em 2000, foi regulamentado pelo Presidente o Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD, sendo que um dos princípios básicos passou a ser o de responsabilidade compartilhada entre Governo e Sociedade (SENAD, 2004).

Já na III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2001, destacou a necessidade de (re)afirmação e (re)elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que garantisse seu atendimento pelo SUS e considerasse seu caráter multifatorial (e não apenas problema de saúde), alertando a sociedade e as autoridades para a situação. Também estabeleceu as dez recomendações básicas para ações na saúde mental:

1. Promover assistência em nível de cuidados primários;
2. Disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental;
3. Promover cuidados comunitários;
4. Educar a população;
5. Envolver comunidades, familiares e usuários;

6. Estabelecer políticas, programas e legislação específica;
7. Desenvolver recursos humanos;
8. Atuar de forma integrada com outros setores;
9. Monitorar a saúde mental da comunidade;
10. Apoiar mais pesquisas. (SENAD, 2004)

Na forma de uma política repressiva a lei 6.368/76 referia-se a “entorpecentes”, enquanto que a lei 10.409/02, a “produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica” (SENAD, 2004). Um dos avanços trazidos pela Lei 10.409 foi o de atribuir ao Ministério da Saúde o poder de regulamentar ações que visem a redução dos danos sociais e a saúde. A Política Nacional Antidrogas foi instituída em 26 de agosto de 2002, através do decreto no. 4.345. É uma política de enfrentamento interministerial e está fundamentada na participação da sociedade civil. Nela, cada Ministério fica responsável em criar sua política de enfrentamento, porém, em interface com a PNAD e com as dos outros Ministérios.

Assim, o Ministério da Saúde elaborou, em 2003, a política setorial de saúde que é denominada de “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, tendo como marco teórico-político dessa o tratamento da questão das drogas como um grave problema de “saúde pública”. A concepção de política específica baseia-se nas ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Considera como primordial: intensificação de dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada; práticas de cunho terapêutico, preventivo e educativo; lógica ampliada da redução de danos; conceitos de território e rede (integralidade); construção do plano de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas, tomando como base os princípios do SUS, a desinstitucionalização, a ampliação do acesso e da rede de cuidados, garantindo o acesso a alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário; consolidação e expansão da rede de Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS); implantação do Plano Nacional de Redução de Danos à Saúde causados pelo álcool, com ações de prevenção, educação em saúde, e integração com outras áreas de governo; estudo, avaliação e definição da função complementar das chamadas “comunidades terapêuticas”; fortalecimento do processo de gestão estadual e municipal de recursos financeiros, humanos e físicos; estabelecimento de parcerias entre diferentes esferas do governo, sociedade civil, setor privado, universidades, implantação/implementação de rede assistencial especializada,

integrada a outros dispositivos extra-hospitalares; contribuição para a integração da rede de atenção básica (USFs, UBS) com CAPS; elaboração de campanhas que promovam a humanização da atenção e reduzam o estigma relacionado aos clientes usuários de drogas.

Desta forma, fica garantido aos usuários de serviços de saúde, e aos que sofrem de transtornos decorrentes do uso e abuso álcool e outras drogas, a universalidade e totalidade de acesso e direito à assistência. Preconiza-se ainda a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando as ações de acordo com as necessidades da população.

Assim, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas deve articular-se internamente com outros programas com enfoque no município, com as comunidades locais e com a realidade da família, especialmente com a Estratégia de saúde da família (ESF), embora, na maioria das unidades de saúde (USFs, UBS) com ESF implantado, ainda se tenham poucas ações para a demanda de usuários com transtornos mentais relacionadas ao consumo de crack, sendo a internação a principal medida tomado frente a esse caso.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde através da Portaria 2.197/2004, redefiniu e ampliou a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS sendo que no seu Art. 2º estabelece que o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas tenham como seus principais componentes: Componente da atenção básica; Componente da atenção nos CAPS-ad, ambulatorios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; Componente da atenção hospitalar de referência; e; Componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. (BONADIO, 2010 *apud* BRASIL, 2004, pg.180)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as atribuições de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família são: Conhecer a realidade das famílias/comunidade; identificar problemas de saúde e situações de risco”; elaborar um planejamento local de saúde juntamente com a comunidade; reestruturar o processo de trabalho; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, as ações planejadas; criar vínculo com a comunidade; ser resolutivo e encaminhar quando necessário, respeitando o sistema de referência e contra-referência para unidades mais especializadas os clientes dependentes de crack”; prestar assistência integral de forma contínua e racionalizada, visando promover a saúde através da educação em saúde; desenvolver processos educativos com a comunidade em forma de grupos; promover ações

intersetoriais; construir, junto à equipe e à comunidade, uma consciência sanitária (cidadania, direitos em saúde) através do exercício do controle social.

Dessa forma, as equipes de Estratégia de Saúde da Família devem assumir o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, com ações intersetoriais visando à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da sua população, com práticas que estabeleçam novas relações entre profissionais, indivíduos, famílias e comunidade com enfoque principal na família e no contexto ao qual pertence, e não somente no indivíduo. As ações e as atividades devem privilegiar a saúde, ocorrendo não apenas nas dependências da unidade de saúde, mas no espaço sócio-geográfico da própria comunidade atendida. A indissociabilidade entre as ações de promoção da saúde e o trabalho clínico curativo é fundamental para a resolutividade da atenção.

Inserida neste contexto a questão do uso abusivo de drogas e dependência química, e, tendo em vista que a ESF é a estratégia adotada para trabalhar com as questões de saúde no nível primário de atenção, atuando diretamente junto às comunidades, acredita-se que se faz necessário verificar como a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e sua interface com o Programa de Saúde da Família, vem sendo tratado pelos gestores de saúde do município e como os profissionais da área da saúde do município estão sendo capacitados para a implementação de tais políticas. Sabe-se que a lógica da ESF ainda não se encontra plenamente consolidada nas práticas de saúde e, por isso, freqüentemente o estágio de incorporação da política antidrogas ainda é muito incipiente.

Quanto ao tratamento ativo dos clientes usuários verificamos nas mais diversas bibliografias encontradas que segundo muitas abordagens terapêuticas para dependência de crack no Brasil vêm sendo vastamente discutidas, toda via existem muitas discussões sobre qual abordagem evidencia maior efetividade na literatura científica. Há uma consonância de que a dependência de crack exige um tratamento difícil e complexo, pois é uma enfermidade crônica e grave que deverá ser acompanhada por longo período de tempo. Primeiramente, é de fundamental importância ter claro que não existe um único tratamento que abranja as características multidimensionais e multifatoriais da conjuntura. A equipe técnica da ESF deverá ser treinada para atender esses clientes e bem como precisa ser multiprofissional e interdisciplinar, podendo ainda ser referenciado este atendimento de clientes dependentes químicos, para as unidades do NSF-3. Em virtude da constituição multifatorial da dependência química, o cliente dependente

precisa ser atendido nos mais diversos campos afetados, tais como: físico, mental, social, familiar, as questões vinculadas às leis, qualidade de vida e enfocando especialmente as estratégias de prevenção de recaída e redução de danos. O tratamento dessas questões é tão importante quanto às estratégias dirigidas a ingestão de drogas e seus danos a saúde dos clientes.

## **2.2 – Estudos e discussões sobre a identificação, acolhimento, abordagem e métodos terapêuticos de tratamento de clientes dependentes – Referencial Teórico.**

Temos relatos na história que o uso de métodos muitas vezes por “meios alquimistas e mágicos” e outras vezes por meios empíricos foram empregados em diversas sociedades como atuações preventivas não apenas pelo povo de uma forma maquinal, mas também como indicação dos responsáveis pela saúde na comunidade local. Entretanto segundo BUCHER (1995), o conceito científico de uma intervenção preventiva foi desenvolvido como resultado de avanços no conhecimento médico tendo-se por base a descoberta de agentes etiológicos específicos e de imunizadores.

Ainda segundo CARLINI et al (1990) a prevenção na área de drogas visa à adoção de uma atitude responsável com relação aos psicotrópicos. O objetivo último da prevenção, no campo dos problemas relacionados ao consumo de drogas psicotrópicas, é procurar que os membros de uma dada população não abusem de drogas e, conseqüentemente, não causem danos pessoais e sociais relacionados a este abuso, nem prejuízos.

Segundo a Coordenação de Saúde mental do Ministério da Saúde no que se refere à atenção ao usuário de crack no SUS:

A atenção a clientes usuários de crack na esfera do SUS está fundamentada nos referenciais de atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade. A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de forma complementar, solidária e funcional, onde se busque garantir a continuidade da assistência. Ainda que os CAPS sejam dispositivos estratégicos na organização da porta de entrada, na avaliação e no acolhimento dos casos de saúde mental no território, os demais serviços da rede de atenção devem estar atuando na promoção de cuidados para este usuário. Os CAPS devem fazer a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção

básica e leitos de atenção integral. (**Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde** – Brasília, 2010, pg. 7).

Um estudo anterior do MS versa mais claramente sobre a atenção básica afirmando que:

A atenção básica desempenha importante papel de porta de entrada do usuário de crack no SUS e deve estar disponível para realizar seu acolhimento. Com base na classificação proposta anteriormente para usuários de crack, a atenção básica deve realizar ofertas de cuidado a usuários funcionais, identificar aqueles com história de ruptura dos laços sociais e articular-se aos CAPS do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais. Por constituir o dispositivo de maior capilaridade com a comunidade, deve desempenhar o mapeamento e a identificação de usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS, propor abordagens para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento. Experiências de ações em prevenção e assistência de usuários de crack através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apontam para a possibilidade de atuação deste profissional como articulador de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto ao PSF. Estas ações devem sempre ter como característica agregar pessoas das equipes de saúde da família, com vistas à capacitação na abordagem de usuários de crack. Um profissional do NASF tem ainda a possibilidade de articular ações intersetoriais, realizar identificação de casos, oferta de assistência, redução de danos e prevenção junto a escolas, igrejas, associação de bairros, conselho local de saúde e outros segmentos da comunidade local. Em articulação com o NASF, a atenção básica pode realizar: consultas, ações de Promoção da Saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), oficinas, ações de redução de danos, oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede social de cuidado (CRAS, CREAS), oferta de inserção na rede de atenção. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde** – Brasília, 2010, pg. 10).

Já as diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em concordância com os princípios da política de saúde mental vigente, preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001, constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas.

A presente matéria teve também como base teórica o estudo realizado Rosenstock e Neves, publicado na REBEn – 2010, que tratava de uma abordagem qualitativa realizada com enfermeiras da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa. O objetivo do estudo das pesquisadoras foi investigar o desempenho destes enfermeiros na abordagem aos usuários dependentes de drogas, analisando estratégias de cuidados básicos de enfermagem aplicados a

estes usuários. A diversidade da problemática encontrada pelas pesquisadoras levou-nos a refletir que um há universo de pessoas que estão envolvidas com as drogas; tendo este breve olhar que nos permitiu afirmar que o abuso do crack é um problema de saúde de gravidades extremas para a saúde pública. A dependência de crack é um estado mental e, muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo (homem) e o crack, e sempre abrange uma compulsão de usar a droga para saborear seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua abstinência (reforço positivo e reforço negativo).

Segundo Myers (1999), Reforço Positivo e Reforço Negativo são conceitos Skinneriano de recompensa e são assim representados pela palavra “reforço”. O reforço pode ser qualquer evento que aumente a frequência de uma reação precedente. De tal forma que o reforço pode envolver uma série de ações, como um elogio ou uma salva de palmas, entre outros. Ou ser admitido a uma pessoa ter um momento de descanso após o cumprimento de um trabalho fastidioso. Contudo, existem dois tipos basilares de reforço, o “positivo e o negativo”. O positivo é hábil a fortalecer uma reação quando OFERECE um estímulo logo após esta reação. Para a maioria das pessoas atenção, dinheiro e reconhecimento funcionam melhor como reforço positivo. O reforço negativo é apto a fortalecer uma reação quando REMOVE algum tipo de estímulo aversivo. Para uma pessoa em estado de sonolência que aperta o botão que desliga o barulho do despertador, o cessar do barulho irritante é um reforço negativo. É interessante observar que, ao contrário do uso popular, o reforço negativo não tem um caráter punitivo. Ele é justamente a REMOÇÃO de um evento punitivo.

Tendo então o estudo realizado pelas pesquisadoras, descrito que em um primeiro contato os enfermeiros, técnicos em enfermagem e ACS eram capazes de conhecer o histórico dos usuários das ESFs quanto ao uso de substâncias psicoativas e conhecedores dos problemas relacionados ao uso de drogas, poderiam realizar a busca ativa, o acolhimento e a breve sensibilização, pela comparação dos problemas relatados pelos usuários e suas associações com o uso da substância, porém eram incapazes de referenciar e constituir medidas terapêuticas necessárias a estes clientes.

Com base nessa avaliação verificamos o quanto poderíamos nos aprofundar diante de uma possível crescente onda de consumidores de crack em nossas cidades, os problemas de saúde mental relacionados ao consumo e o que poderia ser feito diante desse fato. Seriam nossas equipes de saúde da família capazes de reconhecerem preliminarmente usuários dependentes? E

como poderíamos treinar essas equipes para agirem no reconhecimento, acolhimento e devido encaminhamento? Como poderíamos usar tratamentos corretos para os dependentes, reintegrarmos a sociedade e a suas famílias? Esta investigação nos arrastou para um mundo onde o melhor seria tratar o doente, de que abordar o risco da doença; porém devemos fazer a abordagem da doença e tratar o doente através de internamento se e só se esse for nosso ultimo recurso.

Ao trabalhar com a prevenção e tratamento de problemas relacionados ao uso de crack, o primeiro passo é reconhecer o nível de uso ou problemas associados à dependência. Por isso é importante que o profissional de saúde tenha em mãos ferramentas para identificar qual o nível de uso para ajudá-lo a deliberar a estratégia mais apropriada. Em saúde os profissionais têm varias ferramentas que facilitam muito seu trabalho. Na atualidade, há ferramentas importantes na detecção de níveis de uso de álcool e outras drogas que facilitam nossa estratégia de ação e servem como um primeiro passo para evitarmos que o uso de crack traga problemas tanto fisiológico e mental para os usuários ou que eles tornem-se dependentes.

Essas ferramentas levam o nome de “Instrumento de Triagem” e são usadas e difundidas pelo MS, por meio de treinamentos a profissionais das áreas de saúde, principalmente aos que lidam com usuários de álcool e outras drogas. Estes instrumentos são conhecidos como: CAGE, AUDIT e ASSIST; estes são usados com clientes na fase adulta. E para os adolescentes devem ser usados os seguintes: DUSI e T-ASI, tais instrumentos como já dito são usados para facilitar a detecção de clientes usuários de drogas.

Detectar não é o mesmo que diagnosticar. O diagnóstico serve para estabelecer definitivamente a presença de uma doença, sendo que a detecção é usada para identificar os prováveis indivíduos com um problema. A detecção, também chamada de *screening*, refere-se à aplicação de um teste em indivíduos de uma população, para estimar a probabilidade de ele ter um problema específico. As pessoas identificadas são freqüentemente encaminhadas para uma avaliação diagnóstica mais detalhada para confirmar se possui ou não o problema (BATOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; STEWART; CONNORS, pgs. 455-466, 2004/2005).

O CAGE é um instrumento proposto por Ewing e Rouse (1970) para a identificação da dependência do álcool, este instrumento não faz o diagnóstico, mas aponta os possíveis episódios de dependência, não é tão completo, mas tem a vantagem de ser de fácil utilização, é um das

ferramentas diagnósticas mais conhecida no meio da saúde e de rápida aplicação, porque é constituído por apenas quatro perguntas. A sigla CAGE resulta das palavras chaves em inglês contidas em cada uma das quatro questões: *Cut - down; Annoyed; Guilty e Eye - opener*:

C – (*cut down*) – Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

A – (*annoyed*) – As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

G – (*guilty*) – O (a) Sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?

E – (*eye opened*) – O (a) Sr. (a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Para identificação, de dependências podemos também fazer uso de outro instrumento diagnóstico: o AUDIT instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da saúde (OMS) que identifica as pessoas com um consumo de risco para o álcool. Este instrumento foi criado e desenvolvido no ano de 1980 com a finalidade de identificar entre os clientes de atenção básica os bebedores de risco entre os que procuravam atendimento médico na rede básica de saúde. É um instrumento conhecido pelas iniciais de seu nome em inglês (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) que é português significa “Teste para identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool”. O AUDIT trabalha com quatro classificações do nível de uso de Álcool que utiliza uma tabela de RISCO: Zona I, Zona II, Zona III e Zona IV. Ele é constituído por 10 questões que exploram o uso, a dependência e os problemas relacionados ao uso do álcool. Os escores vão de 0 a 40 sendo que uma pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de uma investigação diagnóstica mais específica (Figlie, 1997). O AUDIT não faz o diagnóstico, mas indica os prováveis casos de dependência.

O ASSIST segundo Silva et al (2004) foi desenvolvido por profissionais de diversos países ele é um instrumento denominado teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (*ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), em um projeto multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A denominação da palavra ASSIST tem sua definição também derivada de uma sigla inglesa: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, e seu significado é de dar assistência.

Estes três instrumentos foram desenvolvidos pela OMS, são usados para a triagem do uso de álcool e outras drogas em alguns países mundo e em algumas cidades do Brasil, sendo

direcionados para os profissionais da atenção primária de saúde para o uso das rotinas de trabalho. Estes instrumentos são aplicados através de formulários de fácil aplicação que consiste em breves indagações aos usuários, onde alguns destes instrumentos já apresentam respostas estruturadas e cada resposta apresenta um valor numérico e a soma do escore nos dará uma resposta do grau de envolvimento dos clientes com as drogas.

Para o uso com adolescente podem ser usados outros instrumentos de fácil aplicação conhecidos como DUSI e T-ASI.

Segundo Tarter (1990) DUSI foi desenvolvido originalmente nos EUA, por um pesquisador da Universidade da Pensilvânia, o Dr. Ralph Tarter, em resposta a uma necessidade prática de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes.

Aqui no Brasil, ele foi adaptado e validado por pesquisadores da Universidade de São Paulo (DE MICHELI; FORMIGONI, 2000), para ser utilizados com a população de adolescentes. O DUSI deriva da seguinte palavra: *Drug Use Screening Inventory* tem em sua composição uma tabela inicial que aborda a assiduidade de consumo de treze categorias de substâncias psicoativas, o teste possui 149 questões divididas em 10 áreas, fornecendo assim uma representação de problemas co-relacionados ao uso dessas substâncias; o comportamento, transtornos psiquiátricos, sociabilidade, sistema familiar, escola, trabalho, relacionamentos com amigos e lazer/recreação. As questões são respondidas pelo uso de “Sim” ou “Não”, sendo as afirmações equivalem à presença de problemas.

Ainda Märkelä (2004) afirmo que o T-ASI é uma sigla da palavra *Tenn Addction Severity Index*, é, pois uma versão modificada do questionário ASI (*Addiction Severty Index*), amplamente usado em todo mundo, originado para o uso em adultos. Esta versão para o uso com os adolescentes foi desenvolvida ao se perceber que a versão para adultos não abrangia questões fundamentais da vida do adolescente como seu relacionamento com os amigos e as atividades escolares (MCLELLAN et al. 1992; KRMINER, 1994, 1991).

No Brasil a tradução e a testagem em amostra de adolescentes brasileiros forma realizadas por Sartes, De Micheli e Formigon, (SARTE, 2005).

O instrumento é composto de 153 questões, divididas em sete áreas: uso de substâncias psicoativas, situação escolar, emprego/sustento, relações familiares, amigos/relações sociais legal, situação psiquiátrica. Tais perguntas têm referências

a problemas no último mês, nos últimos três meses e à história do adolescente em cada uma dessas áreas. As respostas serão dicotômicas (ex. “Sim” ou “Não”) ou quantitativas (ex: número de vezes de ocorrência de um evento), existindo também algumas questões que permitiram respostas abertas (Sartes, 2005).

Podemos redefinir ainda a questão quanto ao uso da CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e do DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual (Manual de Diagnóstico e Estatística); no que se refere aos transtornos relacionados com o uso do crack devemos usar o CID-10, pois no seu quinto capítulo, ela abrange os transtornos de comportamento, o que se inclui “os transtornos provocados pelo uso de substâncias entorpecentes. Os diagnósticos relacionados ao uso dessas substâncias psicoativas têm sempre a letra F seguida por dois números que vão de 10 a 19.

A CID-10 faz a distinção entre o uso lesivo e a dependência das substâncias psicotrópicas.

O uso nocivo é definido como um padrão de uso da substância que causa prejuízo à saúde. O prejuízo pode ser físico (por ex., hepatite) ou mental (por ex., crise de depressão). O uso nocivo pode ter conseqüências sociais adversas, mas apenas essas conseqüências não são suficientes para justificar um diagnóstico de uso nocivo da substância (WHO, 1993).

Segundo a WHO (1993) os critérios da CID-10 para a dependência da substância são muito similares aos do DSM-IV. Um diagnóstico de dependência da substância é feito quando três ou mais das seguintes manifestações tenham ocorrido juntas no último mês ou persistindo por períodos menores que um mês, durante os últimos 12 meses:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de outra intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disso são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, assim como aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- persistência no uso da substância, apesar de evidência clara de conseqüências nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüente a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga (deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente, ou se poderia esperar que estivesse, consciente da natureza e extensão do dano).

Segundo Gonçalves (2005) pode-se observar claramente que tanto no DSM-IV quanto na CID-10 foram incorporados como critérios diagnósticos um grande espectro de problemas físicos, psíquicos e sociais que estão em conformidade com a característica da manifestação desses transtornos. Essa forma de apresentar os critérios diagnósticos também permite a prevenção e a detecção precoce desses transtornos.

Segundo o DSM-IV a palavra “transtorno” é usada para designar os diferentes quadros clínicos. No seu capítulo referente a drogas psicoativas abrange as mesmas substâncias consideradas no CID-10 e é chamada de “Transtornos relacionada a Substâncias”.

O DSM-IV permite avaliar o transtorno em abuso ou dependência. O usuário dependente pode se classificado como leve, moderado ou grave, conforme o número e a intensidade dos critérios.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002) existem vários transtornos relacionados à cocaína (crack), são eles a Dependência de Cocaína, Abuso de Cocaína, Intoxicação com Cocaína, Abstinência de Cocaína, *Delirium* por Intoxicação com cocaína, Transtorno Psicótico induzido por Cocaína com Delírios, Transtorno Psicótico induzido por Cocaína com Alucinações,

Transtorno de Humor induzido por Cocaína, Transtorno de Ansiedade induzido por Cocaína, Disfunção Sexual induzido por Cocaína, Transtorno do Sono induzido por Cocaína, Transtorno relacionado à Cocaína sem outra Especificação.

Quanto à reinserção social do cliente usuário de crack, junto à família e a própria sociedade, podemos tomar como base o uso da Terapia Comunitária (TC).

A Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica foi desenvolvida pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, docente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará (UFC), que vem trabalhando com essa temática desde 1987. O professor é reconhecido internacionalmente por ser o criador e divulgador da técnica... (BRASIL, 2008).

No Brasil ela tem se mostrado um excelente recurso para lidar com o sofrimento decorrente da exclusão social, do uso abusivo de drogas, da pobreza e da violência que atingem comunidades inteiras em nosso país, a Terapia Comunitária está implantada alguns estados brasileiros, somando-se cerca de sete mil terapeutas comunitários. A TC é uma abordagem terapêutica em grupo com a finalidade de promover a atenção primária em saúde mental. É um ambiente aonde o usuário vai com a finalidade de dividir os seus sofrimentos e descobertas, privilegiando o saber e a competência, edificados pelos conhecimentos de vida do indivíduo, da família e da comunidade.

Para Tavares e Garcia (2010) em muitos casos, onde se encontram famílias desestruturadas ou repressoras, costuma-se achar que a única solução para acabar com o “vício” do filho é prender o traficante. Não vêem que antes de procurar os culpados ou inocentes, deveriam questionar a estrutura familiar.

Experiência pioneira no estado do Ceará a TC alcançou resultados significativos e foi adotada como política pública de saúde em alguns estados e cidades do Brasil.

Reconhecer-se no outro, fortalecer a autoestima e buscar soluções com o apoio daqueles que compartilham sua realidade. A terapia comunitária, uma metodologia desenvolvida de forma pioneira no Ceará, está sendo disseminada em outros Estados e até no exterior. A partir das vivências para lidar com diversas situações, os usuários dessa metodologia tomam para si o poder e a possibilidade de ampliar a resolução dos problemas do cotidiano. (Karoline Viana, projeto 4 Varas).

A palavra Terapia tem origem grega (*therapeia*) que tem como significado: acolher, ser caloroso, servir, atender. Assim sendo o terapeuta deve ser a pessoa que acolhe e cuida dos outros de forma calorosa.

A palavra comunidade é composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que as pessoas têm em comum. Entre outras afinidades, têm sofrimentos, exclusão, buscam soluções e superação das dificuldades (BARRETO, 2008).

. A terapia comunitária está sendo disseminada em outros estados brasileiros e até fora do país a partir dos viveres para lidar com diversas situações, os usuários dessa metodologia tomam para si o poder e a possibilidade de ampliar a resolução dos problemas do cotidiano. Em 2010, o Ministério da Saúde transformou a terapia comunitária em política pública em saúde, sendo incorporada às ações do Programa Saúde da Família (PSF). Também é reconhecida desde 2004 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), como terapia que contribui na prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e familiares de dependentes de drogas. Sendo a família o alicerce primordial deste processo doloroso de tratamento, visto que a família é sempre vítima inicial da problemática do crack.

O usuário de drogas é vítima de si próprio. Antes de mais nada, ele próprio sofre as conseqüências da sua ação e pode-se dizer que o ambiente familiar é também vitimizado e identificam-se assim, inicialmente, as vítimas do uso abusivo de substâncias que provocam dependência física ou psíquico.(KOSOVSKI, 1998, p.17).

Segundo Ferreira Filha e Dias (2007) dentre as experiências voltadas à saúde mental na atenção básica, a Terapia Comunitária desponta em cenário nacional como uma tecnologia de cuidado de amplo alcance e baixo custo operacional que pode ser adotada pelas Equipes de Saúde da Família (ESF's) no dia a dia das unidades de saúde e na comunidade para construir redes sociais solidárias, minimizando o sofrimento emocional da população advindo de problemas relacionados com a pobreza, migração, abandono, insegurança e baixa estima e uso de drogas.

No estado da Paraíba, mais especificamente na cidade de João Pessoa, a TC vem sendo empregada de um modo embrionário, começando suas atividades a partir de 2004, no bairro de Mangabeira, coordenado por docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do

Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, em um Projeto de Extensão.

As docentes envolvidas no projeto acima citado afirmam:

Nossa preocupação tem sido também a de focalizar a formação e qualificação de recursos humanos para atuar no cuidado com a saúde mental na atenção básica de saúde, onde o enfermeiro é um elemento essencial dessa prática e a Terapia Comunitária vem sendo utilizada como instrumento de reflexão do próprio processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família (FERREIRA FILHA; DIAS, 2007, PG. 22).

A metodologia terapêutica da TC é voltada para o comprometimento solidário de todos, tendo em vista o fortalecimento da rede e a resolutividade dos problemas dos clientes e da população em geral. A TC funciona sempre em grupo envolvendo um grande número de pessoas. Propicia espaço para trabalhar os diversos contextos familiares, institucionais e locais. Na concepção de Barreto (2008),

a Terapia Comunitária é um espaço onde se procura partilhar experiências de vida conhecimento de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios cotidianos, em um ambiente acolhedor e caloroso. Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, a TC nos convida a uma mudança de olhar, de enfoque. (VIANA, 2008, pg 38).

Barreto (2005) ainda que destaca que a TC reforça a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente. As crises e os problemas são observados e resolvidos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que interligam as pessoas em um todo. Envolve a biologia (corpo), a psicologia (mente e emoções) e a sociologia (contexto cultural). Esses aspectos estão interligados e todas as partes influenciam umas às outras.

Para os profissionais de saúde pública e a gestão de saúde dos estados e municípios, a TC tem de objetivar a criação de um modelo de atenção, cuidado e prevenção, ela deverá ser multiplicadora do acolhimento, identificação e referenciamento aos núcleos especializados as situações de maior importância e de graves de transtornos psíquicos, favorecendo o envolvimento multiprofissional da rede de saúde, com uma proposta de atenção básica em saúde mental.

### **3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A proposta da realização deste artigo representa um panorama com aspectos diferenciais acerca de literaturas de um conjunto de temas voltados para o tratamento de usuários de crack, o presente estudo representa a preocupação com o avanço devastador do crack na sociedade brasileira e Paraibana, em especial os males que este causa na saúde pública; onerando os cofres públicos, ocupado leitos hospitalares e destruído famílias. Por meio desta revisão foi abordado um conjunto de temas no que se refere à problemática do uso e abuso de substâncias psicoativas.

O papel dos profissionais de saúde como de agente transformador está em garantir a participação e controle social, tornando claras as informações inerentes a temática, criando laços efetivos entre clientes e as equipe de ESF, estabelecendo relações de troca e confiança.

Na Estratégia de Saúde da Família, esse potencial transformador implica na reorganização dos procedimentos de trabalho, fazendo-os agir de forma científica, identificando cada gradação de dependência dos nossos clientes, mesmo considerando que há outros meios de triagens; desses dependentes, que estão descritos na literatura, porém não há comprovação científica atestando estes critérios. Assim, repensar o modo de agir de cada profissional da atenção básica se faz indispensável a esse processo. Estes devendo reconhecer o direito a saúde dos clientes dependentes de crack, como questão de cidadania e direito assegurado na Constituição Federal e nas leis do SUS. No estudo ficaram revelados em cada fase de leitura, que poucos profissionais conhecem os significados e os procedimentos aqui elencados, todas as mudanças no processo de trabalho a partir da implantação no uso dos critérios diagnósticos e da Terapia Comunitária. O objetivo deste foco era levantar a relação estabelecida entre familiares de usuários de crack e a rede assistencial básica no sentido de efetividade da assistência no que tange ao acompanhamento e à formação de vínculo primário, uma vez que se preconiza a participação efetiva da atenção primária no acompanhamento e no tratamento dos indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em especial crack, pela atenção primária, mesmo que estes indivíduos estejam inseridos em serviços ambulatoriais ou psicossociais.

Em relação aos profissionais da atenção básica das unidades de ESF, observou-se que não havia relatos literários sobre o conhecimento destes com os clientes, conhecendo os referido clientes pelos nomes e vice-versa. A função destes profissionais de saúde seria estabelecer

vínculo assistencial e de acompanhamento de todos os indivíduos usuários de crack, que deveriam está cadastrados na unidade, sendo o elo entre clientes dependentes, familiar e rede assistencial, a fim de ser garantida tanto a celeridade no acesso aos serviços como a integração da equipe no tratamento do mesmo.

A situação nos faz pensar como a política de saúde mental dos clientes dependentes de crack e outras drogas estão sendo estruturada no campo da atenção básica e sua relação com o campo psicossocial, uma vez que ambos deveriam caminhar lado a lado na busca da efetivação de propostas resolutivas que viabilizassem o tratamento desinstitucionalizado e desestigmatizados desses indivíduos.

O não acompanhamento dos clientes inseridos na rede de atenção básica pelos profissionais de saúde mental, conexo ao fato de a maioria dos familiares não reconhecerem o profissional responsável pela saúde mental de seu território, faz nos meditar sobre a efetividade do sistema de referência e contra-referência proposta pelas NOAS e NOB.

Reconhecer o distanciamento entre as partes proporciona o resgate da relação entre profissional e o usuário do serviço de saúde, uma vez que entre usuário e servidor existem conhecimentos distintos em relação à subjetividade do acompanhamento dos problemas de saúde. Este fato faz crer que a atuação do profissional de saúde deveria ser mais humilde, baseado na escuta e no diálogo para que não haja imposição de situações que possam desestabilizar o processo de saúde do indivíduo (YÉPEZ e MORAIS, 2004, pg. 82).

Se a nomeação de profissionais em cada unidade não cumprir sua tarefa de formação de vínculo entre unidade, serviços especializados, profissionais envolvidos nos atendimentos, familiares e clientes, há que se repensar a função da unidade básica dentro da formação de rede assistencial para estruturação de serviços complementares e para o acompanhamento dos clientes usuários de crack.

Vale salientar que, a afinidade entre clientes e trabalhadores da saúde, por vezes, se dá de forma imprópria, principalmente quando ambos não assumem seus papéis e suas responsabilidades em relação aos tratamentos propostos.

Ao se discorrer da ligação entre clientes e trabalhadores, deve-se repensar na qualidade do acolhimento dispensado aos clientes dependentes químicos, para que o vínculo institucional seja propiciado. Ainda, podemos afirmar que a condição de formação de vínculo remonta da

reformulação do conceito de saúde para o modelo de processo saúde-doença, sendo proposto por esse estudo que o ideal seria tratar de forma antecipada o risco da dependência de crack e o adoecimento de nossos clientes, revendo os conceitos trazidos pelo movimento de reforma sanitária, deixando claro que os profissionais responsáveis pelos diagnósticos podem e devem saber a distinção do uso da CID-10 e do DSM-IV, quando do evidenciamento do reconhecimento precoce dos dependentes de crack; os profissionais de enfermagem devem acolher de forma satisfatória e adequada aos que procurarem atendimento nas unidades de ESF e o mais importante é que nossos ACS devem intensificar a busca ativa a estes clientes dependentes químicos; porém, deixamos claro que toda a equipe da ESF deve conhecer os instrumentos diagnósticos que evidenciamos no decorrer desta investigação, para fazer uso desses na antecipação dos riscos da dependência, da vulnerabilidade da população adscrita.

Neste estudo ficou evidenciado que apesar de termos a mão todas às ferramentas possíveis para a identificação e re-inserção dos clientes usuários de crack, elas não estão juntas no mesmo contexto de trabalho em algumas ESF, e que pouco são os profissionais que conhecem e fazem uso dos questionários AUDIT, CAGE, ASSIT, T-ASI E DUSI, mesmo sabendo que em outros países e que tais instrumentos são amplamente divulgados e aceitos pela OMS.

Elas são estratégias terapêuticas simples, acessíveis, que podem ser utilizadas por diferentes profissionais de saúde, e despendem tempo relativamente curto para aplicação, podendo ser únicas ou com até cinco sessões, com duração entre 15 e 60 minutos (ROZANI, 2005).

Este estudo ainda foi inspirado no desejo e curiosidade enquanto pesquisador e profissional de saúde pública em compreender as mudanças provocadas pela implantação e implementação das rodas de Terapia Comunitária nas unidades da Estratégia Saúde da Família, envolvendo a volume pessoal e profissional de cada membro da ESF. Para viabilizar esta pesquisa foi escolhido o caminho metodológico da temática, existentes na literatura da Estratégia Saúde da Família e de Saúde Pública.

Nesse contexto, tornou-se um dos nossos maiores desafios evidenciar que os profissionais da ESF devem se conscientizar no ouvir e acolher bem, na prática diária, na superação do privilégio exclusivo do diagnóstico das necessidades e de se integrar a voz do outro, traduzindo-se numa efetiva mudança na relação de poder técnico-cliente, evidenciando o ser social com vida plena e necessitados dos seus direitos constitucionais relacionados a saúde pública.

Assim sendo todo o investimento em dispositivos reorganizadores de práticas na saúde mental devem ser priorizados, sendo estes dispositivos capazes de introduzindo melhoramentos e inovações nas microrregiões de atuações dessas ESF e macro-região de todos os ACS, e na atuação do trabalhador de saúde, bem como na micropolítica- e nas relações entre os profissionais das equipes, torna-se fundamental, a exemplo do acolhimento.

Reconhece-se, dessa forma, o caráter transformador da TC na edificação de laços com os clientes, carecendo, todavia que seja visualizada pelas equipes como oferta terapêutica do serviço e não do profissional terapeuta, não devendo ser encarada como uma segunda opção frente à estrutura do modelo aqui proposto.

Entretanto, infere-se que a TC por ser originária das necessidades decorrentes dos sofrimentos, herda o estereótipo e os arquétipos construídos pela memória coletiva onde imagens e significações desenham a loucura e o ser louco. Portanto, a TC por ser um fenômeno novo nos serviços de saúde e na comunidade de pertencimento se insere como uma representação polêmica, que pode contribuir com a reorganização da rede de cuidados em saúde mental, em consonância com o novo modelo de atenção a saúde mental defendido pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que a TC se configura como uma nova oferta de cuidado que proporciona construção de vínculos entre profissional e usuário, construção de redes sociais solidárias na comunidade, através do espaço de partilha de sofrimentos e alegrias entre os diferentes sujeitos (SILVA SOBREIRA, 2009, pg. 114).

Neste contexto, Yépez e Morais (2004) observam que ao haver um distanciamento na relação entre profissional de saúde e paciente, será desencadeado um baixo comprometimento do usuário em relação ao seu tratamento, processo esse não compreendido, na maioria das vezes, pelos profissionais envolvidos.

À Terapia Comunitária, tem significados que foram atribuídos pelos terapeutas estudados, advindos das falas, musicoterapia e na arte, construídos conceitos que ocupem por meio de atividades os clientes usuários de crack, que apresentados através de esquema ilustrativo, demonstraram a relação entre eles: vida, escuta, fé/luz, mudança, transformação. Essas representações evidenciaram que os profissionais reconhecem o propósito da TC, enquanto espaço de escuta, possibilitando troca de experiências, baseado na história de vida dos diferentes sujeitos, proporcionando auto-conhecimento na busca da superação dos problemas cotidianos através da força e capacidade de transformação inerente a cada ser, que tem crenças, valores que precisam ser respeitados nesse processo de construção de vínculos.

#### **4 - REFERÊNCIAS**

ALI, R.; AWWAD *et al.* **The Alcohol, Smorking and Substance in Vovement Screening Test (ASSIST):** Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, London, v. 97, p. 1183-1194, 2002.

**A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, 2ª edição revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília – DF-2004

BUCHER, Richard. **A Psicoterapia pela fala**. E.P.U, 3º Reimpressão. Fundamentos, Princípios, Questionamentos. 18-E C, 2005.

Babor TF, Higgins-Biddie J., Saunders JB, Monteiro MG. **AUDIT. TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL. ROTEIRO PARA USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**; tradução Clarissa Mendonça Corradi – ribeirão Preto: PALPAD, 2003.

BRASIL. **Lei 10.216, 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde, Brasil. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza, 2008.

BARRETO, Adalberto. **As dores da alma dos excluídos do Brasil**. In: GRANDESSO, Marilene, BARRETO, Miriam Rivalta (org). **Terapia Comunitária – Tecendo Redes para a Transformação Social, Saúde, Educação e Políticas Públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. **ALCOHOL SCREENING AND BRIEF INTERVENTION: Dissemination Strategies for Medical Practice and Public Health**, *Addiction*, Oxfordshire, v.95, n.5, p.677-686, May 2000.

CARLIN et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País.** Brasil - São Paulo, 2002.

De Micheli, D. & Fomigoni, M.L.O.S. **Psychometrics Properties of the Brazilian version of DUSI (DRUG USE SCREENING INVENTORY).** Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26 (10): 1523-1528, 2002.

De Micheli, D. & Fomigoni, M.L.O.S. **Screening of Drug Use in a Teenage Brazilian Sample Using the Drug Use Screening Inventory (DUSI).** Addictive Behaviors, 25(5), 683-691, 2000.

FERREIRA FILHA, Maria Ferreira de Oliveira; DIAS, Maria Djair. **A terapia comunitária no contexto do sistema único de saúde – SUS / UFPB – 2007.**

IZALTEMBERG, Karelline; ROSENSTOCK, Maria José das Neves Vasconcelos, **Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil.** Rev. bras. enferm. vol.63 no.4 Brasília July/Aug. 2010.

KAMINER, Y., BUKSTEIN, O.G. & Tarter, R. **THE TEEN-ADDICTION SEVERITY INDEX: Rationale and Reliability.** International Journal of Addiction, 26: 219-226, 1991

KOSOVSKI, Ester. **Plantão médico – drogas, alcoolismo e tabagismo.** Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1998. pg. 33.

McLellan TM, Cheung KSY. **A comparative evaluation of the individual anaerobic threshold and the critical power.** *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1992;24:543-50.

**Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais 4ª Edição (DSM-IV).** Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS, ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL, **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde.** BRASÍLIA, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde Brasil 2008, 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Relatório final do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

MYERS, David. **INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA GERAL**. Rio de Janeiro, 1999. LTC

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Editora Artes Médicas Sul Ltda., Porto Alegre, 1993.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg e NEVES, Maria José das; **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, Julho-2010.

SARTES, L.M.A. **Versão brasileira do T-ASI (TENN ADDICTION SVERITY INDEX): Análise da Consistência Interna e Validação da Área de Uso de Substâncias**. Tese de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2005.

SILVA, Iara Ferraz et al. **Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST)**, *Rev Assoc Med Bras*; 50(2): 199-206, 2004.

SCHEFFER, Adriana Maria; DE SOUZA, Bruna Griggio; MELLO FILHO, Jurandyr Veiga; PLAZA, Luciana de Oliveira; VIDAL, Suzana Vada. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas e sua interface com o programa de Saúde da Família: Compreendendo tal realidade na unidade local de saúde do bairro saco grande no município de Florianópolis**, 2006.

TAVARES CARDOSO, Cristiane Regina; MEURER, Daniele Lima Garcia, **O jovem e o Crack- A intervenção da Terapia Ocupacional no adolescente usuário de Substâncias Psicoativas**, Joinville, 2010.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento**. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

WHO- World Health Organization. **Transition from hospital to community: a literature review on housing.** Geneva, 1993. WHO/MNH/MND, 93.17, 1993.

VIANNA, V.P.T. **Eficácia de uma sessão de intervenção breve na redução do uso de álcool e problemas relacionados.** 2008. 94f. Tese (Doutorado em Psicobiologia)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, Brasília, dezembro de 2001.

**IBGE CIDADES@. Banco de Dados.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acessado em 30 mai. 2011.

MARQUES, Archimedes. **Enfim, o Plano Nacional contra o crack.** Disponível em: <http://www.diariodeumjuiz.com/?p=2142>> Acessado em: 15/08/2011.

**Terapia Comunitária.** Disponível em: <http://www.4varas.com.br/>> Acessado em 26 de junho de 2011.

**Toxicologia Social. Análises Clínicas toxicológicas.** Disponível em: <<http://www.toxicologiasocial.wordpress.com/>>. Acessado em 25 jan. 2011.

VIANNA, Maria da Salete Leite. **Entre nesta roda!,** Disponível em: <http://www.ceaf.org.br/wordpress/programas/terapiacomu/>> Acessado em: 02/08/2011.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### Anexo I – ASSIST 2.0

**Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas**

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lirio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lirio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lirio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

#### Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Alcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

• **Nota dos autores:** após a realização deste estudo foram realizadas alterações no instrumento: a questão 7 foi reformulada, acrescentando-se "... controlar ou parar o uso de (nome da substância) sem sucesso". A pontuação de algumas questões foi alterada na versão 3.0 do ASSIST. Sugere-se procurar os autores da versão brasileira para uso do instrumento atualizado.

## ANEXO B

### CAGE

<b>PERGUNTAS</b>	<b>SIM 0</b>	<b>NÃO 1</b>
<b>C</b> – (Cut down) – Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?		
<b>A</b> – (annoyed) – As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?		
<b>G</b> – (guilty) – O (a) Sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?		
<b>E</b> – (eye opened) – O (a) Sr. 9ª) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nevorsismo ou ressac?		

## ANEXO C

### AUDIT

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

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

1. Qual a frequência do seu consumo de bebida alcoólica?
- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 0 | Nenhuma                     |
| 1 | Uma ou menos de uma por mês |
| 2 | 2 a 4 vezes por mês         |
| 3 | 2 a 4 vezes por semana      |
| 4 | 4 ou mais vezes por semana  |
2. Quantas doses você consome num dia típico quando você esta bebendo?
- |   |            |
|---|------------|
| 0 | Nenhuma    |
| 1 | 1 ou 2     |
| 2 | 3 ou 4     |
| 3 | 5 a 6      |
| 4 | 7 a 9      |
| 5 | 10 ou mais |
3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses numa ocasião?
- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca                 |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente           |
| 3 | Semanalmente          |
| 4 | Diariamente           |
4. Com que frequência nos últimos doze meses, você percebeu que não conseguia para de beber Uma vez que havia começado ?
- |   |                       |   |              |
|---|-----------------------|---|--------------|
| 0 | Nunca                 | 3 | Semanalmente |
| 1 | Menos que mensalmente | 4 | Diariamente  |
| 2 | Mensalmente           |   |              |
5. Quantas vezes nos últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebida alcoólica ?
- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca                 |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente           |
| 3 | Semanalmente          |
| 4 | Diariamente           |
6. Quantas vezes no último mês você precisou de uma dose pela manhã para se sentir Melhor depois de uma bebedeira ?
- |   |                       |   |              |
|---|-----------------------|---|--------------|
| 0 | Nunca                 | 3 | Semanalmente |
| 1 | Menos que mensalmente | 4 | Diariamente  |
| 2 | Mensalmente           |   |              |
7. Quantas vezes nos últimos doze meses, você se sentiu culpado Ou com remorsos depois de beber ?
- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca                 |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente           |
| 3 | Semanalmente          |
| 4 | Diariamente           |

8. Quantas vezes nos /últimos doze meses você esqueceu o que aconteceu o que aconteceu Na noite anterior porque estava bebendo :

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca                 |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente           |
| 3 | Semanalmente          |
| 4 | Diariamente           |

9. Você já foi criticado pelos resultados de sua bebedeiras ?

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca                 |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente           |
| 3 | Semanalmente          |
| 4 | Diariamente           |

10. Algum parente, amigo ou médico ou outro profissional da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a para de beber /

  

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca                 |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente           |
| 3 | Semanalmente          |
| 4 | Diariamente           |

Escore \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### DUSI

Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no último mês?  
**PREENCHA** os círculos, conforme a droga, a quantidade e as vezes que a usou:

	NÃO Usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes	Tenho problemas pelo uso dessa droga	Essa minha droga predileta
Álcool							
Cocaína/ <i>crack</i>							
Maconha							
Estimulantes (anfetaminas, etc.)							
Alucinógenos (LSD, mescalina, etc.)							
Tranqüilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)							
Analgésicos							
Opiáceos (morfina, heroína, etc.)							
Fenilciclidina (PCP, pó-de-anjo)							
Inalantes, solventes							
Outros							

<b>ÁREA I</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Você já teve "fissura" ou um forte desejo por álcool ou drogas?		
2. Você já teve que usar mais e mais drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?		
3. Você já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?		
4. Você já sentiu que estava "enfeitiçado" ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?		
5. Você já deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?		
6. Você já quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?		
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?		
8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?		

9. Você já se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?		
10. Você já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?		
11. Você já teve problemas em se dar bem com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?		
12. Você já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool? (Por exemplo: dor de cabeça, náuseas, vômitos ou tremores)		
13. Você já teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?		
14. Você gosta de brincadeiras que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)		
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?		
<b>ÁREA II</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Você briga muito?		
2. Você se acha o "bom"?		
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?		
4. Você grita muito?		
5. Você é teimoso?		
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?		
7. Você pragueja (reclama muito) ou fala muitos palavrões?		
8. Você provoca muito as pessoas?		
9. Você tem um temperamento difícil?		
10. Você é muito tímido?		
11. Você ameaça ferir as pessoas?		
12. Você fala mais alto que os outros jovens?		
13. Você se chateia ( ou se aborrece) facilmente?		
14. Você faz muitas coisas sem primeiro pensar nas conseqüências?		
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?		
16. Se tiver oportunidade você tira vantagem das pessoas?		
17. Geralmente você se sente irritado?		
18. Você gasta a maior parte do tempo livre sozinho?		

19. Você é um solitário?		
20. Você é muito sensível a críticas?		
<b>ÁREA III</b>	<b><i>SIM</i></b>	<b><i>NÃO</i></b>
1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos no ano passado?		
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?		
3. Você dorme demais ou muito pouco?		
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 kg?		
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?		
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?		
7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos sexuais?		
8. Você já teve relações sexuais com alguém que usava drogas injetáveis?		
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?		
10. A parte branca de seus olhos já ficou amarela?		
<b>ÁREA IV</b>	<b><i>SIM</i></b>	<b><i>NÃO</i></b>
1. Intencionalmente, você já danificou a propriedade de alguém?		
2. Você já roubou coisas em mais de uma ocasião?		
3. Você se envolveu em mais brigas que a maioria dos jovens?		
4. Você é uma pessoa inquieta?		
5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?		
6. Você fica frustrado facilmente?		
7. Você tem problemas em se concentrar?		
8. Você se sente muito triste?		
9. Você rói unhas?		
10. Você tem problemas para dormir?		
11. Você é nervoso?		
12. Você se sente facilmente amedrontado?		
13. Você se preocupa demais?		

14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?		
15. As pessoas olham espantadas para você?		
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?		
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?		
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?		
19. Você freqüentemente sente vontade de chorar?		
20. Você tem tanta energia que não sabe o que fazer consigo mesmo?		
<b>ÁREA V</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Os jovens de sua idade não gostam de você?		
2. Você está normalmente infeliz com o modo como desempenha atividades com seus amigos?		
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?		
4. As pessoas tiram vantagens de você?		
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?		
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?		
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?		
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?		
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?		
10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?		
11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?		
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?		
13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?		
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?		
<b>ÁREA VI</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) já usou maconha ou cocaína?		
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?		
3. Algum membro de sua família já foi preso?		

4. Você tem discussões freqüentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?		
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?		
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?		
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?		
8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?		
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?		
10. Seus pais ou responsáveis freqüentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?		
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?		
12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?		
13. Você se sente infeliz em relação ao modo como você vive?		
14. Você se sente em perigo em casa?		

<b>AREA VII</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Você não gosta da escola?		
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?		
3. Suas notas são abaixo da média?		
4. Você "cabula" aulas mais de dois dias por mês?		
5. Você falta muito à escola?		
6. Você já pensou seriamente em abandonar a escola?		
7. Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?		
8. Você sempre se sente sonolento na aula?		
9. Frequentemente, você chega atrasado para a aula?		
10. Nesse ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?		
11. Você se sente irritado e chateado quando está na escola?		
12. Você fica entediado na escola?		
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?		
14. Você se sente em perigo na escola?		
15. Você já repetiu de ano alguma vez?		
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extracurriculares?		
17. Você já faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?		
18. Você já teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?		
19. O álcool ou drogas já interferiram nas suas lições de casa ou atividades escolares?		
20. Você já foi suspenso?		

<b>AREA VIII</b>	<b><i>SIM</i></b>	<b><i>NÃO</i></b>
1. Você já teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?		
2. Você já parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?		
3. Você precisa de ajuda dos outros para arranjar emprego?		
4. Você freqüentemente falta ou chega atrasado no trabalho?		
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?		
6. Você já ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?		
7. Você já consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?		
8. Você já foi demitido de um emprego por causa de drogas?		
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?		
10. Você trabalha principalmente porque isso permite ter dinheiro para comprar drogas?		
<b>ÁREA IX</b>	<b><i>SIM</i></b>	<b><i>NÃO</i></b>
1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?		
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?		
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?		
4. Seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?		
5. Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei?		
6. A maioria dos seus amigos é mais velha que você?		
7. Seus amigos cabulam muitas aulas?		
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?		
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas no ano passado?		
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito durante o ano passado?		
11. Você pertence a alguma "gang"?		
12. Você se sente incomodado por problemas que estejam tendo com amigos atualmente?		
13. Você sente que não tem nenhum amigo em quem você possa confiar?		
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?		

<b>ÁREA X</b>	<b><i>SIM</i></b>	<b><i>NÃO</i></b>
1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?		
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?		
03. Num dia típico de verão você assiste à televisão por mais de duas horas?		
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?		
5. Você se exercita menos que a maioria dos jovens que você conhece?		
6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?		
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?		
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?		
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?		
10. Comparado à maioria dos jovens, você está menos envolvido em "hobbies" ou outros interesses.		
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?		
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?		

## ANEXO E

### T-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](mailto:kessler.ez@terra.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:  
[fpechans@uol.com.br](mailto: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

**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]

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Negra/Preta      | <input type="checkbox"/> 5. Indígena      |
| <input type="checkbox"/> 2. Branca           | <input type="checkbox"/> 6. Outros        |
| <input type="checkbox"/> 3. Amarela/Oriental | <input type="checkbox"/> 7. Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 4. Parda/Mestiça    |   |

G11. Está em internação (1), ambulatorio (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
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---------------------	--	---

H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------------	--	---

H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------	--	---

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	---

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	---

Que tipo de lugar?

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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 H1B + 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]

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sozinho           | <input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos     |
| <input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro  | <input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes |
| <input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos | <input type="checkbox"/> 7. Não respondeu               |
| <input type="checkbox"/> 4. Pais              | <input type="checkbox"/> 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

(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?   Dias  
 ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade – incluir problemas dentários

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  
       
 000 → M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?  
 – não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.  
 A. B.  
       
 000 → M28

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?  
 ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.  
 – não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.  
 A. B.  
       
 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/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?  1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]  
 \_\_\_ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12  
 \_\_\_ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12  
 \_\_\_ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14  
 \_\_\_ 4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho  
 \_\_\_ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]  
 \_\_\_ 1. Dona-de-casa/do lar \_\_\_ 5. Não procura por trabalho  
 \_\_\_ 2. Estudante \_\_\_ 6. Procura por trabalho  
 \_\_\_ 3. Incapaz \_\_\_ 7. Institucionalizado  
 \_\_\_ 4. Aposentado \_\_\_ 8. Outro

**Comentários:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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?   
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Semanas, 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?   
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Dias  
 00 → E22

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

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

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

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

ASI6

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

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

*Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:*

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

E25b.... últimos 6 meses? R\$

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

E26b.... últimos 6 meses? R\$

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

E27b.... últimos 6 meses? R\$

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

E28b.... últimos 6 meses? R\$

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

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

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

E30b.... últimos 6 meses? R\$

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

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

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

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

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

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

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

**Comentários:**

---



---



---



---



---



---

ASI6

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

Histórico de Tratamentos

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

Quantos dias você:

- 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?   000 → D6   ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. – exclua medicações para dependência de nicotina.
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)?       [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana?   Anos   Meses

Uso de Álcool

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

<sup>1</sup> Um drinque: 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 Álcool

Nos 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"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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 \_\_\_\_\_?

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

[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
- 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
- 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

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

- 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? [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]  
 F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros<sup>2</sup> você tem? – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos. [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

**NOTA: Para F3 – F9:**

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

**Nos últimos 30 dias, você:**

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

**Comentários:**

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

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?  
 F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 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.  
 F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?  
 F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?  
 F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?  
 F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?  
 F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas?

**Nos últimos 30 dias (F19-F22):**

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

**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? – exclua abuso sexual, pois este será codificado em 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'

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

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

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

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

ASI6

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

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)   Vezes
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?  1 – Sim, 0 – Não  
0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? A. Últ. 6 meses    B. 30 Dias   000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos  
0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões  
1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões  
2 – 6-25 sessões
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? A. Últ. 6 meses    B. 30 Dias   000 → NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?   Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica?  1 – Sim, 0 – Não

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

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

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

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

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

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

Você (já):

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

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

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

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

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias: – exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

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

G15. Hora de Término:

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

### ASI6

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

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

1 – Ruim,                    2 – Satisfatória,                    3 – Boa

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

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

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

## *Lista de Álcool e Outras Drogas*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Principais Grupos de Ocupação**

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**  
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**  
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**  
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**  
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**  
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, 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