

MARIA DE LOURDES PEREIRA COSTA

**COMORBIDADES DE TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS ENTRE PACIENTES COM
DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM DIFERENTES
PERÍODOS DE ABSTINÊNCIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Uberlândia – MG

2011

MARIA DE LOURDES PEREIRA COSTA

**COMORBIDADES DE TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS ENTRE PACIENTES COM
DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM DIFERENTES
PERÍODOS DE ABSTINÊNCIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira.

Uberlândia - MG

2011

MARIA DE LOURDES PEREIRA COSTA

**COMORBIDADES DE TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS ENTRE PACIENTES COM
DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM DIFERENTES
PERÍODOS DE ABSTINÊNCIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Banca Examinadora:

Uberlândia, 25 de Agosto de 2011

Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira Assinatura: _____
Instituição: UFU

Prof. Dr. Wiliam Cesar Castilho Pereira Assinatura: _____
Instituição: PUC-MG

Prof.^a. Dra. Rita de Cássia Gandini Assinatura: _____
Instituição: UFU

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Antônio Pereira da Silva** (*in memorian*) e **Atacília Olímpia Damas** (*in memorian*) que sempre foram exemplos de vida e de sabedoria.

Ao meu esposo, **Anderson Cardoso Costa**, companheiro de todas as horas, que soube compreender a minha ausência em alguns momentos, acolheu minhas angústias e minhas conquistas durante o curso, incentivando-me a seguir em frente.

Aos meus filhos queridos, **Amanda Pereira Costa** e **Igor Pereira Costa** que compreenderam meus momentos de isolamento, que desculparam minhas falhas e mesmo assim me acolheram com o carinho de quem pode esperar, me encorajando a prosseguir.

A todos os meus **familiares** e **amigos** pelo estímulo, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente em minha vida.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira**, que foi fundamental neste processo, empenhado e comprometido, possibilitou, acolheu e inquietou instigando-me a superação. Com seu exemplo incansável de buscar a melhor forma, de encontrar a melhor frase para expressar e valorizar o trabalho realizado. Ao término deste trabalho, contemplo com alegria o resultado, agradeço e levo comigo o aprendizado de que o fim é só um começo, pois existem sempre novas possibilidades de se fazer melhor.

Aos **pacientes dos CAPS-ad** que consentiram para que este trabalho se tornasse possível, e confiaram em contar um pouco de suas histórias, quase sempre envoltas em sofrimentos e perdas causadas pelo uso de substâncias psicoativas.

As **Coordenadoras, aos profissionais e aos funcionários dos CAPS-ad** que permitiram, contribuíram e gentilmente conviveram com a minha presença durante o período de coleta de dados.

Aos **meus colegas de trabalho do SEAPS-DIASE-DIRES-PROEX-UFU e do CAPS-ad David Capistrano da Costa Filho**, que compreenderam a minha necessidade de afastar das atividades, para que outro trabalho, também muito importante, fosse realizado.

Aos amigos e amigas que me incentivaram e me acolheram nos momentos difíceis desta caminhada. Aos novos amigos da Pós-graduação, em especial a **Líbera Helena Ribeiro Fagundes de Souza**, pela força e otimismo, e que se tornaram grandes “companheiros de viagem”.

À assistente administrativa **Gisele de Melo Rodrigues** pela disponibilidade e gentilezas incondicionais durante todo o curso.

A todos aqueles que em algum momento contribuíram para que este trabalho fosse realizado especialmente a **Tatiane Medeiros Cunha**, com o seu conhecimento e boa vontade.

“Flutuar talvez seja divertido na primeira vez, mas é a porta aberta para a loucura, a real, a que sempre deixa traços e é o destino obrigatório para todos os que se tornam toxicômanos verdadeiros.”

(OLIEVENSTEIN, 1988)

RESUMO

Introdução: Pacientes com dependência de substâncias psicoativas (SPA) podem ter outros transtornos mentais e comportamentais (TMC) associados, e essas comorbidades podem alterar a sintomatologia e interferir no diagnóstico, tratamento e prognóstico de cada uma das doenças. **Objetivos:** Avaliar a frequência de comorbidades de TMC em pacientes dependentes de SPA atendidos em Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-ad), e os seus sentimentos em relação ao próprio uso dessas substâncias. Além disso, comparar dados sociodemográficos, condições relacionadas à infância e características clínicas entre aqueles com ou sem comorbidades. **Método:** Avaliamos consecutivamente, pacientes adultos no período de abril a setembro de 2010 nos dois CAPS-ad de Uberlândia MG, excluindo os que estavam sob o efeito de SPA, com crises de abstinência ou com demência. Eles foram divididos de acordo com o tempo de abstinência: < 1 semana (Grupo 1), de 1 a 4 semanas (Grupo 2) e > 4 semanas (Grupo 3). Para o diagnóstico de comorbidades utilizamos o *Checklist* de sintomas da CID-10 e coletamos informações em prontuários. Utilizamos um questionário estruturado para a coleta dos dados analisados. **Resultados:** Entre os 188 pacientes avaliados, 62,8% foram diagnosticados com alguma comorbidade de TMC, que foram mais frequentes ($p < 0,05$) no Grupo 1 (72%) do que no Grupo 3 (54,2%) e o que os diferenciou foi a maior frequência de transtornos depressivos e de outros transtornos de ansiedade no primeiro (61,3% e 34,6% respectivamente); ambos os grupos foram semelhantes ao Grupo 2 (61,0%). Pacientes com comorbidades mais frequentemente do que aqueles sem comorbidades, respectivamente, sofreram maus tratos na infância incluindo abuso sexual (67,8% e 42,8%), perceberam que apresentavam outro TMC (84,7% e 37,1%) e transtornos psicológicos (79,7% e 44,3%) além da DQ, fizeram uso de medicamentos psicotrópicos (81,4% e 37,1%) e tratamentos anteriores para DQ (88,1% e 70,0%), tiveram lesões por causas externas (84,7% e 68,6%), estiveram envolvidos em brigas ou agressões (71,2% e 50,0%), tentaram suicídios (45,8% e 15,7%) e estiveram em ambientes controlados ao longo da vida (72,9% e 57,1%). As características sociodemográficas foram semelhantes entre os pacientes com ou sem comorbidades, e também entre aqueles com diferentes períodos de abstinência. A maioria dos pacientes (59,4%) apresentava sentimentos negativos em relação ao próprio uso de SPA.

Conclusão: Dois terços dos pacientes tiveram diagnóstico de comorbidade de TMC, sendo mais frequentes entre aqueles com menores períodos de abstinência, o que mostra que algum tempo de abstinência deve ser aguardado antes que esses diagnósticos sejam dados como definitivos. Presença de comorbidades associou-se a piores condições clínicas e não encontramos diferenças em relação aos dados sociodemográficos entre os pacientes com ou sem comorbidades. Entre todos, houve predomínio de sentimentos negativos em relação ao próprio uso de SPA.

Descritores: Comorbidades de transtornos mentais e de comportamento; dependência química; álcool; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Patients with psychoactive substance (PAS) dependence may co-present other mental and behavioral disorders (MBD), and such comorbidities may alter the symptoms and interfere with proper diagnosis, treatment and prognosis of each disease. **Objectives:** We aimed to assess the frequency of MBD comorbidities in patients dependent on PAS attending Centers for Psychosocial Care alcohol and other drugs (CAPS-ad), and their feelings about their own use of these substances. Furthermore, we aimed to compare socio-demographic data, conditions related to childhood and clinical features between those patients with and without comorbidities. **Method:** We consecutively analyzed adult patients from April to September, 2010, in two CAPS-ad in Uberlândia MG, excluding those who were under the influence of PAS, with withdrawal symptoms or with dementia. Patients were divided according to the abstinence length: < 1 week (Group 1), 1 to 4 weeks (Group 2) and > 4 weeks (Group 3). For diagnosing comorbidities we used the symptoms checklist of ICD-10 and collected information from medical records. We used a structured questionnaire to collect the analyzed data. **Results:** Among the 188 evaluated patients, 62.8% were diagnosed with a MBD comorbidity, which were more frequent ($p < 0.05$) in Group 1 (72%) than in Group 3 (54.2%), and what differed them was the greater frequency of depressive disorders and other anxiety disorders in the first (61.3% and 34.6% respectively); both groups were similar to Group 2 (61.0%). Patients with comorbidities, more often than those without them, respectively, suffered abuse in childhood (67.8% and 42.8%), had perceived that presented another MBD (84.7% and 37.1%) and psychological disorders (79.7% and 44.3%) in addition to CD, made use of psychotropic medications (81.4% and 37.1%) and previous treatments for CD (88.1% and 70.0%), had injuries due to external causes (84.8% and 68.6%), were involved in fights or assaults (71.2% and 50.0%), attempted suicide (45.8% and 15.8%) and were in controlled environments throughout life (72.9% and 57.1%). Sociodemographic features were similar between patients with or without comorbidities, and also between those with different periods of abstinence. Most patients (59.4%) had negative feelings about their own use of PAS. **Conclusion:** Two thirds of the patients had a MBD comorbidity diagnosis, which was more frequent among those with shorter periods of abstinence, which shows that sometime of abstinence should be awaited before these diagnoses are given as final. Presence of comorbidities was associated with worse clinical conditions and no differences were found regarding socio-demographic data between the patients with or without comorbidities. Among all, there was a predominance of negative feelings over their own use of PAS.

Keywords: Comorbidity of mental and behavioral disorders, drug addiction, alcohol, epidemiology.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Frequência de diagnósticos de comorbidades de TMC entre os pacientes nos Grupos 1, 2 e 3.....	34
TABELA 2: Frequência de diagnósticos de transtornos decorrentes do uso de SPA entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC associado à DQ.....	35
TABELA 3: Características sociodemográficas dos pacientes com ou sem comorbidade de TMC associado à DQ.....	37
TABELA 4: Frequência das condições avaliadas relacionadas à infância entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC associado à DQ.	38
TABELA 5: Idade de início, tempo de uso e frequência dos motivos iniciais para o uso de SPA entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC associado à DQ	39
TABELA 6: Frequências das SPAs inicialmente utilizadas e das consumidas nos últimos seis entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC.....	41
TABELA 7: Percepção de ser portador de comorbidades de TMC ou de transtorno psicológico, uso de medicamento psicotrópico e tratamentos anteriores, entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC.....	42
TABELA 8: Frequências de lesões por causas externas, de tentativas de suicídio, de atos ilegais e de detenção/reclusão entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC.....	44

TABELA 9: Frequência de permanência em ambientes controlados entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC.....	45
--	----

TABELA 10: Categorias dos sentimentos dos pacientes com ou sem comorbidade de TMC em relação ao uso de SPA.....	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- Associação Americana de Psiquiatria

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad -Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CID- Classificação Internacional de Doenças

DQ- Dependência química

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

SPA- Substância psicoativa

SD- Síndrome de dependência

SUS- Sistema Único de Saúde

TMC- Transtorno mental e compartmental

WHO-*World Health Organization*

UFU- Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.2 Transtornos decorrentes do uso de SPA.....	16
1.3 Comorbidades de TMC associados à DQ.....	19
1.4 Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-ad).....	22
2 OBJETIVOS.....	25
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	27
3.1 Considerações éticas.....	30
3.2 Análise estatística.....	30
4 RESULTADOS.....	31
4.1 Avaliação diagnóstica.....	33
4.2 Características sociodemográficas	36
4.3 Condições relacionadas à infância	38
4.4 Aspectos relacionados ao uso de SPA.....	39
4.5 Aspectos relacionados às condições clínicas avaliadas.....	42
4.6 Frequência de permanência em ambientes controlado.....	45
4.7 Sentimentos dos pacientes em relação ao uso de SPA.....	46
5 DISCUSSÃO.....	47
5.1 Frequência de diagnósticos de comorbidades de TMC associado à DQ.....	48
5.2 Características sociodemográficas	51
5.3 Condições relacionadas à infância.....	52
5.4 Aspectos relacionados ao uso de SPA.....	53
5.5 Aspectos relacionados às condições clínicas avaliadas e a permanência em ambientes controlado	54
5.6 Sentimentos dos pacientes em relação ao uso de SPA.....	55
6 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS.....	56
7 CONCLUSÕES.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXOS.....	69

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA) fazem parte da história do homem e estiveram presentes em diferentes contextos culturais. Para os egípcios, as SPA tinham finalidades médicas e profanas e as plantas mais consumidas eram o cânhamo (*Cannabis sativa*), a mandrágora (*Mandraghora officinarum*), a datura e a papoula. Consumiam também o vinho e a cerveja, pois conheciam o processo de fermentação das frutas desde 300 a.C. Na Índia, o hábito de fumar maconha e a datura fez parte dos primeiros tempos das meditações budistas. Na China, o cânhamo era utilizado com fins religiosos ou ritualísticos, mas o maior legado dos chineses foi o hábito de consumir chá verde a partir das folhas da *Camellia sinensis*. Nas civilizações pré-colombianas era habitual o consumo de plantas alucinógenas (cogumelos, cactos), de folhas de coca e da *Ayhuasca*, uma bebida preparada a partir da chacrona (*Psichotria viridis*) e do cipó do jagubre (*Banisteriopsis caapi*). Também consumiam o álcool a partir da fermentação da piña (*Tequilana weber*) e do milho. As civilizações amazônicas consumiam diversas plantas ricas em dimetiltriptamina (DMT), que é alucinógeno, para fins religiosos e entre elas incluem o yopo (*Anandenathera peregrina*), a jurema (*Mimosa hostilis*), a epena (*Virola theiodora*) e a chacrona ou rainha (*Psichotria viridis*). Na Europa, na idade média o consumo de SPA era associado a rituais pagãos que foram proibidos e passíveis de pena capital. Uma das plantas mais conhecidas dos europeus medievais era a mandrágora. Com a expansão comercial, através das grandes navegações, o homem voltou a entrar em contato com as SPA que usaram na antiguidade e com outras trazidas do Novo Mundo. A partir do século XVIII, várias experiências científicas foram feitas e uma grande quantidade de medicamentos foi produzida a partir dos alcalóides da maioria das plantas citadas acima (ARAUJO; MOREIRA, 2006).

A produção e o consumo de SPA foram disseminados pelo mundo e a cada dia descobrem-se novas formas de produzir, de processar, de associar e de consumir tais substâncias, ampliado o poder de ação das mesmas. Hodiernamente, elas são utilizadas por diferentes motivos: finalidades médicas, culturais, religiosas, como forma de recreação, de prazer, de enfrentamento ou fuga de problemas existenciais, para transgredir, transcender e como meio de socialização ou de isolamento (OLIVESTEIN, 1988; ARAUJO; MOREIRA, 2006).

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente SPAs,

independentemente de idade, sexo, nível de instrução ou poder aquisitivo. Considerando-se o uso de SPAs, e ainda, qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial (BRASIL, 2004).

A carga global de doenças e de lesões atribuíveis ao consumo de álcool em 2004 foi de 7,6% entre os homens e 1,4% entre as mulheres. As taxas de prevalência global dos transtornos por uso de álcool na população variam na faixa de 0% a 16%: as maiores taxas de prevalência podem ser encontradas em parte da Europa Central e Oriental (chegando a 16%), nas Américas (atingindo até 10%), Sudeste Asiático (chegando a 10%) e em alguns países do pacífico Ocidental (atingindo até 13%). Considerando-se todas as regiões, a prevalência de transtornos por uso de álcool é maior entre os homens ($\geq 6,4\%$) do que entre as mulheres ($\geq 1,6\%$). As taxas de prevalência global por uso de SPA ilícitas foram estimadas na faixa de 0% a 3%, com as maiores taxas de prevalência encontrada na Região do Mediterrâneo Oriental. A estimativa de prevalência de uso dessas substâncias é maior entre os homens ($\geq 1,6\%$) do que entre as mulheres ($\geq 0,4\%$). Em quase todas as regiões do planeta, o número de mortes atribuíveis ao consumo de álcool são maiores do que o número de mortes atribuíveis ao uso de drogas ilícitas. O uso abusivo dessas substâncias pode acarretar uma série de problemas orgânicos, psíquicos e sociais com reflexos na vida pessoal, familiar e no trabalho (WHO, 2010).

No II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado nas 108 maiores cidades do país no ano de 2005, com pessoas na faixa etária compreendida entre os 12 e 65 anos de idade, constatou-se que as SPAs mais consumidas (uso na vida) foram o álcool (74,6%) e o tabaco (44,0%), seguidos pelos medicamentos com fins de abuso, tais como, anfetaminas, benzodiazepínicos, orexígenos, anticolinérgicos, analgésicos e xaropes à base de codeína (16,4%), de maconha (8,8%), de solventes (6,1%), de cocaína (2,9%), de crack (1,5%), de alucinógenos (1,1%), de anabolizantes (0,9%) e de heroína (0,09%) (CARLINI et al., 2006).

Os transtornos devido ao uso de SPA foram responsáveis por 77% das mortes causadas por transtornos mentais e comportamentais (TMC) no Brasil, e de 59% e 53%, respectivamente, no estado e no município de São Paulo no ano de 2002 (LAURENTI, 2007).

O consumo de SPA é um fenômeno que se tornou relativamente frequente, principalmente entre os jovens. Enquanto alguns fazem uso de forma ocasional sem maiores consequências, uma parte desses usuários passa para padrões de uso de risco podendo tornar-

se dependentes, e isso pode resultar da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e do tipo de SPA utilizada (SILVEIRA; MOREIRA, 2006). Os transtornos causados por uso de SPA são considerados pela Classificação Internacional de Doenças, adotado pela OMS em sua décima revisão-CID-10 (OMS, 1993) e pelo Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria, em sua quarta revisão-DSM-IV (APA, 1996), como transtornos mentais por uso de SPA.

1.2 Transtornos decorrentes do uso de SPA

Os transtornos mentais e comportamentais (TMC) decorrentes do uso de SPA, de acordo a CID-10, contemplam uma ampla variedade de transtornos que incluem intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, transtornos psicóticos, síndrome amnésica. Estes transtornos são atribuíveis ao uso de uma ou mais SPA, as quais podem ou não terem sido prescritas pelo médico. Entre as SPA que causam os TMC incluem-se: álcool, tabaco, canabinóides, cocaína ou crack, sedativos ou hipnóticos, outros estimulantes, alucinógenos, solventes voláteis e opiáceos (OMS, 1993).

A dependência química (DQ) é considerada pela OMS como uma síndrome (síndrome de dependência), e o mesmo fenômeno é chamado por toxicomania, farmacodependências ou drogadicção.

A dependência de SPA tem sido objeto de vários estudos e já foi considerada sob vários aspectos ao longo da história, com o intuito de se buscar melhor compreensão de um fenômeno que sempre se mostrou muito complexo. Inicialmente, considerava-se que a DQ era um desvio de caráter, evoluiu para uma visão médica segundo a qual seria um distúrbio unicamente com base orgânica e, posteriormente, essa visão foi alterada na medida em que se constatou a importância da influência de fatores psicológicos, sociais e culturais, além dos fisiológicos. Surgiram então outras teorias nas áreas da psicologia e da sociologia complementando as teorias biológicas, no entanto, nenhuma dessas teorias é suficientemente abrangente, a ponto de considerar todos os aspectos do fenômeno, havendo muitas lacunas a serem esclarecidas (FORMIGONI; QUADROS, 2006). Só a partir da segunda metade do século XX, a DQ deixou ser considerada um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental (RIBEIRO, 2004).

Em 1970, foi proposto o conceito de síndrome de dependência do álcool para identificar o que os autores consideraram como um relacionamento alterado entre o indivíduo

e sua forma de beber, criando uma distinção clínica entre dependência e os problemas relacionados ao consumo do álcool. O diagnóstico de dependência passou então a ser feito a partir de um conjunto de sinais e sintomas estabelecendo graus variáveis de risco e de problemas ocasionados pelo uso da droga (EDWARDS; GROSS, 1976). A OMS, em 1977, adotou a definição de dependência do álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade e publicou um relatório separando os transtornos por uso do álcool em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento dessa diferença também está presente no Manual de Diagnóstico e Estatística, terceira revisão (DSM-III) da associação americana de psiquiatria, em 1980, tanto em relação ao álcool como para outras SPA. O conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos principais sistemas classificatórios de diagnósticos, tais como o DSM-IV e a CID-10, em que se reduziram o número de sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e ampliaram o período com esta sintomatologia para se determinar a instalação da síndrome (MARQUES, 2001).

Na classificação de TMC da CID-10, especificamente no capítulo V, a síndrome de dependência é descrita como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, e as diretrizes para o seu diagnóstico estão descritas abaixo. A substância envolvida é indicada pelos primeiros dois dígitos depois da letra F, que se refere aos TMC, e o terceiro dígito especifica o estado clínico (F1x.2) (OMS, 1993).

Síndrome de Dependência: (F1x.2).

Um diagnóstico definitivo de dependência deve ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- a) Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância
- b) Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- c) Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da SPA são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- e) Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da SPA, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- f) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Devem-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Estreitamente do repertório pessoal de padrões de uso de SPA também tem sido descrito como um aspecto característico (p.ex. uma tendência a tomar bebidas alcoólicas da mesma forma em dias úteis e fins de semana, a despeito de restrições

sociais que determinam o comportamento adequado de beber). É uma característica essencial da síndrome de dependência que tanto a ingestão de SPA quanto o desejo de usar uma substância em particular devem estar presentes; a consciência subjetiva da compulsão a usar SPA é mais comumente observada durante as tentativas de parar ou controlar o uso de substância (OMS, 1993).

Segundo a OMS, é difícil determinar, com precisão, quando uma pessoa se torna dependente de uma SPA. Há indicações de que a dependência se instala progressivamente podendo chegar a um estágio grave, com consequências físicas, mentais e sócio-econômicas. Há também crescentes indícios de que algumas alterações neuroquímicas no cérebro estejam associadas com características da dependência de SPA e, de fato, como causadoras de muitas delas. Indícios clínicos parecem mostrar que a dependência de SPA deve ser encarada, ao mesmo tempo, como doença médica crônica e como um problema social (OMS, 2001).

Tem sido descrito que o fenômeno da DQ se constitui da interação de três fatores: da SPA, com suas propriedades farmacológicas, sejam elas de entorpecimento ou de euforia; do indivíduo, com características de personalidade caracterizada por um conjunto dinâmico de elementos onde a fragilidade egóica desempenha um papel fundamental, e o contexto sócio-cultural, onde se realiza o encontro do indivíduo com a droga (OLIEVENSTEIN, 1988; SILVEIRA, 1995; SILVEIRA; MOREIRA, 2006). Muitas vezes, o portador de DQ é um indivíduo que se vê diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável a qual não consegue modificar ou a ela adaptar-se; diante da impossibilidade para enfrentá-la utiliza as SPA como um recurso para modificar a percepção dessa realidade (SILVEIRA FILHO, 1995).

Observa-se que em cada cinco pessoas que já fizeram uso de SPA ilícita, talvez uma possa preencher os critérios para a DQ. A extensão deste risco varia entre os tipos de SPA, com maiores riscos para aquelas com efeito inicial rápido e duradouro (WHO, 2010), existindo uma linha tênue e vulnerável que separa a experimentação e o uso recreativo da DQ. A DQ é considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida podendo causar danos irreversíveis e até a morte. No entanto, ela pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia (LEITE, 2000). A DQ está associada a problemas de saúde física e mental, baixa produtividades no trabalho, violência, comportamento criminoso e à exclusão social, o que resulta em enorme custo econômico e um desperdício de recursos humanos.

1.3 Comorbidades de TMC associada à DQ

O termo comorbidade foi descrito na medicina em 1970 como “qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença principal esteja sob estudo” (FEISTEIN, 1970). Esse termo foi estendido à psiquiatria em 1990, referindo-se a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas (MATOS; MATOS; MATOS, 2005) e vem sendo utilizado para descrever a coexistência de TMC decorrentes do uso de SPA com outros TMC.

Os TMC são um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente significativos associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Eles são caracterizados, geralmente, por uma combinação de idéias, emoções e comportamentos. Para serem classificados como transtornos é necessário que essas anormalidades sejam contínuas ou recorrentes, e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, em uma ou mais esferas da vida (OMS, 1993; OMS, 2001). Eles afetam pessoas de todos os países e sociedades e estão presentes em cerca de 10% da população adulta; segundo estimativas, eles respondem por 12% da carga mundial de doenças e uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre de um TMC atualmente. Aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais TMC. Alguns transtornos, tais como, os depressivos, por uso de SPA, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental e os transtornos da infância e da adolescência geralmente causam incapacitação grave. Os transtornos de ansiedade e depressão são mais comuns no sexo feminino, ao passo que os transtornos devidos ao uso de SPA e os transtornos da personalidade anti-social são mais comuns no sexo masculino. Fatores sociais, ambientais, emocionais e familiares desempenham um papel importante nos TMC influenciando o início, a progressão e o resultado desses transtornos (OMS, 2001).

A presença de comorbidades de TMC em uma pessoa com DQ é capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico de ambos os transtornos (ALVES et al., 2004), além disso, aumentam o custo financeiro e social. Em um estudo de revisão, observou-se que pacientes com comorbidades de TMC associado à DQ apresentam maior gravidade dos sintomas, relatam maior sofrimento e, conseqüentemente, buscam mais tratamentos em relação aos pacientes sem comorbidades, no entanto, apresentam pouca adesão, recaídas frequentes e mais problemas sociais (BREMS; JOHNSON, 1997). A

presença de comorbidades implica em desfechos pobres no tratamento (ROUNSAVILLE et al., 1987), interfere na evolução da doença, tornando seu curso mais crônico, tem pior prognóstico (PETRIBÚ, 2001) e as abordagens propostas para pacientes sem comorbidade se mostram impróprias para aqueles que as apresentam (RATTO; CORDEIRO, 2004).

Tem sido descritas diferentes teorias que estabelecem relações entre as doenças que se apresentam associadas em comorbidade (MATOS; MATOS; MATOS, 2005; LACKS; MOREIRA; SILVEIRA, 2006; RATTO; CORDEIRO, 2004) onde os pontos principais são: 1) causal, onde a presença de um transtorno é necessária para o surgimento de outro, ou seja, um transtorno predispondo ao aparecimento de outro; 2) etiologia comum, quando os transtornos coexistentes seriam, por exemplo, resultado da mesma combinação de genes, associados a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos; o transtorno comórbido e o primário poderiam ser manifestações em diferentes apresentações ou estágios da mesma doença; 3) automedicação, ou seja, a presença de uma psicopatologia estimularia o abuso de SPA com o intuito de minimizar ou aliviar sintomas relativos a um transtorno primário; 4) uso de SPA precipitando a psicopatologia, quando o consumo de SPA pode levar ao surgimento de outro TMC; e 5) hereditariedade, quando fatores hereditários contribuiriam tanto para o surgimento da DQ quanto de comorbidades.

Independentemente de se saber qual transtorno é primário, tem sido observado que de forma geral, a presença de comorbidades de TMC em paciente com diagnóstico de DQ parece ser frequente e significativamente maior do que na população geral, assim como de forma inversa, analisando-se uma população de pacientes com algum TMC, encontraremos com frequência história de abuso ou dependência de alguma SPA (LACKS; MOREIRA; SILVEIRA, 2006).

As frequências e as interferências de comorbidades de TMC associados à DQ têm sido estudadas desde a década de 1980 (ROSS; GLASER; GERMANSON, 1988; ZALESK et al., 2006). O primeiro grande estudo epidemiológico realizado para avaliar a prevalência de comorbidade de TMC em dependentes de álcool e/ou outras drogas foi realizado nos Estados Unidos da América entre 1980 e 1984 (*Epidemiologic Catchment Area-ECA*), onde se observaram as existências de outros TMC em 37% dos dependentes do álcool e em 53% dos dependentes de outras drogas excluindo o álcool (REGIER et al., 1990). Naquele estudo, utilizando-se os critérios do DSM-IV, observou-se entre os que apresentaram comorbidade que os TMC mais prevalentes foram: transtorno de ansiedade (28%), transtornos do humor (26%), transtornos da personalidade anti-social (18%) e esquizofrenia (7%) (REGIER et al.,

1990). Desde então, em outros trabalhos mostraram-se resultados que variam conforme o tipo de estudo, o tipo de serviço onde foi realizado, o método de avaliação utilizado, a definição do transtorno devido ao uso de substâncias, às características sociodemográficas das amostras, à disponibilidade de drogas ilícitas na comunidade e conforme a área geográfica estudada (ZALESK et al., 2006; REGIER et al., 1990). No entanto, apesar dessas diferenças nos tipos de estudos, a utilização de critérios diagnósticos mais refinados e o desenvolvimento de instrumentos padronizados têm permitido trabalhos de boa qualidade metodológica (LOPES, 1999).

Tem sido descrito que a prevalência de comorbidades de TMC entre pacientes em tratamento por uso de SPA varia de 20% a 82% (EL-GUEBALY, 1990; SILVEIRA; JORGE, 1999; PALHARES-ALVES; LARANJEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2007; JOHNSON et al., 2007; ROSS; GLASER; GERMANSON, 1988; HEILIG et al., 2002), enquanto que entre pacientes em tratamento psiquiátrico a prevalência do uso de SPA varia de 20 a 75% (EL-GUEBALY, 1990). Em ambientes ambulatoriais, as prevalências dessas comorbidades geralmente são inferiores àsquelas observadas entre pacientes em regime de internação. Para ambientes prisionais, por exemplo, as taxas de comorbidade são muito altas, variando de 70% a mais de 90% (REGIER et al., 1990). Nesses estudos, os diagnósticos de TMC mais frequentemente encontrados foram os transtornos de humor (dentre eles os transtornos depressivos), os transtornos de ansiedade, os transtornos de personalidade e a esquizofrenia.

Para se diagnosticar os TMC são utilizados métodos clínicos semelhantes aos que se utilizam para transtornos físicos. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida do indivíduo e de informações adicionais, inclusive da família, um exame clínico sistemático para definir o estado mental, e os testes e exames especializadas que sejam necessários para complementar o diagnóstico. Nas últimas décadas do século passado, ocorreram avanços na padronização da avaliação clínica. Esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico possibilitam atingir alto grau de fiabilidade e validade no diagnóstico de TMC (OMS, 2001). Atualmente, os dois sistemas classificatórios para transtornos mentais mais utilizados são a CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV (APA, 1996). Estes critérios são nosográficos, subdividindo-se em categorias classificadas em vários eixos, e tendo como objetivo listar e classificar os TMC, o que permite, pela sua estrutura, a inclusão de diagnósticos múltiplos (MATOS; MATOS; MATOS, 2005; LACKS; MOREIRA; SILVEIRA, 2006)

Existem diferentes instrumentos para o diagnóstico de TMC baseados no DSM-III, DSM-IV ou na CID-10. Entre eles, incluem-se o *Strutcured Clinical Interview* (SCID- I), o *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), o *Research Diagnostic Criteria* (RDC) e o *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Também existem os instrumentos de diagnóstico para transtornos decorrentes do uso de SPA, tais como, o *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM-IV), o *"Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule"* (AUDADIS) (TORRENS; MARTIN-SANTOS; SAMET, 2006) e o *checklist* de sintomas da CID-10, versão 1.1 (JANCA et al., 1994).

No diagnóstico de comorbidade de outros TMC com DQ uma das maiores dificuldades é a diferenciação entre eles, pois ocorre uma superposição de sintomas onde um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro, não sendo fácil, no início, estabelecer um diagnóstico definitivo de comorbidade (ZALESKI et al., 2006).

Diante da relevância do tema, no presente estudo nos propusemos a avaliar a frequência de diagnóstico de comorbidades de TMC em pacientes com DQ, atendidos nos CAPS-ad de Uberlândia. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o tempo de abstinência e comparamos dados sócio-demográficos, algumas condições relacionadas à infância e algumas características clínicas entre os pacientes com e sem diagnóstico de comorbidades de TMC.

1.4.4 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-ad)

Antes do ano de 2002 existia no Brasil uma lacuna na política pública de saúde, em relação ao tratamento dos TMC por uso de SPA. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas (BRASIL, 2005).

A partir do momento que a OMS constatou que o uso de SPA tomou proporção de grave problema de saúde pública, o enfrentamento do mesmo constituiu-se em uma demanda mundial (OMS, 2001). No Brasil, pesquisas mostravam um aumento do consumo de SPA entre crianças e adolescentes e os crescentes problemas relacionados ao uso destas substâncias pela população adulta e economicamente ativa (BRASIL, 2004).

O reconhecimento do uso prejudicial de SPA como um importante problema de saúde pública, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a partir do ano de 2002. A organização dos serviços e as ações de atenção a usuários de álcool e outras drogas estão baseadas na Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Essa lei, e mais especificamente as portarias nº 336/GM (19/02/2002) e GM/MS 816 (30/04/2002) (BRASIL, 2002 a,b) sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Essas portarias instituíram a implementação do Programa de Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentando as normas e diretrizes para a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os CAPS-ad que estão voltados exclusivamente para usuários de álcool e de outras drogas. Com essas medidas inicia-se a construção de uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de SPA, situada no campo da saúde mental e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem da redução de danos (BRASIL, 2005).

Em Uberlândia existem dois CAPS-ad, os quais estão credenciados junto ao Ministério da Saúde. O CAPS-ad David Capistrano da Costa Filho é administrado pela Prefeitura de Uberlândia, com início de funcionamento em 2004 e credenciamento em 2005, e o CAPS-ad administrado pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com início de funcionamento no ano de 2005 e credenciamento em 2009.

O atendimento nessas instituições de serviço ambulatorial em atenção diária é executado por equipes multiprofissionais, nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A entrada para os dois CAPS-ad e as atividades terapêuticas neles implantadas são semelhantes. O usuário chega por demanda espontânea, por meio de encaminhamentos da rede de saúde ou por outros pontos da rede de atenção, tais como, judiciário, ministério público, escolas, comunidades terapêuticas e organizações não governamentais. A admissão do usuário que chega pela primeira vez, e para aqueles que já foram pacientes e que em algum momento precisam retornar, se dá através do acolhimento, sem horário pré-agendado. Após o acolhimento, o usuário é admitido para tratamento no próprio local ou encaminhado para outro serviço, de acordo com suas necessidades. Para cada usuário admitido, existe um profissional de referência, que irá junto com este estabelecer um

projeto terapêutico de forma individualizada e contínua. Neste projeto constam avaliações médicas, psicológicas, sociais, cuidados de enfermagem e inserção nos grupos e oficinas. As atividades desenvolvidas pelos CAPS-ad englobam atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterapia, orientações, entre outros), atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas, grupos de atendimento a familiares, visitas domiciliares e atividades comunitárias. As duas instituições possuem leitos para repouso.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

1. Avaliar a frequência de diagnóstico de comorbidades de TMC em pacientes com dependência química atendidos nos CAPS-ad da cidade de Uberlândia MG, com diferentes períodos de abstinência.
2. Comparar entre os pacientes com ou sem comorbidade
 - a) dados sócio-demográficos
 - b) algumas condições relacionadas à infância
 - c) algumas características clínicas
3. Avaliar os sentimentos dos pacientes em relação ao seu próprio uso de SPA.

CASUÍSTICA E MÉTODO

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Para este estudo, a coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2010, nos dois CAPS-ad da cidade de Uberlândia MG, após autorização pelos responsáveis por essas instituições (ANEXO A₁ e A₂). Na execução do projeto deste estudo os pacientes foram abordados consecutivamente, e após apresentação dos objetivos da pesquisa era feito o convite para sua participação. A avaliação e a coleta de dados sociodemográficos foram realizadas individualmente, em local reservado, após a obtenção do consentimento por escrito (ANEXO B) de cada um dos pacientes. Nenhum paciente abordado recusou-se em participar do estudo. O tempo médio para cada avaliação foi de uma hora e cinquenta minutos.

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de DQ de acordo com os critérios da CID-10 (OMS, 1993), maiores de 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídos pacientes que estavam sob o efeito de SPA, em crise de abstinência, com quadros psicóticos graves em crise, em uso de altas doses de medicamentos psicotrópicos que dificultavam a avaliação diagnóstica e aqueles com demência.

O diagnóstico de comorbidade de TMC associados à DQ foi feito por um dos autores (Pereira-MLC) usando como referência a CID-10, especificamente o capítulo V que se refere aos TMC. A CID-10 é aceita pela maioria dos países e pela Associação Mundial de Psiquiatria como padrão internacional para relatos estatísticos, cuidados clínicos e como critérios de diagnóstico para pesquisa, sendo adotado oficialmente no Brasil como sistema classificatório de doenças (PEIXOTO et al., 2009). Realizamos também entrevista, avaliação do estado mental e coleta de dados em prontuários.

A entrevista foi realizada através de um questionário estruturado para obtenção de dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, cor da pele autorreferida, escolaridade e renda pessoal mensal em salários mínimos), de informações sobre a infância (composição familiar, separação dos pais, maus tratos e abuso sexual), sobre o uso de SPA (início, SPA utilizadas, tratamentos anteriores para DQ) e sobre a saúde mental (percepção de outro TMC além da DQ, início e sintomas apresentados, tratamentos anteriores, internações psiquiátricas, tentativas de suicídio) - (ANEXO C).

A avaliação do estado mental foi realizada através de questionamentos e observações do comportamento durante a entrevista, compreendendo as seguintes áreas: consciência, memória, intelecto, fala, conteúdo e processo de pensamento, percepção, humor, afeto e

aparência, de acordo com as normas propostas nas diretrizes internacionais para avaliação diagnóstica (APA, 2004) - (ANEXO D).

A coleta de dados em prontuários foi realizada com o objetivo de buscarmos fontes adicionais de informações sobre o paciente, tais como, diagnóstico clínico e/ou psiquiátrico, dados sobre o tratamento atual e/ou anteriores e informações pertinentes à saúde mental (ANEXO E).

O *checklist* de sintomas da CID-10 para TMC, versão 1.1, traduzido no Brasil por Oliveira e Cordoli (JANCA et al., 1994) é um instrumento semi-estruturado e utilizado para avaliação de sintomas e síndromes psiquiátricas nas categorias de F0 a F6. Este *checklist* é dividido em módulos que consistem de lista de sintomas e de estados que devem ser incluídos ou excluídos para diagnóstico de cada transtorno. Estas listas são acompanhadas de instruções que podem ajudar o usuário a considerar outras possíveis síndromes e, conseqüentemente, o uso de outros módulos do *checklist*. Os módulos também oferecem a possibilidade de se registrar o início, a gravidade e a duração da síndrome, assim como o número de episódios (ANEXO G). Os sintomas de ansiedade, depressão, alucinações e delírios não foram considerados como positivos quando encontrados associados exclusivamente ao uso recente de SPA, conforme verificado pelo *checklist* de sintomas para doenças mentais da CID-10.

Questionamos cada um dos pacientes em relação aos seus sentimentos quanto ao próprio uso de SPA e, posteriormente, foi feita a análise de conteúdo que se constitui em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos (CAMPOS, 2004). Fizemos a leitura das respostas dadas com o objetivo de apreender as idéias principais nelas embutidas, selecionamos as unidades de análise através de frases e palavras e agrupamos as frases e palavras que constituíram as categorias (que surgiram do contexto das respostas que estavam sendo avaliadas). O agrupamento em categorias foi feito por freqüenciamento que se constituíram em cinco categorias de sentimentos em relação ao uso de SPA: negativos, contraditórios, favoráveis, esperança de superação e conformismo.

Após as entrevistas, os pacientes foram divididos em três grupos: aqueles com período de abstinência menor do que uma semana (Grupo 1), de uma a quatro semanas (Grupo 2) e maior do que quatro semanas (Grupo 3). As freqüências de comorbidade de TMC foram comparadas entre os três grupos e as variáveis estudadas foram comparadas entre os pacientes com e sem comorbidade de TMC.

3.1 Considerações éticas

Para preservar o sigilo da identidade dos pacientes avaliados, eles foram identificados apenas com numeração cardinal crescente.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional com parecer final número 156/10 (ANEXO F).

3.2 Análise estatística

Os dados foram organizados, tabulados e analisados por meio do *Software Statistical Package for Social Scienses* (SPSS versão 17.0, IBM Inc., Chicago, EUA, 2008). O teste t de *Student* foi utilizado para a comparação das médias analisadas. Como os outros resultados obtidos não obedeceram a uma distribuição normal, foram utilizados, para as comparações das frequências, os testes não paramétricos do qui-quadrado ou o exato de Fisher. Para todos os testes foi fixado em 0,05 ou 5% ($\alpha < 0,05$) o nível para rejeição da hipótese de nulidade (SIEGEL, 1995).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 188 pacientes, sendo 154 (81,9%) homens e 34 (18,1%) mulheres, com idade média e desvio-padrão de $38,5 \pm 9,9$ anos, variando entre 18 e 73 anos. Os resultados das avaliações realizadas serão apresentados em tabelas. Quando houver diferenças estatísticas significantes será assinalado com asterisco e o teste estatístico realizado será descrito abaixo das tabelas

4.1 Avaliação diagnóstica

4.1.1 Frequência de diagnósticos de comorbidades de TMC associado à DQ

Entre todos os pacientes, 118 (62,8%) foram diagnosticados com alguma comorbidade de TMC associada à DQ: 40,4% preencheram critérios diagnósticos para transtornos de humor com predomínio de transtornos depressivos (33,0%); 18,6% foram diagnosticados com transtornos neuróticos, estresse e somatoformes com predomínio de outros transtornos de ansiedade, 10,1% preencheram critério diagnóstico para transtornos de personalidade com predomínio de transtornos de personalidade antissocial e 8,5% para esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante, com predomínio de esquizofrenia. Observamos que 28 (14,9%) pacientes foram diagnosticados com mais de um TMC além da DQ - Tabela 1.

Diagnósticos de comorbidades foram mais frequentes entre os pacientes do Grupo 1 do que entre os do Grupo 3, e não houve diferenças significantes entre os pacientes do Grupo 1 em relação ao Grupo 2 e nem entre os pacientes do Grupo 2 em relação ao Grupo 3 - Tabela 1.

As frequências de transtornos depressivos ou de outros transtornos de ansiedade foram numericamente maiores entre os pacientes do Grupo 1 do que do Grupo 3, sem diferença significativa entre eles, no entanto, quando estas duas variáveis foram analisadas em conjunto elas foram mais frequentes ($p=0,00$) no Grupo 1 do que no Grupo 3 (61,3% e 34,6%, respectivamente).

As frequências de esquizofrenia, transtornos delirante, esquizoafetivo, esquizotípico analisados em conjunto foram maiores ($p=0,04$) no Grupo 3 do que no Grupo 1, e não houve diferença entre o grupo 2 e os grupos 1 ou 3.

Tabela 1- Frequência de diagnósticos de comorbidades de TMC entre os pacientes avaliados (N = 188), nos Grupos 1 (N = 75), 2 (N = 41) e 3 (N = 72).

TMC associado à DQ	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	N		N (%)		N (%)		N (%)	
	(%)							
Transtornos de Humor								
Episódio depressivo (F32)	19	25,3	11	26,8	13	18,0	43	22,9
Transtorno depressivo recorrente (F33)	11	14,7	3	7,3	5	6,9	19	10,1
Transtorno persistente do humor (F34)	5	6,7	3	7,3	3	4,2	11	5,8
Transtorno afetivo bipolar (F31)	0		2	4,9	1	1,4	3	1,6
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes								
Outros transtornos de ansiedade (F41)	16	21,3	3	7,3	7	9,7	26	13,8
Transtorno dissociativo (F44)	1	1,3	1	2,4	2	2,8	4	2,1
Fobias específicas (F40.2)	1	1,3	1	2,4	0		2	1,1
Reação a estresse e transtorno de ajustamento (F43)	1	1,3	1	2,4	0		2	1,1
Transtorno obsessivo-compulsivo(F42)	0		1	2,4	0		1	0,5
Transtorno de personalidade								
Antissocial (F60.2)	5	6,7	1	2,4	2	2,8	8	4,2
Emocionalmente instável (F60.3)	3	4,0	1	2,4	2	2,8	6	3,2
Esquizóide (F60.1), Dependente (F60.7, outros (F60.8)	2	2,7	3	7,3	0		5	2,7
Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante								
Esquizofrenia (F20)	2	2,7	2	4,9	6	8,3	10	5,3
Transtorno delirante (F22)	1	1,3	0		2	2,8	3	1,6
Transtorno esquizoafetivo (F25)	0		1	2,4	1	1,4	2	1,1
Transtorno esquizotípico (F21)	0		0		1	1,4	1	0,5
Mais de uma Comorbidade								
Total	54	72,0*	25	61,0	39	54,2*	118	62,8

*p = 0,04. Teste do qui-quadrado: Grupo 1 > Grupo 3.

4.1.2 Frequência de diagnósticos de transtornos decorrentes do uso de SPA

Todos os pacientes preencheram critérios para o diagnóstico de síndrome de dependência de SPA, sendo mais frequentes as síndromes de dependência de múltiplas drogas (incluindo o álcool) e somente de álcool. A maioria era também dependente do tabaco. Não houve diferença significativa entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC em relação às frequências de diagnóstico de transtorno decorrente do uso de SPA - Tabela 2.

Tabela 2- Frequência de diagnósticos de transtornos decorrentes do uso de SPA entre os pacientes (N = 188) com (N = 118) ou sem (N = 70) comorbidade de TMC.

Transtornos	Com		Sem		p ^a	Total	
	comorbidade		comorbidade				
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
SD de múltiplas drogas (F19.2)	56	47,4	32	45,7	0,77	88	46,8
SD do álcool (F10.2)	52	44,1	35	50,0		87	46,3
SD de cocaína (F14.2)	8	6,8	2	2,8		10	5,3
SD de canabinóides (F12.2)	1	0,8	1	1,4		2	1,1
SD de sedativos (F13.2)	1	0,8	0			1	0,5
SD de tabaco(F17.2)	87	73,7	47	67,1		134	71,3

SD: síndrome de dependência. ^a Teste do qui-quadrado (com comorbidade = sem comorbidade).

4.2 Características sociodemográficas

Não houve diferença significativa em relação às características sociodemográficas avaliadas entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC, como também entre os pacientes com diferentes períodos de abstinência. A maioria dos pacientes avaliados se autodefiniu como solteiros/divorciados/separados (64,9%), com escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental, brancos, com alguma religião, com renda pessoal mensal menor do que um salário mínimo e desempregados - Tabela 3.

Tabela 3- Características sociodemográficas dos pacientes (N = 188) com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com comorbidade		Sem comorbidade		p	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Idade (média ± DP)	37,9	± 9,1	39,4	± 11,2	0,33 ^a	38,5	± 9,9
Sexo					0,22 ^b		
Masculino	93	78,8	61	87,1		154	81,9
Feminino	25	21,2	9	12,8		34	18,1
Estado civil					0,10 ^b		
Solteiro	48	40,7	20	28,6		68	36,2
Casado/ Relacionamento estável	35	29,7	31	44,3		66	35,1
Divorciado / separado	35	29,7	19	27,1		54	28,7
Escolaridade					0,78 ^b		
≤ Fundamental	83	70,3	52	74,3		135	71,8
≥ Médio	35	29,7	18	25,7		53	28,2
Cor da pele					0,74 ^b		
Branca	80	67,8	51	72,8		131	69,7
Parda	29	24,6	14	20,0		43	22,9
Preta	9	7,6	5	7,1		14	7,4
Ter religião					0,75 ^b		
Sim	92	78,0	59	84,3		151	80,3
Não	26	22,0	11	15,7		37	19,7
Ocupação					0,69 ^b		
Desempregado	56	47,4	31	44,3		87	46,3
Trabalho formal	29	24,6	19	27,1		48	25,5
Trabalho Informal	18	15,2	14	20,0		32	17,0
Aposentado/Beneficiário	15	12,7	6	8,6		21	11,2
Renda Pessoal ^c					0,40 ^b		
0 I—1	85	72,0	48	68,6		133	70,7
1 I—I 3	28	23,7	21	30,0		49	26,1
> 4	5	4,2	1	1,4		6	3,2

DP = desvio padrão (anos). ^a Teste t de Student. ^b Teste do qui-quadrado (com comorbidade = sem comorbidade). ^c Em salários mínimos vigentes.

4.3 Condições relacionadas à infância dos pacientes

Maus tratos na infância, incluindo abuso sexual, foram mais frequentes entre os pacientes com comorbidade de TMC (67,8%) do que entre aqueles sem comorbidade (42,8%). Entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC, não houve diferença estatística em relação às frequências de familiares que faziam uso/abuso de SPA. A maioria dos pacientes tinha família desestruturada e após a desestruturação familiar a maioria ficou com a mãe, e isso ocorreu com frequência semelhante entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC- Tabela 4.

Tabela 4- Frequência das condições avaliadas relacionadas à infância, entre os pacientes com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com comorbidade		Sem comorbidade		p	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Maus tratos na infância	59	50,0	23	32,8	0,00*	82	43,6
Abuso sexual na infância	21	17,8	7	10,0		28	14,9
Uso/abuso de SPA por familiares	91	77,1	52	74,3	0,79	143	76,1
Situação familiar					0,70		
Separação dos pais	43	36,4	25	35,7		68	36,2
Família nuclear	28	23,7	21	30,0		49	26,1
Morte de pai/mãe	31/116	26,7	17	24,3		48/186	25,8
Abandono	8/116	6,9	5/69	7,2		13/185	7,0
Mãe solteira	8	6,8	2	2,8		10	5,3
Desestrutura familiar	90	76,3	49	70,0	0,94	139	73,9
Ficou com a mãe	51	56,7	28	57,1		79	56,8
Ficou com parentes	21	23,3	13	26,5		34	24,5
Ficou com o pai	9	10,0	5	10,2		14	10,1
Adoção	4	4,4	1	2,0		5	3,6
Não familiares	4	4,4	1	2,0		5	3,6
Abrigo	1	1,1	1	2,0		2	1,4

*Teste do qui-quadrado (com comorbidade > sem comorbidade)

4.4 Aspectos relacionados ao uso de SPA

4.4.1 Idade de início, tempo de uso e motivos iniciais para o uso de SPA.

Não houve diferenças significantes entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC com relação às idades médias de início, do tempo de uso e a motivação inicial para o uso de SPA - Tabela 5.

Tabela 5- Idade de início, tempo de uso e frequência dos motivos iniciais para o uso de SPA entre os pacientes com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com comorbidade		Sem comorbidade		p	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Idade de início (média ± DP)	16,8 ± 7,5		16,7 ± 5,4		0,88 ^a	16,8 ± 6,8	
Tempo de uso (média ± DP)	21,1 ± 9,9		22,3 ± 11,8		0,42 ^a	21,6 ± 10,6	
Motivos para usar SPA					0,91 ^b		
Fazer parte do grupo	65	55,1	35	50,0		100	53,2
Instabilidade emocional/ familiar	51	43,2	20	28,6		71	37,8
Curiosidade	38	32,2	18	25,7		56	29,8
Diversão/curtição/prazer/poder	16	13,6	12	17,1		28	14,9
Uso comum na família	14	11,9	8	11,4		22	11,7
Uso no ambiente de trabalho	11	9,3	8	11,4		19	10,1

DP = desvio padrão (anos). ^a Teste t de Student. ^b Teste do qui-quadrado (com comorbidade = sem comorbidade).

4.4.2 Frequências das SPAs inicialmente utilizadas e das consumidas nos últimos seis meses.

O álcool e o tabaco foram as SPA mais frequentemente consumidas inicialmente e também nos últimos seis meses, e essas frequências de uso foram semelhantes entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC - Tabela 6.

Tabela 6- Frequências das SPAs inicialmente utilizadas e das consumidas nos últimos seis meses entre os pacientes com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com		Sem		p ^a	Total	
	comorbidade		comorbidade			N	(%)
	N	(%)	N	(%)			
SPA inicialmente utilizadas					0,33		
Álcool	44	37,3	32	45,7		76	40,4
Tabaco	40	33,9	20	28,6		60	31,9
Álcool excluindo o tabaco	77	65,2	48	68,6		125	66,5
Maconha	24	20,3	9	12,8		33	17,6
Inalantes ^b	4	3,4	4	5,7		8	4,2
Cocaína cheirada /inalada	4	3,4	3	4,3		7	3,7
Crack	1	0,8	2	2,8		3	1,6
Chás alucinógenos	1	0,8	0			1	0,5
SPA consumida nos últimos seis meses					0,28		
Álcool	98	83,0	56	80,0		154	81,9
Tabaco	89	75,4	45	64,3		134	71,3
Crack	54	45,8	25	35,7		79	42,0
Maconha	36	30,5	13	18,6		49	26,1
Cocaína	23	19,5	12	17,1		35	18,6
Inalantes ^c	5	4,2	0			5	2,6
Tranquilizantes	2	1,7	0			2	1,1
Morfina	1	0,8	0			1	0,5
Anfetamina oral	1	0,8	1	1,4		2	1,1
Chás alucinógenos	1	0,8	0			1	0,5
Êxtase	1	0,8	0			1	0,5
LSD	1	0,8	0			1	0,5

^aTeste do qui-quadrado (com comorbidade = sem comorbidade). ^bCom comorbidade: cola de sapateiro (N = 2), tiner (N = 2); sem comorbidade: cola de sapateiro (N = 2), tiner (N = 2). ^cCom comorbidade: cola de sapateiro (N = 2), tiner (N = 2), clorofórmio (N = 1).

4.5 Aspectos relacionados às condições clínicas avaliadas

4.5.1 Percepção de ser portador de uma doença mental ou de problemas psicológicos, e frequência de uso de medicamentos psicotrópicos e de tratamentos anteriores

Pacientes com comorbidades de TMC mais frequentemente perceberam que apresentavam outra doença mental ou problemas psicológicos além da DQ, fizeram uso de medicamentos psicotrópicos e tratamentos anteriores para DQ - Tabela 7.

Tabela 7- Frequência da percepção de ser portador outra doença mental ou de problemas psicológicos além da DQ, de uso de medicamento psicotrópico e de tratamentos anteriores para DQ, entre os pacientes com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com		Sem		p	Total	
	comorbidade		comorbidade			N	%
	N	%	N	%			
Percepção de ter doença mental	100	84,7	26	37,1	0,00*	126	67,0
Percepção de ter problemas psicológicos	94	79,7	31	44,3	0,00*	125	66,5
Uso medicamentos Psicotrópicos	96	81,4	26	37,1	0,00*	122	64,9
Tratamento anterior para DQ	104	88,1	49	70,0	0,00*	153	81,4
Hospital Geral: desintoxicação	69	58,5	29	41,4	0,03*	96	51,1
Comunidades Terapêuticas	52	44,1	24	34,3	0,24	80	42,6
Internação psiquiátrica	53	44,9	14	20,0	0,00*	67	35,6
Grupos de auto-ajuda	42	35,6	18	25,7	0,21	59	31,4
Tratamento religioso	31	26,3	16	22,8	0,73	48	25,5
Atendimento psiquiátrico	23	19,5	3	4,3	0,00*	26	13,8
Atendimento psicológico	22	18,6	4	5,7	0,01*	26	13,8
Oficina da vida	11	9,3	1	1,4	0,03*	12	6,4
Tratamento com antietanol	4	3,4	6	8,6	0,18	10	5,3
Outros ^a	0		3	4,3	0,05	3	1,6

*Teste do qui-quadrado: com comorbidade > sem comorbidade ^aAcupuntura (N = 2) união do vegetal (N = 1).

4.5.2 Frequência de lesões por causas externas, de comportamento violento, de atos ilegais e de detenção/reclusão

Pacientes com comorbidades de TMC mais frequentemente tiveram lesões por causas externas, estiveram envolvidos em brigas ou agressões e/ou tentaram suicídios. As frequências de detenção/reclusão foram semelhantes entre os pacientes com ou sem comorbidades de TMC - Tabela 8.

Tabela 8- Frequências de lesões por causas externas, de tentativas de suicídio, de atos ilegais e de detenção/reclusão entre os pacientes avaliados, com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com comorbidade		Sem comorbidade		p	Total	
	N	%	N	%		N	%
Lesões por causas externas	100	84,7	48	68,6	0,01*	148	78,7
Acidente de trânsito	47	47,0	30	62,5		77	52,0
Violência	53	53,0	18	37,5		71	48,0
Tentativa(s) suicídio	54	45,8	11	15,7	0,00*	65	34,6
Motivos					0,42		
Por causa do uso de SPA	15	27,8	4	36,4		19	29,2
Depressão/Solidão/Falta de sentido	16	29,6	2	18,2		18	27,7
Alucinações de conteúdo suicida	8	14,8	0			8	12,3
Dificuldades nos relacionamentos	6	11,1	1	9,1		7	10,8
> 1 tentativa (diferentes motivos)	5	9,2	3	27,3		8	12,3
Não sabe explicar/fora de si	4	7,4	1	9,1		5	7,7
Atos ilegais							
Brigas ou agressões	84	71,2	35	50,0	0,01*	119	63,3
Furto/roubo/assalto/receptação	39	33,0	13	18,6	0,14	52	27,6
Porte/ tráfico	28	23,7	15	21,4	0,85	43	22,9
Desacato à autoridade	23	19,5	6	8,6	0,07	29	15,4
Por estar usando SPA	19	16,1	8	11,4	0,42	27	14,4
Direção perigosa	4	3,4	4	5,7	0,47	8	4,2
Outros ^a	6	5,1	5	7,1	0,80	11	5,8
Detenção/Reclusão	67/114	58,8	38	54,3	0,66	105/184	57,1

*Teste do qui-quadrado (com comorbidade > sem comorbidade). ^aCom comorbidade: porte de armas (N = 2), por não pagar pensão alimentícia (N = 2), jogos de azar (N = 1), por pedir dinheiro na rua (N = 1); sem comorbidade: por não pagar pensão alimentícia (N = 3), porte de armas (N = 2).

4.6 Frequência de permanência em ambientes controlado

Pacientes com diagnóstico de comorbidades de TMC com maior frequência estiveram em ambientes controlados ao longo da vida, no entanto, não houve diferenças entre eles em relação aos locais onde permaneceram - Tabela 9.

Tabela 9- Frequência de permanência em ambientes controlados entre os pacientes com (N = 118) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC.

Variáveis	Com		Sem		p	Total	
	comorbidade		comorbidade			N	%
	N	%	N	%			
Ambiente Controlado	86	72,9	40	57,1	0,04*	126	67,0
Comunidade Terapêutica	58	67,4	26	65,0	0,94	84	66,7
Penitenciária	39	45,4	17	42,5	0,91	56	44,4
Hospital Psiquiátrico	40	46,5	13	32,5	0,20	53	42,1
Hospital Geral	25	29,1	11	27,5	0,98	36	28,6

*Teste do qui-quadrado (com comorbidade > sem comorbidade).

4.7 Sentimentos dos pacientes em relação ao próprio uso de SPA

Entre os pacientes avaliados verificamos uma grande variedade de sentimentos em relação ao uso de SPA - Tabela 10.

Os sentimentos foram avaliados qualitativamente e separados em categorias que foram quantificadas. Entre todos os pacientes, 59,4% evidenciaram sentimentos negativos; 20,8% sentimentos contraditórios, onde se evidencia a ambivalência de sentimentos; 11,8% sentimentos positivos, favoráveis ao uso de SPA, não havendo uma preocupação com esse uso; 7,0% com sentimentos de esperança ou de superação do uso de SPA e 1,1% com sentimentos de conformismo ficando evidente o sentimento de passividade em relação ao uso de SPA. Não houve diferença significativa entre os pacientes com ou sem comorbidade de TMC quanto aos sentimentos em relação ao próprio uso de SPA.

Tabela 10- Categorias dos sentimentos dos pacientes com (N = 117) ou sem comorbidade (N = 70) de TMC em relação ao próprio uso de SPA.

Sentimentos	Com comorbidade		Sem comorbidade		p ^a	Total	
	N	%	N	%		N	%
Sentimentos negativos	71	60,7	40	57,1	0,96	111	59,4
Sentimentos contraditórios	24	20,5	15	21,4		39	20,8
Sentimentos positivos, favoráveis ao uso de SPA	14	12,0	8	11,4		22	11,8
Sentimentos de esperança ou de superação do uso de SPA	7	6,0	6	8,6		13	6,9
Conformismo ^b	1	0,8	1	1,4		2	1,1

^aTeste do qui-quadrado. ^b “Usei porque quis e tem consequências”

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 Frequência de diagnóstico de TMC associado à DQ

Nós verificamos que entre todos os pacientes avaliados aproximadamente dois terços tiveram algum diagnóstico de comorbidade de TMC associado à DQ. Esses resultados são semelhantes aos observados em um estudo em que se utilizou para o diagnóstico de comorbidades o *Diagnostic Interview Schedule* (68,4%)-(ROSS; GLASER; GERMANSON, 1988) e em outro (67,7%) onde os autores (PALHARES-ALVES; LARANJEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2007) usaram os mesmos critérios que nós utilizamos. Nesse último, também se encontraram frequências de diagnósticos de transtornos depressivos (33,9%), de transtornos de ansiedade (11,5%), de transtornos de personalidade (16,1%) e de esquizofrenia (2,6%) semelhantes aos que nós encontramos. Aproximadamente um quarto dos pacientes com comorbidade tiveram mais de um diagnóstico de TMC além da DQ; em um estudo de revisão sobre comorbidades de TMC entre paciente com DQ foi citado que “muitos pacientes apresentam múltiplos transtornos psiquiátricos” (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2004).

No Grupo 1, 72% dos pacientes tiveram algum diagnóstico de comorbidade, resultado menor do que os observados entre 815 pacientes, com igual período de abstinência, atendidos em uma unidade de desintoxicação de álcool localizada em Anchorage, Alaska (81,9%) em que se utilizou como instrumento diagnóstico o *Brief Symptom Inventory* (JOHNSON et al., 2007), e neste estudo as frequências de diagnósticos de transtornos depressivos (74,2%) e de transtornos de ansiedade (73,5%) foram maiores do que os observados por nós.

Entre os pacientes com período de abstinência acima de uma semana (Grupos 2 e 3), 56,6% foram diagnosticados com comorbidades de TMC. Esses resultados são menores do que os encontrados entre 50 pacientes DQ com igual período de abstinência (72,0%) em um estudo realizado na cidade de São Paulo (Brasil), no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Nesse estudo, utilizou-se como instrumento de avaliação o *Research Diagnostic Criteria* e esses mesmos autores encontraram frequências de transtornos depressivos (32,0%), de transtornos de ansiedade (8,0%), de transtornos de personalidade antissocial (2,0%) e de esquizofrenia (8,0%) (SILVEIRA; JORGE, 1999) semelhantes aos nossos.

No Grupo 3, 54,2% dos pacientes teve algum diagnóstico de comorbidade de TMC, frequência maior do que a encontrada por Heilig et al. (2002), na cidade de Estocolmo (Suécia), entre 76 pacientes com DQ e período de abstinência acima de três semanas (42,0%), utilizando-se o *Structured Clinical Interview*.

A frequência de diagnóstico de comorbidade entre os pacientes do Grupo 1 foi maior do que entre aqueles do Grupo 3, e o que diferenciou os dois grupos foram principalmente as maiores frequências de transtornos depressivos e de outros transtornos de ansiedade no primeiro. É descrito que altos níveis de ansiedade ou depressão podem ser produzidos pelos efeitos da SPA na fase de intoxicação ou de retirada das mesmas (REGIER et al., 1990; SCHUCKIT; MONTEIRO, 1988), e podem permanecer por alguns dias e desaparecer, a não ser que estes transtornos sejam primários e permaneçam mesmo após dias ou semanas de abstinência (SCHUCKIT; MONTEIRO, 1988). A teoria da automedicação pressupõe que os TMC seriam pré-existentes ao transtorno por uso de SPA, e estas seriam utilizadas para aliviar sintomas da ansiedade e da depressão (RATTO; CORDEIRO, 2004; BOLTON et al., 2006) o que poderia levar ao desenvolvimento do abuso de SPA (DEYKIN; LEVY; WELLS, 1987). Por estes motivos, têm-se recomendado o acompanhamento do paciente portador de DQ por um tempo significativo para que o diagnóstico de outro TMC seja fidedigno. A CID-10 e o DSM-IV preconizam o acompanhamento do paciente etilista por até quatro semanas de abstinência, antes que outro diagnóstico de TMC seja feito (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004). Esse tempo pode ser diferente dependendo da SPA utilizada, por exemplo, o abuso prolongado de cocaína pode requerer um período de 3 meses de abstinência, ao passo que um indivíduo abusando de alucinógeno pode ser com segurança diagnosticado como tendo comorbidade de TMC após 2 semanas de abstinência (BREMS; JOHNSON, 1997). Em nosso estudo, a maior frequência de transtornos depressivos e de outros transtornos de ansiedade foram diagnosticadas no Grupo 1, mesmo considerando esses diagnósticos como positivos quando encontrados ao longo de um período de tempo, e não somente associados ao uso recente de SPA.

Por outro lado, os transtornos de humor e/ou ansiedade em pacientes com DQ não podem deixar de ser tratados, com o pressuposto de que sejam devidos à intoxicação ou a abstinência da SPA, porque os graves transtornos de humor quando não tratados podem levar a recaídas e até a morte por suicídio (GRANT et al., 2004). Além disso, acredita-se ser importante fazer um diagnóstico de comorbidade mesmo no período de desintoxicação, pois

isso aumenta as chances dos indivíduos serem devidamente atendidos em suas necessidades e aderirem melhor ao tratamento (JOHNSON et al., 2007).

Nós verificamos que as frequências de diagnósticos de esquizofrenia, de transtornos delirantes, transtornos esquizoafetivos e transtornos esquizotípicos foram maiores no Grupo 3 do que no Grupo 1. Isso pode estar relacionado ao fato de termos excluídos pacientes em crise, devido à dificuldade de se diferenciar sintomas psicóticos prévios daqueles sintomas psicóticos induzidos pelo uso de SPA ou da abstinência das mesmas (BREMS; JOHNSON, 1997; RATTO; CORDEIRO, 2004). Outro motivo poderia ser em função de que pacientes que apresentam TMC mais graves, quando necessário, são encaminhados para internações psiquiátricas e só depois retornam aos CAPS-ad para tratamento de DQ, já com maiores períodos de abstinência.

Não encontramos diferença estatística significativa entre os pacientes com ou sem comorbidade em relação ao tipo de substância utilizada. O álcool foi a SPA mais frequentemente consumida pela maioria dos pacientes. Esses resultados são semelhantes aos encontrados no II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2006), entre pessoas com faixa etária compreendida entre os 12 e 65 anos de idade, onde se constatou que o álcool é a SPA mais consumida nas 108 maiores cidades do país, sendo 12,3% dos entrevistados diagnosticados como dependentes desta substância.

Aproximadamente dois terços dos pacientes preencheram critérios para diagnóstico de dependência do tabaco, resultados semelhantes ao estudo citado no parágrafo anterior, onde se observou que o tabaco é a segunda SPA mais consumida, com 10,1% dos entrevistados diagnosticados como dependentes (CARLINI et al., 2006).

Verificamos que aproximadamente 50% dos pacientes preencheram critérios para o diagnóstico de SD de múltiplas drogas. O diagnóstico SD de múltiplas drogas é feito para aqueles que apresentam um padrão de uso de SPA caótico e indiscriminado, e quase sempre associado ao uso do álcool. A frequente associação de drogas ilícitas com o álcool e/ou tabaco foi descrita em um estudo com usuários de cocaína cheirada (FERREIRA FILHO et al., 2003). O álcool é usado em função do alívio da hiperatividade provocada pela cocaína imediatamente após o uso e o tabaco é usado misturado ao crack triturado como via de administração da droga, denominado de pitilho (FERREIRA FILHO et al., 2003). O uso associado de álcool com cocaína ou crack é feito em vários momentos do consumo das mesmas, inclusive de forma simultânea para diversas finalidades, principalmente para diminuir os efeitos psíquicos desagradáveis, como a fissura e os sintomas paranóides

transitórios (GASSOP; MANNING; RIDGE, 2005). Além destas associações, é comum a mistura da maconha com o crack triturado, denominado por mesclado ou melado, que é usado com o intuito de diminuir a agitação provocada pelo crack (FERREIRA FILHO et al., 2003). Essas estratégias podem parecer efetivas a curto prazo, porém apresentam riscos a longo prazo, tais como dependência de álcool e maconha (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010), ocasionando a dependência de múltiplas drogas.

5.2 Características sociodemográficas

Entre os dados sociodemográficos analisados, nossos resultados são semelhantes aos observados em outros estudos realizados entre pessoas com DQ em tratamento, tais como, predomínio de pacientes do sexo masculino (SILVEIRA; JORGE, 1999; FERREIRA FILHO et al., 2003; PEIXOTO et al., 2010), com média de idade em torno de 35 anos (ROSS; GLASER; GERMANSON, 1988, PEIXOTO et al., 2010), da cor branca, não casados (SILVEIRA; JORGE, 1999; FERREIRA FILHO et al., 2003) e com baixo nível de escolaridade (FERREIRA FILHO et al., 2003; PEIXOTO et al., 2010).

Tem sido observado que o uso de SPA pode interferir de forma negativa no relacionamento conjugal, com maiores riscos para comportamento violento entre o casal causando divórcios e separações (DAWSON; LI; GRANT, 2008). O abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de SPA, que é uma das diretrizes para o diagnóstico de SD (OMS, 1993) também pode interferir na condição do estado civil dos pacientes com DQ, pois o mesmo pode ter dificuldade de se relacionar ou mesmo se afastar dos convívios. Isso foi observado em nosso estudo através da fala de um paciente ao responder sobre o seu estado civil: “eu me casei com a pinga”.

O grande número de desempregados ou de trabalhadores informais, com renda pessoal predominantemente menor do que um salário mínimo pode refletir um comprometimento social desses pacientes, que apresentam maiores riscos de danos psicossociais como negligência na escola, no trabalho e dificuldades para assumir responsabilidades (FERREIRA FILHO et al., 2003; DAWSON; LI; GRANT, 2008). As baixas escolaridades e rendas observadas entre os pacientes podem ser decorrentes tanto do uso de SPA quanto das características socioeconômicas dos pacientes que habitualmente procuram os serviços do SUS, por não terem outro plano de saúde que atenda suas necessidades.

A maioria dos pacientes afirmou ter alguma religião; é comum que pacientes em tratamento para DQ procurem uma religião. Acredita-se que a religiosidade possa ter um efeito inibidor ao consumo de SPA (DALGALARRONDO et al., 2004), promover a abstinência, resgatar a auto-estima e favorecer a reinserção social (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Não encontramos diferenças significantes em relação aos dados sociodemográficos entre os pacientes com ou sem comorbidades de TMC, resultados diferentes dos descritos em um estudo de revisão onde se observou que pacientes com comorbidades de TMC associado à DQ mais frequentemente do que aqueles sem comorbidade apresentam perda de produtividade, dificuldades para manter empregos e pior nível de funcionamento global, com maior encargo econômico para as famílias (BREMS; JOHNSON, 1997).

5.3 Condições relacionadas à infância dos pacientes

Maus tratos na infância incluindo abuso sexual foram mais frequentes entre os pacientes com comorbidade de TMC. Foi observado que pode existir uma forte relação entre maus tratos e condições adversas na infância com sintomas de depressão, mania, (LEVITAN et al., 1999), transtornos de personalidade em adultos (JOHNSON et al., 1999) alto risco para dificuldades interpessoais na adolescência e comportamento suicida (JOHNSON et al., 2002). Crianças e adolescentes que foram expostos a experiências negativas podem ter sentimentos de desamparo, problemas emocionais, podendo o uso de SPA ser um meio de fuga ao sofrimento psíquico e alívio para a ansiedade e a raiva (DUBE et al., 2005).

Verificamos altas e semelhantes frequências de uso de SPA por familiares e de desestrutura familiar entre os pacientes com ou sem comorbidade; em um estudo de revisão observou-se que essas duas condições são fatores de risco para o uso de SPA (KESSLER et al., 2003) podendo o ambiente familiar desfavorável atuar como fator indutor a esse uso (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010); conviver com ambos os pais seria um fator protetor (SILVA et al., 2003). A maioria dos pacientes após a desestrutura familiar ficou com a mãe; existem evidências de que a ausência do pai, ou o comprometimento de aspectos da função paterna, pode ser um fator preponderante para o desencadeamento e manutenção da DQ (KESSLER et al., 2003). Essas condições adversas podem se interrelacionar prejudicando o desenvolvimento do indivíduo, o que pode contribuir para o surgimento de TMC e para os transtornos por uso de SPA. É descrito que os antecedentes para o uso de SPA na

adolescência parecem ser semelhantes, em alguns aspectos, aos antecedentes para várias formas de psicopatologia (KANDEL, 1982).

5.4 Aspectos relacionados ao uso de SPA pelos pacientes

Não encontramos diferenças significantes entre os pacientes com ou sem comorbidades em relação à idade de início do uso de SPA, o tempo de uso, a SPA inicialmente ou atualmente utilizadas e as frequências dos motivos iniciais para usá-las. A maioria dos pacientes iniciou o uso de SPA na adolescência, fato semelhante ao observado em outros estudos (FERREIRA FILHO et al., 2003; PEIXOTO et al., 2010) e a primeira SPA mais frequentemente consumida foi o álcool. Tem sido descrito que o uso regular e precoce do álcool está relacionado à sua dependência e de outras SPA mais tarde (GRANT et al., 2006). O tempo médio de uso de SPA ($21,6 \pm 10,6$ anos) foi semelhante àquele encontrado em outro estudo com pacientes em tratamento em CAPS-ad da cidade de Campo Grande MS ($18,1 \pm 13,3$ anos) (PEIXOTO et al., 2010). As SPAs mais consumidas nos últimos seis meses, pela maioria dos pacientes, foram o álcool e o tabaco, resultado que está de acordo com o levantamento nacional citado anteriormente, que mostra que estas duas drogas são as mais frequentemente consumidas entre os dependentes de SPA no Brasil (CARLINI et al., 2006)

O principal motivo para o uso inicial de SPA foi “fazer parte do grupo”. Em um estudo de revisão verificou-se que o uso de SPA está fortemente relacionado à influência dos amigos, não se limitando à socialização, mas a um processo, em que os adolescentes com os mesmos valores e comportamentos procuram-se mutuamente como amigos (KANDEL, 1982). Outros motivos citados, como instabilidade familiar e emocional são condizentes ao que já foi descrito por Olievenstein (1988), que o consumo de SPA funciona como uma busca de alívio de tensões internas, tais como, ansiedade, angústia ou tristeza. Freud (1930), em o “Mal-Estar na Civilização,” já mencionava que o ser humano para suportar a vida e todas as suas restrições busca formas atenuantes para amenizá-la. Uma dessas formas pode ser o uso de SPA, cuja característica fundamental é o fato de produzirem um prazer imediato, afastando o mal-estar e o desprazer. A curiosidade também foi apontada como um dos motivos iniciais para o uso de SPA, e em um estudo com adolescentes ela foi o motivo mais frequentemente manifestado pelos mesmos para o primeiro uso de drogas (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009),

a curiosidade os motiva a experimentar novas sensações de prazer, e o uso de SPA proporciona prazer passivo e imediato (NICASTRI; RAMOS, 2001)

5.5 Aspectos relacionados às condições clínicas avaliadas e permanência em ambientes controlados

Pacientes com comorbidades de TMC mais frequentemente referiram lesões por causas externas e tentativas de suicídio. É descrito que pessoas que consomem SPA e tem comorbidades de TMC, principalmente transtornos mais graves, apresentam maior prevalência de comportamento violento e danos pessoais (STEADMAN et al., 1998; ELBOGEN; JOHNSON, 2009) com maior risco de cometerem crimes violentos (RÄSÄNEN et al., 1998). Além disso, transtornos depressivos (episódio depressivo maior ou distímia) influenciam as cognições e comportamentos relacionados ao suicídio independentemente da presença de transtornos por uso de SPA, e a presença de transtornos por uso de álcool ou outras substâncias pode aumentar o risco de suicídio em alguns grupos de indivíduos (COELHO et al., 2010). Também tem sido observado que os pacientes que apresentam transtornos de ansiedade e usam SPA como automedicação para o alívio de sintomas podem ter um risco aumentado para transtorno do humor, para a DQ e comportamento suicida (BOLTON et al., 2006).

Pacientes com comorbidades de TMC, também mais frequentemente, percebiam serem portadores de alguma doença mental ou de problemas psicológicos além da DQ, estiveram envolvidos em brigas e agressões, foram internados em hospital geral ou psiquiátrico, fizeram uso de medicamentos psicotrópicos e tratamentos anteriores para DQ e permaneceram em ambientes controlados. Esses resultados estão de acordo com o que foi descrito em um estudo de revisão, de que pacientes com comorbidade de TMC, principalmente aqueles com transtornos mais graves, apresentam maiores taxas de agressividade, de detenção por atos ilegais, de suicídio, recaídas, gastos com tratamento, reinternações, maiores períodos de hospitalização e maior utilização de serviços médicos (ALVES; KESSELER; RATTO, 2004).

5.6 Sentimentos dos pacientes em relação ao próprio uso de SPA

Não encontramos diferenças significantes entre os pacientes com ou sem comorbidades quanto aos seus sentimentos em relação ao próprio uso de SPA. Verificamos que entre todos, houve predomínio de sentimentos negativos (impotência, angústia, culpa, raiva revolta), seguidos por sentimentos contraditórios onde se evidencia a ambivalência de sentimentos que são conflitantes, sentimentos desfavoráveis *versus* favoráveis ao uso de SPA (forte e fraco, prazer e sofrimento), e a minoria dos pacientes apresentou sentimentos de esperança ou de superação do uso de SPA. Sabemos que sentimentos são fenômenos psíquicos conscientes que atingem afetivamente nossas percepções e influenciam nossas condutas (SILLAMY, 1998). Estes resultados são preocupantes e apontam para a necessidade de cuidar dos sentimentos dos pacientes em tratamento, havendo a necessidade de lidar com as suas singularidades como estratégia de intervenção, e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas por eles, sem julgamentos e principalmente em defesa da vida.

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

6 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Neste estudo, nós verificamos alta frequência de comorbidades de TMC entre pacientes com DQ que procuram CAPS-ad e esses diagnósticos necessitam ser feitos para se otimizar o tratamento. Ressaltamos a importância de se aguardar por pelo menos um mês de abstinência antes que um diagnóstico de comorbidade de TMC possa ser dado como definitivo, principalmente no que se refere aos diagnósticos de transtornos depressivos e de outros transtornos de ansiedade. No entanto, isso não implica que pacientes com curtos períodos de abstinência e com esses diagnósticos não devam ser tratados.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Nossos resultados nos permitem concluir que entre os pacientes que procuraram tratamento nos CAPS-ad:

1) aproximadamente dois terços tiveram diagnóstico de alguma comorbidade de TMC, sendo a frequência desses diagnósticos maiores entre os pacientes com menor período de abstinência;

2) os transtornos depressivos e os outros transtornos de ansiedade foram mais frequentes entre os pacientes com menor período de abstinência;

3) pacientes com diagnóstico de comorbidades de TMC, mais frequentemente sofreram maus tratos na infância, tiveram lesões por causas externas, percebiam serem portadores de alguma doença mental ou de problemas psicológicos, além da DQ, estiveram envolvidos em brigas e agressões, foram internados em hospital geral ou psiquiátrico, fizeram uso de medicamentos psicotrópicos e tratamentos anteriores para DQ, apresentaram maior número de tentativas de suicídio e permaneceram em ambientes controlados;

4) não encontramos diferenças significantes em relação aos dados sociodemográficos entre os pacientes com ou sem comorbidades de TMC;

5) entre todos, houve predomínio de sentimentos negativos em relação ao próprio uso de SPA.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas em personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, p.790-797, set./out. 2005. Número especial.

ALVES, H.; KESSELER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 51-53, mai. 2004. Suplemento I.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-IV**. 4. ed. (versão em português). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 1996. 886p.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006, cap. 2, p. 9-14.

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes internacionais para Avaliação Diagnóstica- IGDA**. SOUZA, S. J.; CECONI, J. P.; STEFANELLO, S. Tradução para o português. Campinas SP: 2004, 48p.
Disponível em: <<http://www.wpanet.org/v1/education/pdf-ed-prog/igda-portugues.pdf>>.
Acesso: 04 mar. 2010.

BERNARDY, C. C.; DE OLIVEIRA, M. L. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.11-17, mar. 2010.

BOLTON, J.; COX, B.; CLARA, I.; SAREEN, J. Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a Nationally Representative Sample. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 194, n.11, p. 818-825, nov. 2006.

BREMS, C.; JOHNSON, M. E. Clinical implications of the co-occurrence of substance use and other psychiatric disorders. **Professional Psychology: Research and Practice**, Arlington, v. 28, n.5, p. 437-447, oct. 1997.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 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.** Brasília, 6 de abril de 2001.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm acesso em: 10 nov, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336, 19 Fev de 2002. **Legislação em Saúde Mental.** Brasília, DF. 2002 a.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2010.

_____. _____. Portaria GM n.º 816, 30 de abril de 2002. **Legislação em Saúde Mental.** Brasília, DF. 2002 b.

Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_0816.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2010.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS.

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde. 2. ed. rev. ampl.-Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov., 2005. 56 p.

Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

CAMPOS, C. J. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.5, p.611-614, set./out. 2004.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. F. C.; NOTO A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S.A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2006.

COELHO, B. M.; ANDRADE, L. H.; GUARNIERO, F. B.; WANG, Y. P. The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32, n.4, p.396-408, dec. 2010.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n.2, p. 82-90, jun. 2004.

DAWSON, D. A.; Li, T.K.; GRANT, B. F. A prospective study of risk drinking: at risk for what? **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 95, n.1-2, p.62-72, may 2008.

DEYKIN, E.Y.; LEVY, J. C.; WELLS, V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. **American Journal of Public Health**, New York , v.77, n.2, p.178-182, feb. 1987.

DUBE, S. R.; FELITTI, V. J.; DONG, M.; CHAPMAN, D. P.; GILES, W. H.; ANDA, R. F. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. **Pediatrics**, Springfield, v.111, n. 3, p.564 -572, feb. 2003.

EDWARDS, G.; GROSS, M. M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, London, v.1, n.6017, p.1058-1061, may 1976.

ELBOGEN, E. B.; JOHNSON, S. C. The intricate link between violence and mental disorder. results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.66, n.2, p.152-161, feb. 2009.

EL-GUEBALY, N. Substance abuse and mental disorders: the dual diagnostic concept. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v.35, n.3, p.261-267, apr. 1990.

FEINSTEIN, A. R. The pre-therapeutic classificaton of co-morbidity in chronic disease. **Journal of Chronic Diseases**, Amsterdam, v.23, n.7, p.455-468, dec.1970.

FERREIRA FILHO, O. F.; TURCHI, M. D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, p.751-759, dez. 2003.

FORMIGONI, M. L. O. S.; QUADROS, I. M. H. Psicobiologia das dependências. In: **Panorama atual de drogas e dependências**. SILVEIRA, D. X; MOREIRA, F. G. (Orgs.). São Paulo: Atheneu, 2006, cap. 4, p.31-37.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização (1930)**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro, Imago, 1996. v. XXI.

GOSSOP, M.; MANNING, V.; RIDGE, G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 41, n. 2, p.121-125, mar./apr. 2006.

GRANT, B. F.; STINSON, F. S.; DAWSON, D. A.; CHOU, P. S.; DUFOUR, M. C.; COMPTON, W.; PICKERING, R. P.; KAPLAN, K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.61, n.6, p. 807-816, aug. 2004.

GRANT, J. D.; SCHERRER, J. F.; LYSKEY, M. T.; LYONS, M. J.; EISEN, S.A.; TSUANG, M.T.; TRUE, W. R.; BULCHOZ, K. K. Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. **Psychological Medicine**, London, v.36, n.1, p.109-118, sep. 2006.

HEILIG, M.; FORSLUND K, ASBERG, M.; RYDBERG, U. The dual-diagnosis concept used by swedish social workers: limited validity upon examination using a structured diagnostic approach. **European Psychiatry**, Paris, v.17, n.6, p.363-365, oct. 2002.

JANCA, A.; ÜSTÜN, T. B.; VON DRIMMELEN, J.; DITTMANN, V.; ISAAC, M. **Checklist de sintomas do CID 10 para transtornos mentais. Versão 1.1.** Oliveira R, Cordioli, A. V. Tradução para o português. Genebra: OMS, 1994, 24p.
Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/psiq/chklist.pdf>>.Acesso em: 15 mar. 2009.

JOHNSON, J. G.; COHEN, P.; BROWN, J.; SMAILES, E.M.; BERNSTEIN, D. P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 56, n.7, p. 600-606, jul. 1999.

JOHNSON, J. G.; COHEN, P.; GOULD, M.S.; KASEN, S.; BROWN, J.; BROOK, J. S. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.59. n.8, p.741-749, aug. 2002.

JOHNSON, M.E.; BREMS, C.; MILLS, M.E.; FISHER, D.G. Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment. **Addictive Behaviors**, Oxford, v.32, n.8, p.1745-1752, aug. 2007.

JINEZ, M. L. J.; SOUZA, J. R. M; PILLON, S. C. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, 2009, v. 17, n.2, p.246-252, mar./abr. 2009.

KANDEL, D. B. Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, New Haven, v.21, n.4, p.328-347, jul. 1982.

KESSLER, F.; DIEMEN, V. L.; SEGANFREDO, A. C.; BRANDÃO, I.; SAIBRO, P.; SCHEIDT, B.; GRILLO, R.; RAMOS, S. P. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, p. 33-41, abr. 2003. Suplemento I.

LACKS, V.; MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. Comorbidades: Considerações gerais e transtornos de humor. In: **Panorama atual de drogas e dependências**. SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). São Paulo: Atheneu, 2006, cap.8, p.67-73.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; RATTO, L. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. in: **Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso**. ABEAB (Orgs.), São Paulo, ABEAD, 2004, p. 7-11.

LAURENTI, R. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v.3, n.1, p. 1-14, ago. 2007.

LEITE, M. C. Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, **Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD**. Brasília, 2000. 26 p.

LEONARD, K. E.; EIDEN, R. D. Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, n. 3, p.285-310, apr. 2007.

LEVITAN, R.D.; PARIKH, S.V.; ALAIN, D.; LESAGE, A. D.; KATHLEEN, M.; HEGADOREN, K. M.; ADAMS, M.; KENNEDY, S. H.; GOERING, P. N.; Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. **The American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.155, n.12, p.1746-1752, dec. 1998.

LOPES, C. S. Questões metodológicas na avaliação da comorbidade de distúrbios psiquiátricos e abuso de drogas em estudos epidemiológicos. **PHISIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 235-250, jan./jun. 1999.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência do álcool e outras drogas e tratamento. **Revista do Instituto de Medicina Social e Criminologia**, São Paulo, n.3, p. 73-86, 2001.

MATOS, A. M, CARVALHO R. C.; COSTA, M. C. O.; GOMES, K. E. P. S.; SANTOS, L. M. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.2, p.302-313, jun. 2010.

MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS, G. M. G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.27, n.3, p.312-318, set./dez. 2005.

NICASTRI, S.; RAMOS, S. P. Prevenção do uso de drogas. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, Rio de Janeiro, v.2, p.25-29, jun. 2001. Suplemento I.

OLIVENSTEIN, C. **A Droga**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. 144 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

PALHARES-ALVES, H. N.; LARANJEIRA, R.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29 n.3, p.258-261, set. 2007.

PEIXOTO, A. N.; LOWENKRON, T.; HASSENE, D. R.; VIDAL, M.; CRUZ, A. C. E. Avanços nos sistemas classificatórios de diagnóstico em psiquiatria e sua difusão no Brasil. **Neurobiologia**, Recife, v.72, n. 3, p.31-44, jul./set. 2009.

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

PETRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n.23, p.17-20, oct. 2001. Suplemento II.

RÄSÄNEN, P.; TIIHONEN, J.; ISOHANNI, M.; RANTAKALLIO, P.; LEHTONEN, J.; MORING, J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. **Schizophrenia Bulletin**, Cary, v.24, n.3. p. 437-441, 1998.

RATTO, L.; CORDEIRO, D.C. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004, cap.15, p.167-186.

REGIER, D. A.; FARMER, M. E.; RAE, D. S.; LOCKE, B.Z.; KEITH, S. J.; JUDD, L. L.; GOODWIN, F. K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area Study. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.264, n.19, p.2511-2518, nov. 1990.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.210-218, 2010.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p. 50-62, mai. 2004. Suplemento I.

ROSS, H. E.; GLASER, F. B.; GERMANSON, T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.45, n.11, p.1023-1031, nov.1988.

ROUNSAVILLE, B. J.; DOLINSKY, Z. S.; BABOR, T. F.; MEYER, R. E.; Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.44, n.6, p.505- 513, jun. 1987.

SANCHEZ, Z. VAN DER MEER.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.2, p. 265-272, abr. 2008.

SCHUCKIT, M. A.; MONTEIRO, M.G. Alcoholism, anxiety and depression. **British journal of addiction**, Burnt Mill, v.83, n.12, p.1373-1380, dec.1988.

SIEGEL, S. Estatística não paramétrica. México: Trilhas, 1995. 346 p.

SILLAMY, Norbert. **Dicionário de Psicologia**. Tradução de Francisco Franke Settineri Porto Alegre: Artmed, 1998. 244p.

SILVA, A. V.; AGUIAR, S. A.; FELIX, F.; REBELLO, G. P.; RENATA, C.; ANDRADE, R. C.; MATTOS, H. Estudo brasileiro Sobre Abuso de substâncias por adolescentes: fatores associados e adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25 n.3, p.133-138, set. 2003.

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

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: **Panorama atual de drogas e dependências**. SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). São Paulo, Atheneu, 2006, cap. 1, p. 3-7.

SILVEIRA FILHO, D. X. **Uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. 80 p.

STEADMAN, H. J.; EDWARD, P.; MULVEY, E. P.; MONAHAN, J.; ROBBINS, P. C.; APPELBAUM, P. S.; GRISSO, T.; ROTH, L.H.; SILVER, E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.55, n.5, p.393-401, may 1998.

TORRENS, M.; MARTIN-SANTOS, R.; SAMET, S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. **Neurotoxicity research**, Amsterdam, v.10, n.3-4, p.253-261, dec. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ATLAS on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (ATLAS-SU) 2010**. Geneva, 2010. 124p.
Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbatlasfrontncont.pdf.>.
Acesso em: 17 fev. 2011.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; MARQUES, A. C. P. R.; RATTO, L.; ROMANO, M.; ALVES, H. N. P.; SOARES, M. B. M.; ABELARDINO, V.; KESSLER, F.; BRASILIANO, S.; NICASTRI, S.; HOCHGRAF, P. B.; GIGLIOTTI, A. P.; LEMOS, T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, n.2, p.142-148, jun. 2006.

ANEXOS

ANEXO A₁: Autorização do responsável CAPS-ad David Capistrano da Costa Filho

Anexo A₁: Autorização CAPS-ad para pesquisa

Autorizo o desenvolvimento da pesquisa “Frequência de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos atendidos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas em Uberlândia-MG”. A pesquisa é referente ao projeto apresentado ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, a ser realizada nas dependências do CAPS-ad David Capistrano da Costa Filho, situado na Av. Frederico Tibery, 1042, bairro Tibery, por Maria de Lourdes Pereira Costa, psicóloga, sob a orientação do professor Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira.


André Vitorino Vieira
GERÊNCIA DE ESTÁGIOS
Secretaria de Gestão de Pessoas,
do Trabalho e Educação em
Saúde / SMS - Uberlândia - MG.

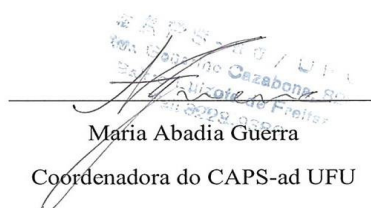
Coordenador de estágio e pesquisa da Prefeitura de Uberlândia

Uberlândia, 02 Dezembro de 2008.

ANEXO A₂: Autorização do responsável CAPS-ad da Universidade Federal de Uberlândia

Anexo A₂: Autorização CAPS-ad para pesquisa

Autorizo o desenvolvimento da pesquisa “Frequência de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos atendidos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas em Uberlândia-MG”. A pesquisa é referente ao projeto apresentado ao programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, a ser realizada nas dependências do CAPS-ad da Universidade Federal de Uberlândia-UFU, situado a R. Genarino Cazabona, 826, bairro Luizote de Freitas, por Maria de Lourdes Pereira Costa, psicóloga, sob a orientação do professor Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira.


Maria Abadia Guerra
Coordenadora do CAPS-ad UFU

Uberlândia, 02 Dezembro de 2008.

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Comorbidade de transtornos mentais e comportamentais entre pacientes com dependência química em diferentes períodos de abstinência” sob a responsabilidade do orientador Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira e da mestrandia Maria de Lourdes Pereira Costa.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender os motivos que o/a levaram a procurar o CAPS - ad para tratamento da dependência química. Pesquisaremos também dados gerais sobre quem procura o tratamento e se junto com a dependência você apresenta outros problemas de saúde que necessitem tratamento simultâneo. Para isto é necessário que responda a um questionário, onde eu pergunto, e você responde as questões que serão anotadas. É necessário também que você nós autorize a verificar dados registrados em seu prontuário.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados na dissertação de mestrado e em possíveis artigos de revistas científicas e ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar da pesquisa e não terá prejuízos no atendimento oferecido pelos CAPS-ad mesmo que decida se retirar do estudo a qualquer momento. Você poderá fazer qualquer pergunta, mesmo depois de já iniciado o estudo.

Esta pesquisa não oferece riscos. Os benefícios poderão vir através de um conhecimento maior das questões que envolvem esta complexa doença: a dependência química e suas relações com outras doenças mentais. Isto poderá possibilitar condutas e intervenções mais adequadas no tratamento de dependentes químicos. Outro benefício seria o subsídio através do conhecimento científico para o trabalho de prevenção ao uso de drogas.

Você é livre para parar de participar, a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Este termo de consentimento deverá ser assinado caso você concorde em participar desta pesquisa.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá entrar em contato com:

Pesquisadores: Orientador: Dr. Luiz Carlos Marques de Oliveira. Av. Pará, 1720 Campus Umuarama. Fone: 034 3218 2389. Mestranda: Maria de Lourdes Pereira Costa. Av. Frederico Tibery, 1042. Bairro Tibery. Fone: 034 3226 2276, Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica– Uberlândia–MG, CEP: 38408-100; fones: 034 3239 4531 / 034 3239 4131.

Uberlândia, _____ de _____ de 2010

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO C: Questionário Sociodemográfico e História de vida.**1-Dados de Identificação:**

Paciente Nº _____ Data da entrevista ____/____/____

Nº Prontuário: _____ CAPS-ad UFU (1) CAPS-ad Pref. (2)

1.1-Idade: _____ anos, _____ meses.

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

1.3-Estado Civil:

(1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado ou separado
(4) Viúvo (5) Relação estável (6) Outros _____

1.4-Qual a opção que melhor descreve a cor de sua pele?

(1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Outra _____

1.5-Religião: (1) Católica (2) Espírita (3) Evangélica (4) Outra _____

Escolaridade:**1.6-Grau de Escolaridade**

(1) Analfabeto/não estudou.
(2) Ensino Fundamental (1ª a 8ª série) completo/incompleto
(3) Ensino médio (1º ao 3º ano- 2º grau) completo/ incompleto
(4) Ensino superior completo/incompleto)
(5) Mestrado/Especialização ou Doutorado

1.7 Dados Profissionais:**1.7.1-Qual a sua principal ocupação nos últimos 6**

meses? _____

1.7.2-Qual tem sido a sua principal fonte de renda nos últimos 6 meses?

(1) Não tem (2) Emprego com salário de _____
(3) Faz bicos (4) Trabalho temporário com salário de _____
(5) Reciclagem (6) Outros _____

1.7.3-Ren. familiar:(1) até 1 S.M.(2) de 1 a 3 S.M. (3) de 4 a 5 S.M. (4) Mais de 5 S.M.
(6) 0,0 (não tem renda)

1.7.4-Ren. pessoal: (1) até 1 S.M. (2) de 1 a 3 S.M. (3) de 4 a 5 S.M. (4) Mais de 5 S.M.
(6) 0,0 (não tem renda)

2- Condições relacionadas à infância

2.1-Separação dos pais? (1) Não (2) Sim Idade: _____ Ficou com: _____

2.2- Abandono? (1) Não (2) Sim Idade: _____ Ficou com: _____

2.3-Maus tratos na infância? (1) Não (2) Sim Idade: _____ quem: _____

2.4- Uso de álcool/drogas na família (1) Não (2) Sim Quem? _____

2.5-Você sofreu algum tipo de abuso sexual na infância? (1) Sim (2) Não

2.5.1-Se sim, quantos anos tinha? _____

2.5.2-Por quem? _____

3 -Uso de Álcool /Drogas

3.1-Idade em que iniciou o uso: _____ anos.

3.2-Motivos que levaram ao uso de A/D? _____

3.3-Qual a droga utilizada no início: (incluindo cigarros) _____

3.5-Como iniciou o uso de A/D?

(1) Através de parentes

(2) Porteiro, baleiro, pipoqueiro, sorveteiro.

(3) Amigos de rua, vizinhos.

(4) Colega de escola.

(5) Colega de trabalho.

(6) Desconhecido e/ou traficante.

(7) Namorado, parceiro, companheiro.

(8) Bares, boates, baladas

(9) Sozinho, indo atrás.

(10) Outros: _____

3.6-Tempo de uso de A/D : _____ **anos.**

3.7-Uso de A/D pela família:

- (1) Não há. (2) Pai (3) Mãe (4) Irmãos
 (5) Cônjuge (6) Filho (7) Pais e irmãos (8) Pais e cônjuge
 (9) Pais e filhos (10) Todos acima (11) Não sabe Outros: _____

3.8- Quando: (em relação ao seu uso A/D) Antes (1) Depois (2)

3.9-Como sustenta o seu uso de A/D? _____

3.10-Nos últimos 6 meses, quais drogas você usou?

Drogas	Sim	Não	Não respondeu
Maconha			
Crack			
Cocaína cheirada			
Cocaína injetável			
Cocaína e heroína injetável			
Heroína injetável			
Heroína fumada			
Heroína cheirada			
Anfetamina (arrebite/bolinha) oral			
Anfetamina (arrebite/bolinha) injetável			
Tranqüilizante oral			
Tranqüilizante injetável			
Bebidas alcoólicas (quantidade)			
Cigarros de tabaco? Se sim, quantos ao dia?_____			
LSD			
Êxtase			
Inalantes (cola de sapateiro, tiner, outros)			
Outras drogas			

4- Tratamento e relação com drogas**4.1-Você já fez algum tratamento para dep. química antes de procurar o CAPS-ad?**(1) Sim (2) Não **4.1.2- Quantas vezes?**_____**4.2-Internação psiquiátrica?** (1) Sim (2) Não **4.2.1-Quantas vezes?**_____**4.3-Desintoxicação UAI/HC** (1) Sim (2) Não **4.3.1-Quantas vezes?**_____**4.5-Atendimento Psiquiátrico** (1) Sim (2) Não **4.5.1-Quantas vezes?**_____**4.6-Atendimento Psicológico** (1) Sim (2) Não **4.6.1-Quantas vezes?**_____**4.7-Grupos auto-ajuda** (1) Sim (2) Não **4.7.1-Quais:**_____**4.8-Comunidades Terapêuticas** (1) Sim (2) Não **4.8.1-Quantas vezes?**_____**4.9-Espiritual** (1) Sim (2) Não **4.9.1-Quantas vezes?**_____**4.10-Vacina** (1) Sim (2) Não **7.9.1-Quantas vezes?**_____**4.11-Outros**_____**5- Condições Clínicas****5.1-Você faz algum outro tipo de tratamentos de saúde relacionado a A/D?**

(1) Sim (2) Não

5.2-Quais?_____**5.3-Onde?**_____**6- Tratamento em saúde mental:****6.1-Apresenta alguma doença mental?** (1) Sim (2) Não**6.2-Qual?**_____**6.3.-Há quanto tempo?** _____**6.4-Antes ou depois do seu problema com as drogas?** (1) Antes (2) Depois**6.5- Faz tratamento?** (1) Sim (2) Não**6.6-Você faz uso de medicação controlada?** (1) Sim (2) Não**6.7-Quais as medicações usadas?**_____**6.7..1-Quem receitou?** _____**6.8-Apresenta algum problema psicológico?** (1) Sim (2) Não**6.8.1-Qual?**_____**6.8.2-Antes ou depois do seu problema com as drogas?** (1) Antes (2) Depois**6.8.3- Faz tratamento?** (1) Sim (2) Não

6.8- Já tentou suicídio? (1) Sim (2) Não **6.8.1-Nº de vezes:** _____

6.8.2-Motivos: _____

7 -Drogas e Criminalidade

7.1-Você tem ou teve problemas com a justiça ou entidades afins (ocorrências policiais condenação conforme código penal etc.)? (1) Sim (2) Não

Motivos:

7.2-Brigas (1) Sim (2) Não **7.2.1-Vítima** () **Agressor** ()

7.2.3 Ocorreu durante o uso? (1) Sim (2) Não

7.3-Uso de drogas? (1) Sim (2) Não

7.4-Porte de drogas? (1) Sim (2) Não

7.5-Assalto (1) Sim (2) Não

7.6-Conselho Tutelar (1) Sim (2) Não

7.7-Outros _____

8--Você já esteve em ambiente controlado ao longo da vida? (Nº de vezes)

(1) Não (2) Tratamento A/D _____ (3) Tratamento médico _____

(4) Na prisão _____ (5) tratamento psiquiátrico _____ (6) Outros _____

8.1-Quem encaminhou? _____

9 – O que você sente em relação ao seu uso de drogas?

ANEXO D: Avaliação do Estado Mental**Dados de Identificação: N°** _____**Data da avaliação:** ____/____/____**N° Prontuário:** _____**CAPS-ad UFU (1) CAPS-ad Pref. (2)****Sexo:** () Masc. () Fem.**Idade:** _____1) Consciência, Orientação, Memória e Intelecto. _____

_____2) Fala, Pensamento, Percepção, Auto-percepção (ex: delírios persistentes, idéias bizarras, despersonalização alucinações)

_____3) Emoções (estado emocional)

_____Humor e afeto (ex. choro) _____
_____4) Manifestações físicas de Transtorno mental (ex. alterações do sono ou peso) _____

_____Aparência: (ex. negligência nos cuidados pessoais) _____
_____5) Comportamento e funcionamento adaptativo (frieza, negativismo) _____
_____Comportamento observado (ex. agitação) _____
_____Interferência nos projetos pessoais/sociais: _____
_____Fonte adicional de informações (familiares, dados de prontuários)

ANEXO E: Dados do Prontuário**Dados de Identificação: N°** _____**Data da coleta de dados** ____/____/____**N° Prontuário:** _____**CAPS-ad UFU (1) CAPS-ad Pref. (2)****Sexo:** () Masc. () Fem.**Idade:** _____**Diagnóstico Psiquiátrico:**

1) _____

2) _____

3) _____

Medicações: __________
_____**Modalidade de Tratamento:**_____
_____**Recaídas:**

Abandonos e reinserções:

Demanda:

Observações importantes:_____

ANEXO F: Parecer final do Comitê de Ética Institucional



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 156/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
061/09

Projeto Pesquisa: Frequência de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos atendidos em centros de atenção psicossocial na cidade de Uberlândia – MG.

Pesquisador Responsável: Luiz Carlos Marques de Oliveira

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do adendo proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: ADENDO APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 26 de março de 10.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

**ANEXO G: *CHECKLIST* DE SINTOMAS DA CID 10 PARA TRANSTORNOS
MENTAIS. Versão 1.1**

***CHECKLIST* DE SINTOMAS DA PARA DOENÇAS MENTAIS- 10 (1994)**

***CHECKLIST* DE SINTOMAS DO CID 10
PARA TRANSTORNOS MENTAIS.**

VERSÃO 1.1

Preparado por

Dr. A. Janca, Dr. T.B. Üstün, Dr. J. van Drimmelen,
Dr. V. Dittmann e Dr. M. Isaac

Tradução para o português
Renata Oliveira e Aristides Volpato Cordioli
Apoio: Fipe – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Brasil

Divisão para Saúde Mental
Organização Mundial de Saúde
Genebra
1994

INTRODUÇÃO

Instrumento

A *checklist* de sintomas para Transtornos Mentais - CID 10 é um instrumento semi-estruturado para avaliação de sintomas e síndromes psiquiátricas nas categorias F0 a F6 do CID 10. O instrumento consiste de: folha de rosto, triagem e módulos. Os seguintes módulos são incluídos no *checklist*:

- a) Módulo F0/F1: Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa.
- b) Módulo F2/F3: Síndromes Psicóticas e Afetivas.
- c) Módulo F4/F5: Síndromes Neuróticas e Comportamentais.
- d) Módulo F6: Transtornos de Personalidade.

Para facilitar o uso, os módulos são impressos em diferentes cores, e o usuário

usará apenas aqueles módulos em que o paciente for triado positivamente.

Cada um dos módulos consiste de uma lista de sintomas e listas de estados que, de acordo com os critérios do CID 10, devem ser excluídos ou podem estar associados à síndrome. Estas listas são acompanhadas de instruções que podem ajudar o usuário a considerar outras possíveis síndromes e, portanto, o uso de outros módulos da *checklist*. Se for o caso, os módulos também oferecem a possibilidade de se registrar o início, a severidade e a duração da síndrome, assim como o número de episódios.

Aplicação

O usuário do *checklist* deve estar familiarizado com os critérios diagnósticos do CID 10. Os passos a seguir são recomendados na administração do *checklist*:

Passo 1: registrar e codificar as informações gerais na folha de rosto.

Passo 2: checar os sintomas positivos listados na avaliação (usar ou X).

Passo 3: usar apenas os módulos para os quais o paciente for avaliado positivamente.

Passo 4: checar os sintomas positivos nos módulos utilizados (usar ou X). Para a duração da síndrome e o número de episódios, escrever o número apropriado no *box* (por exemplo, 03).

Passo 5: considerar diagnósticos diferenciais ou síndromes conforme é instruído nos módulos. Se necessário, consultar outros módulos.

Passo 6: codificar diagnósticos positivos na folha de rosto usando as categorias F (por exemplo, F41.0).

Passo 7: checar confiabilidade diagnóstica na folha de rosto (usar ou X).

Passo 8: registrar qualquer comentário na folha de rosto.

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**FOLHA DE ROSTO**Instituição: _____

--	--	--	--

Estudo _____

--	--	--	--

Clínico: _____

--	--	--	--

Data: __/__/__

Idade:

--	--

Sexo:
Masculino:

--

Feminino:

--

Diagnóstico CID 10 (categoria F):
Principal:

--	--	--	--

Secundário:

--	--	--	--

Grau de confiança do diagnóstico:
Alto

--

Moderado

--

Baixo

--

Anotações do Clínico:

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**TRIAGEM**Identificação do caso psiquiátricoSE TODOS,
NÃO PARAR

- Queixas psicológicas
- Queixas somáticas não explicadas medicamente
- Comportamento desviado das normas culturalmente aceitas
- Nenhum dos acima, mas é um caso

Explique: _____SE TODOS NÃO,
PARAR.

- Comprometimento ou incapacidade social ou ocupacional
- Condição ou doença física coexistente
- Estressor psicossocial

Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa

- Prejuízo da memória ou de outra habilidade intelectual
- Alteração da consciência
- Uso de substância psicoativa

SE ALGUM SIM,
USAR MÓDULO F0/F1
(PÁGINAS AMARELAS).Síndromes Psicóticas e Afetivas

- Conduta catatônica
- Delírios ou alucinações
- Humor elevado, expansivo, irritável ou desconfiado
- Humor deprimido ou diminuído
- Retraimento social ou diminuição do desempenho social

SE ALGUM SIM,
USAR MÓDULO F2/F3
(PÁGINAS ROSAS).

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)Síndromes Neuróticas e Síndromes Comportamentais

- Fobia ou ansiedade (pânico)
- Obsessões ou compulsões
- Estados dissociativos (conversão)
- Somatização
- Anorexia ou bulimia
- Dissonias ou parassonias
- Disfunções sexuais

SE ALGUM SIM,
USAR MÓDULO F4/F5
(PÁGINAS AZUIS).

Transtornos de Personalidade

- Desvio prolongado de traços de personalidade ou padrões de comportamento

--

CASO SIM,
USAR MÓDULO F6
(PÁGINAS VERDES)

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

**MÓDULO F0/F1:
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICOS
E DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**

TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS**a) Quais dos sintomas a seguir estão presentes?**

1. Prejuízo da memória
2. Prejuízo de outras habilidades intelectuais
3. Deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação
4. Comprometimento da consciência e atenção
5. Distúrbios de percepção ou desorientação
6. Distúrbios psicomotores
7. Distúrbio do ciclo sono-vigília
8. Início rápido e flutuações diurnas dos sintomas

b) Quão severa é a síndrome?

1. Leve
2. Moderada
3. Grave

c) Como foi o início da síndrome?

1. Agudo
2. Crônico

d) Qual é a duração da síndrome?

1. Em dias
2. Em meses
3. Em anos

e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. Retardo mental
2. Transtorno mental iatrogênico devido à medicação

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**f) Qual dos seguintes estados está associado?**

1. Sintomas depressivos
2. Sintomas maníacos

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas:

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROMES DECORRENTES
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

4. Mudanças na personalidade ou no comportamento

--

CASO SIM,
CONSIDERAR
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE.

5. Sintomas psicóticos agudos ou transitórios
6. Sintomas agudos de esquizofrenia

SE ALGUM SIM, CONSIDERAR
SÍNDROMES PSICÓTICAS.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. Demência (F01-F03)
2. *Delirium* (F05)
3. Transtorno orgânico de personalidade (F07)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

4. outros transtornos mentais orgânicos:

- alucinação orgânica (F06.0)
- transtorno catatônico orgânico – estupor ou excitação (F06.1)
- transtorno delirante (esquizofreniforme) orgânico (F06.2)
- transtorno orgânico do humor (afetivo) (F06.3)
- transtorno orgânico de ansiedade (F06.4)
- transtorno dissociativo orgânico (F06.5)
- transtorno emocional orgânico lábil (F06.6)

SE ALGUM SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
O MÓDULO APROPRIADO
APÓS CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. forte desejo ou senso de compulsão em usar uma substância (*craving*) ☐
2. capacidade prejudicada de controlar o uso de uma substância (“perda do controle”) ☐
3. estado de abstinência ☐
4. uso de uma substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência ☐
5. tolerância (fisiológica, comportamental ou psicológica) ☐
6. redução no repertório do padrão de uso de substâncias ☐
7. abandono progressivo de divertimentos, comportamentos ou Interesses alternativos em favor do uso de uma substância ☐
8. dano físico ou psicológico devido ao uso de uma substância (deve ser claramente especificado)
9. persistir com o uso de uma substância apesar de claras evidências de conseqüências danosas ☐

b) Qual a duração do transtorno?

1. em meses
2. em anos

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**c) Quais das seguintes substâncias foram usadas?**

Álcool
 Opióides
 Canabinóides
 Hipnóticos
 Cocaína
 Estimulantes (incluindo cafeína)
 Alucinógenos
 Tabaco
 Solventes voláteis
 Substâncias psicoativas ou múltiplas outras

d) Qual dos seguintes estados está associado?

1. *delirium*
 2. síndrome amnésica

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS.

3. sintomas psicóticos

--

CASO SIM,
CONSIDERAR
SÍNDROME PSICÓTICA.

e) Quais dos seguintes diagnósticos está presente?

1. uso nocivo (F1x.1)

--

SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA

2. síndrome de dependência (F1x.2)

--

SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**MÓDULO F2/F3:
SÍNDROMES PSICÓTICAS E AFETIVAS**TRANSTORNOS PSICÓTICOS**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, ou irradiação do pensamento
2. delírios ou percepção delirante
3. vozes alucinatórias ou outras alucinações persistentes de qualquer tipo
4. discurso incoerente ou irrelevante, neologismos
5. comportamento catatônico
6. "sintomas negativos" (apatia, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais)
7. comportamento sem objetivos ou desorganizado
8. comunicação não-verbal pobre por expressão facial
9. marcado declínio do desempenho social, escolar ou ocupacional, ou retraimento social
10. aparência estranha, excêntrica ou peculiar, ou auto-cuidado deficiente
11. experiências de despersonalização ou desrealização
12. tempestade ou confusão emocional
13. perplexidade ou identificação errônea de pessoas ou lugares
14. motricidade aumentada ou diminuída

b) Como foi o início do transtorno?

- Agudo
- Crônico

c) Qual a duração do transtorno?

- em dias
- em meses

d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. doença mental orgânica
2. transtorno de personalidade esquizóide
3. modos de expressão influenciados (sub)culturalmente
4. nível de inteligência abaixo do normal
5. intoxicação relacionada com drogas ou álcool, ou abstinência causando a síndrome

- SE ALGUM SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
SÍNDROME AFETIVA.

-

- SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

[illegible]

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**b) Quão grave é a síndrome?**

- Hipomaníaca
- Maníaca

c) Qual a duração da síndrome?

- em dias

--	--

d) Quantos episódios houve?

--	--

e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. doença endócrina precipitante
2. tratamento medicamentoso precipitante
3. anorexia nervosa
4. esquizofrenia

f) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. doença mental orgânica:
 - causando a síndrome
 - coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. sintomas depressivos

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

3. instabilidade de humor persistente

--

CASO SIM,
CONSIDERAR CICLOTIMIA.

4. abuso de álcool ou drogas:

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

CASO SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROMES DE
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

- | |
|--|
| |
| |
| |

DEPRESSÃO

[illegible]

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**b) Quão severa é a síndrome?**

1. Leve
2. Moderada
3. Grave

c) Qual a duração da síndrome?

- em semanas
- em meses

d) Quantos episódios houve neste período?

--	--

e) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. doença endócrina precipitante ou tratamento medicamentoso
2. esquizofrenia causando a síndrome

f) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. doença mental orgânica

--

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. esquizofrenia coexistindo com o transtorno

--

CASO SIM,
CONSIDERAR ESQUIZOFRENIA.

3. sintomas maníacos ou hipomaníacos

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

4. instabilidade persistente de humor por dois anos ou mais

--

CASO SIM,
CONSIDERAR CICLOTIMIA.

5. menos de duas semanas de duração do transtorno

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO BREVE OU MISTO.

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

6. delírios ou alucinações

☐CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

7. abuso de álcool ou drogas

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

☐
☐SE ALGUM SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.**g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. episódio depressivo leve (F32.0)
2. episódio depressivo moderado (F32.1)
3. episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)
4. episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)
5. episódios depressivos recorrentes (F33)
6. ciclotimia (F34.0)
7. distímia (F34.1)
8. transtorno afetivo bipolar (F31)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**MÓDULO F4/F5:
SÍNDROMES NEURÓTICAS E COMPORTAMENTAIS**TRANSTORNOS NEURÓTICOS**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

1. medos
2. ataques de pânico
3. ansiedade, preocupações, apreensões
4. sintomas autonômicos de ansiedade
5. pensamentos obsessivos ou atos compulsivos
6. exposição a um estressor mental, físico ou social excepcional
7. lembrar ou reviver persistentemente o estressor
8. evitação de circunstâncias associadas ao estressor
9. sintomas de sensibilidade psicológica ou vigilância aumentadas
10. sintomas ou estados dissociativos (conversivos)
11. queixas físicas múltiplas e variáveis não explicadas por nenhuma doença física
12. repetidas consultas médicas e recusas persistentes em aceitar orientação médica
13. fadiga mental ou física persistente

b) Qual a duração da síndrome?

- em semanas
- em meses
- em anos

c) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. sintomas ou transtorno psicótico
2. consumo excessivo ou abstinência de drogas
3. simulação intencional

d) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. sintomas afetivos

--

CASO SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
SÍNDROME AFETIVA.

[illegible][illegible]

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)**b) Qual a duração da síndrome?**

- em meses
- em anos

c) Quantos episódios houve neste período?

--	--

d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. condição neurológica ou médica causando a síndrome
2. tratamento medicamentoso precedente ou atual causando a Síndrome

e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. transtorno depressivo

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO.

2. abuso de álcool ou drogas

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNOS DE
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

3. doença mental orgânica

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. anorexia nervosa (F50.0)
2. bulimia nervosa (F50.2)
3. transtornos não-orgânicos de sono (F51)
4. disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (F52)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

4. emocionalmente instável:

- tendência a agir inesperadamente e sem consideração das consequências
- tendência a comportamento beligerante e a ter conflitos com os outros
- facilidade para ter explosões de raiva ou violência
- incapacidade evidente de planejar adiante ou prever acontecimentos futuros que têm grande chance de ocorrer
- dificuldade em persistir em qualquer tarefa que não ofereça gratificação imediata
- humor instável e caprichoso
- perturbações e incerteza sobre auto-imagem e preferências Internas (incluindo a sexual)
- propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis
- ameaças ou atos recorrentes de dano a si próprio

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. histriônico:

- autodramatização, teatralidade
- sugestionabilidade
- afetividade superficial e lábil
- egocentricidade
- busca contínua de apreciação
- necessidade de excitação ou de ser o centro das atenções
- comportamento manipulativo para adquirir necessidades próprias

☐☐☐☐☐☐☐

6. anancástico:

- indecisão
- perfeccionismo
- consciencioso, escrupuloso
- pedantismo e convencional
- rigidez e teimosia
- intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e indesejáveis
- planejamento a longo prazo de todas as atividades e com detalhes Imutáveis

☐☐☐☐☐☐☐

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

7. ansioso (de evitação):

- sentimentos de tensão e apreensão
- autoconsciência e sentimentos de insegurança e inferioridade
- desejo de ser querido a aceito
- hipersensibilidade a rejeição e críticas
- recusa em se envolver com pessoas, a não ser com garantias de aceitação sem críticas
- propensão habitual a exagerar o potencial de perigo ou riscos em situações cotidianas
- estilo de vida restrito devido à necessidade de certeza e Segurança

☐
☐
☐
☐
☐
☐☐

8. dependente:

- permitir que outros assumam responsabilidades em áreas principais da vida
- subordinação de suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente
- relutância em fazer exigências, ainda que razoáveis, às pessoas das quais depende
- perceber a si mesmo como desamparado, incompetente e sem vigor
- medo de ser abandonado e necessidade constante de se assegurar contra isso
- sentimentos de ruína e desamparo quando um relacionamento íntimo termina
- transferir responsabilidades para outros

☐☐☐☐☐☐☐**c) Qual a duração da síndrome?**

- em anos

d) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. desvio resultante de outra doença mental adulta
2. desvio resultante de doença ou dano cerebral orgânico

☐
☐
e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. abuso de álcool ou drogas

☐

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROMES DECORRENTES
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

2. sintomas afetivos

☐CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME AFETIVA.

3. sintomas psicóticos

☐CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME PSICÓTICA.

4. sintomas neuróticos

☐CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME NEURÓTICA.**f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?**

1. transtorno de personalidade paranóide (F60.0)

☐

2. transtorno de personalidade esquizóide (F60.1)

☐

3. transtorno de personalidade anti-social (F60.2)

☐

4. transtorno de personalidade emocionalmente instável:

• tipo impulsivo (F60.30)

• tipo *borderline* (F60.31)☐

5. transtorno de personalidade histriônica (F60.4)

☐

6. transtorno de personalidade anancástica (F60.5)

☐

7. transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) (F60.6)

☐

8. transtorno de personalidade dependente (F60.7)

☐

9. outros transtornos de personalidade especificados (F60.8)

☐SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.