



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

MARIANA BANDEIRA FORMIGA

**COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM DEPENDENTES QUÍMICOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA**

Recife

2015

MARIANA BANDEIRA FORMIGA

**COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM DEPENDENTES QUÍMICOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós – Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração Neuropsicopatologia, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito para o título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
Coorientadora: Prof^ª. Dra. Melyssa K. Cavalcanti Galdino

Recife

2015

F725c Formiga, Mariana Bandeira.
Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa / Mariana Bandeira Formiga. – Recife: O autor, 2015.
115 f.: il. ; tab.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1.Comorbidade. 2. Diagnóstico duplo. 3. Transtorno por uso de substância. 4. Usuário de drogas. I. Lima, Murilo Duarte da Costa (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2015-148)

Formiga, Mariana Bandeira.

Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa / Mariana Bandeira Formiga. – Recife: O autor, 2015.

115 f.: il. ; tab.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2015.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1.Comorbidade. 2. Diagnóstico duplo. 3. Transtorno por uso de substância. 4. Usuário de drogas. I. Lima, Murilo Duarte da Costa (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2015-148)

MARIANA BANDEIRA FORMIGA
COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM DEPENDENTES QUÍMICOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento da Universidade
Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em
Neuropsicopatologia.

Aprovado em: 22/04/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^a Rosana Christiane Cavalcanti Ximenes (Presidente)
(Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^a Vânia Pinheiro Ramos (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^a Reginete Cavalcanti Pereira (Examinador externo)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

*Ao meu tio Joaquim de Sousa Neto, cuja veia acadêmica
docente o desperta diariamente com o desejo de ministrar seu
conhecimento.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por toda proteção nas inúmeras viagens durante a realização deste trabalho. Por acolherem as minhas orações, guiarem as minhas escolhas e abençoarem o meu caminho.

Ao meu orientador Dr. Murilo, que gentilmente me abriu às portas desta pós-graduação, acolhendo o meu projeto inicial. Por viabilizar e me direcionar na concretização desta pesquisa. Por toda compreensão, orientação e incentivos ao longo desta jornada.

A minha Coorientadora Melyssa Cavalcanti, sempre presente em minha jornada profissional, pela prontidão em aceitar participar deste processo de construção científico, por toda orientação e incentivo, sem esquecer a frase "vai dar certo".

A Selene Vasconcelos, amiga e companheira científica, pela amizade, apoio e troca de conhecimentos.

A Maria Gadelha, por toda amizade e contribuição ao longo desta jornada.

Aos meus pais Ginethon e Sandra, por todo amor e apoio incondicional.

A minha irmã Jullyana Formiga, companheira de todas as horas, por todo o “trabalho” de me deixar e buscar na rodoviária.

Ao meu irmão Tasso Formiga, que de forma peculiar me transmite confiança e exemplo de determinação.

A Tiago Borges, o meu amor, pelo seu companheirismo, incentivo e paciência.

A minha avó Lourdes Bandeira, por sempre me lembrar que "tudo é como Deus quer".

Ao meu primo José Wilson Arnaud Seixas Segundo, pela gentileza e contribuição neste projeto.

A todos os meus familiares e amigos que torceram e intercederam para a concretização deste projeto.

A todos os funcionários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), pelo exemplo de dedicação e respeito aos usuários, por terem acolhido este projeto e por toda a colaboração agradável e eficaz.

A todos os usuários do CAPSad, que gentilmente dedicaram um pouco do seu tempo para a construção deste estudo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro.

“Quando penso que cheguei ao meu limite, descubro que tenho forças para ir mais além”.

(Ayrton Senna)

RESUMO

O Transtorno por uso de substância (TUS) refere-se ao padrão patológico de comportamento relacionado ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Concomitante ao transtorno por uso de substâncias pode ocorrer transtornos psiquiátricos (TP), caracterizando o diagnóstico duplo (DD). A presente pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência de diagnóstico duplo nos usuários de drogas em tratamento. Trata-se de uma pesquisa com metodologia analítica, transversal com abordagem quantitativa e com amostra não – probabilista do tipo intencional. A pesquisa foi desenvolvida em dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), na região metropolitana de João Pessoa-PB. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico, o Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST), e o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I). Participaram desta pesquisa 110 voluntários, dos 18 aos 69 anos, com média de idade de 41,73 anos, os quais foram divididos em três grupos. O grupo 1, composto pelos entrevistados que estão em abstinência de álcool e drogas ilícitas há pelo menos três meses; grupo 2, com alcoolistas; e grupo 3, com usuários de álcool e drogas ilícitas. A maioria dos participantes era do sexo masculino, negra, com religião, com até 9 anos de estudo, sem renda financeira pessoal fixa. As substâncias mais consumidas foram o álcool (67,3%), tabaco (60%), crack (30%) e maconha (27,3%). O diagnóstico duplo foi mais prevalente no grupo 3 (71,8%), em comparação ao grupo 2 (60%). O diagnóstico duplo foi significativamente associado ao risco de suicídio, as tentativas de suicídio e a prática de atos infracionais. O consumo do crack foi associado ao episódio depressivo maior e ao transtorno de personalidade antissocial. Diante do exposto, recomenda-se avaliar os transtornos psiquiátricos na assistência aos usuários de drogas devido a sua frequência e influência no curso da doença e prognóstico. Pesquisas com o intuito de aprimorar as intervenções com usuários de drogas com o duplo diagnóstico devem ser incentivadas.

Palavras-Chave: comorbidade; diagnóstico duplo; transtorno por uso de substância; usuários de drogas.

ABSTRACT: The substance use disorder (SUD) refers to the pathological pattern of behavior related to licit and illicit drugs. Concomitant to substance use disorder, psychiatric disorders (PD) may occur, characterizing dual diagnosis (DD). This research aimed to identify the prevalence of dual diagnosis in drug users in treatment. This is an analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, non-probabilistic intentional sampling. It was carried out in two reference centers specialized in drug addiction treatment (Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs - CAPSad), in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, Brazil. A sociodemographic questionnaire developed by the authors was used together with the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I). Participated in this research 110 volunteers, aged 18 to 69 years, with a mean age of 41.73 years, which were divided into three groups. Group 1, consisting of the respondents who are in abstinence from alcohol and illegal drugs for at least three months; group 2, with alcoholics; and group 3, with alcohol and illicit drug users. It was identified that the majority were male, black, with religion, with up to 9 years of study, without a fixed personal financial income. The substances were alcohol (67,3%), tobacco (60%), crack (30%) and marijuana (27,3%). A higher prevalence of dual diagnosis in group 3 (71.8%) was observed, compared to group 2 (60%). Dual diagnosis was associated with the risk of suicide, suicide attempts and the practice of infractions. The crack consumption was associated with the occurrence of major depressive episode and antisocial personality disorder. It was concluded that the illicit drug users had a higher prevalence of dual diagnosis showing the severity of this clinical condition. It is considered essential that this clinical reality is included in intervention strategies in order to decrease the negative effects of consumption of these substances and provide better quality of life for these people.

Keywords: comorbidity; dual diagnosis; substance-Related Disorders; drug users.

LISTA DE TABELAS

Artigo de revisão: Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão

Tabela 1 Artigos Resgatados 22

Tabela 2. Características dos artigos analisados 28

Estudo piloto: Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users

Table I Psychiatric disorders, suicide risk and suicide attempts prevalent in Group 1 and 2 50

Artigo original: Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs

Tabela 1 Perfil sociodemográfico da amostra, dividida em grupos, conforme o tipo de substância consumida. Região metropolitana de João Pessoa/ Brasil, 2014. 66

Tabela 2. Prevalência de transtornos psiquiátricos, risco e tentativa de suicídio de acordo com a divisão dos grupos. Região metropolitana de João Pessoa/ Brasil, 2014. 68

Tabela 3. Associação do diagnóstico duplo com o risco de suicídio, tentativas de suicídio e atos infracionais. Região metropolitana de João Pessoa/ Brasil, 2014. 69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TUS	Transtorno por uso de substância
TP	Transtorno psiquiátrico
DD	Diagnóstico duplo
DSM – 5	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5ª edição
DSM IV- TR	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 4ª edição revisada
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TB	Transtorno borderline
TPAS	Transtorno de personalidade antissocial
CAPSad	Centro de atenção psicossocial álcool e drogas
ASSIST	Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias
M.I.N.I	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
EMCDDA	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
NSUDUH	Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	14
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo Geral	17
3.2	Objetivos Específicos	17
4	HIPÓTESES	17
5	REVISÃO DA LITERATURA	18
5.1	Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão	18
6	MÉTODOS	39
6.1	Delineamento da pesquisa	39
6.2	Local do Estudo	39
6.3	População Alvo	39
6.4	Instrumentos utilizados	39
6.5	Treinamento dos instrumentos	40
6.6	Procedimento de Coleta de Dados	41
6.7	Aspectos éticos	41
6.8	Análises dos dados	42
7	RESULTADOS	43
7.1	Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users	43
7.1	Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs	56
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	84

1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa analisou a prevalência do diagnóstico duplo nos usuários de drogas em tratamento. Encontra-se dividida em nove seções.

A seção dois contempla as considerações iniciais, a qual descreve os conceitos, a prevalência, a relevância e a categorização do problema abordado. Logo em seguida, há a descrição do objetivo geral e dos objetivos específicos. Na quarta seção, há as hipóteses do presente estudo.

Na quinta seção encontra-se a revisão da literatura exposta através de um artigo científico intitulado “Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão”, submetido e aceito de acordo com a revista Neurobiologia (Anexo A).

Na sexta seção há o método, que descreve o tipo de delineamento desta pesquisa, o local, a população alvo, os instrumentos utilizados e o treinamento para o manuseio dos mesmos, o procedimento da coleta dos dados, os aspectos éticos e a descrição da análise dos dados.

A seção sete esboça os resultados. O estudo piloto está exposto em forma de artigo original de comunicação breve, com o título “Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users”, submetido ao International Journal of Mental Health and Addiction (Anexo B). Os resultados finais estão descritos no artigo original cujo título é “Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs” submetido a Revista de Psiquiatria y Salud Mental (Anexo C).

A seção de número oito expõe as considerações finais da pesquisa. E, encerrando o estudo em tela, apresentam-se as referências, anexos e apêndices na nona seção.

2 INTRODUÇÃO

Estima-se que 2 bilhões de pessoas são usuários de bebidas alcoólicas (WHO, 2004) e que 5% da população mundial entre 15 e 64 anos já consumiram drogas ilícitas (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC, 2014). Os inquéritos realizados na União Europeia (UE) sugerem que aproximadamente 50 milhões de europeus já experimentaram uma droga ilícita em algum momento da sua vida. Isso equivale a uma prevalência de aproximadamente 20% da população da UE com idades compreendidas entre os 15 e 64 anos, ou seja, um indivíduo em cada cinco (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - OEDT, 2002).

Nos Estados Unidos, em 2012, a taxa de consumo excessivo de álcool entre os jovens adultos com idades entre 18 a 25 anos foi de 39,5%. Neste mesmo ano, verificou-se um crescimento do consumo de drogas ilícitas nos jovens adultos se comparado ao ano de 2008, de 19,7% para 21,3%. As substâncias de maior consumo, causando dependência ou abuso, foram a maconha (4,3 milhões), os analgésicos (2,1 milhões), e a cocaína (1,1 milhões) (National Survey on Drug Use and Health, 2013).

No Brasil tem-se constatado o aumento do consumo de substâncias psicoativas entre 2006 e 2012, período do I e II levantamentos Nacionais de Álcool e Drogas (II LENAD). No ano de 2012, houve um aumento do consumo da maconha, cocaína, dos opióides e do crack. No entanto, o consumo do álcool (50% para 52%) não apresentou mudanças significativas (LENAD, 2006 e 2012).

O TUS acarreta gastos dispendiosos ao sistema de saúde e previdenciário, além de intensificar o número de óbitos. Sabe-se que, 1,2% de todas as internações no Brasil, foram por TUS. Destas, 69% foram ocasionadas pelo consumo do álcool e 23% pelo consumo de múltiplas drogas. O afastamento do trabalho ocorreu principalmente devido ao uso do álcool e da cocaína, enquanto as aposentadorias sobrevieram em maior frequência devido ao álcool e aos opiáceos. O número de mortes foi maior nos usuários de álcool, em aproximadamente 90% dos casos, seguidos pelos transtornos por uso do tabaco (6%), de múltiplas drogas (0,7%) e da cocaína (0,4%). Dentre essas situações apresentadas, os índices foram mais prevalentes no sexo masculino (DUARTE; ANDRADE; BARROSO, 2009).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (DSM – 5), o Transtorno por uso de substâncias (TUS) pode ser de gravidade leve, moderada ou grave, relacionados ao uso contínuo de alguma substância, que incluem álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, inalantes, opióides, medicamentos (sedativos, hipnóticos e

ansiolíticos), estimulantes, entre outras. O diagnóstico do TUS baseia-se em um padrão patológico de comportamento relacionado ao seu uso, que incluem baixo controle sobre o consumo e forte desejo de consumir (fissura); deterioração social, devido ao fracasso em cumprir obrigações e priorização do consumo; uso em situações de risco ou continuidade do uso apesar das consequências adversas; e critérios farmacológicos, que incluem abstinência e tolerância (APA, 2014).

Por sua vez, comorbidade psiquiátrica ou duplo diagnóstico se refere à concomitância no mesmo indivíduo de um transtorno por uso de substância psicoativa e outro transtorno psiquiátrico (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2004). Além da aceitação nos meios científicos do termo em inglês – *comorbidity* ou *co-occurring disorders* – ainda há outras denominações para o mesmo evento como: *dual diagnose*, nos Estados Unidos; ou *concurrent disorders*, no Canadá (DIEHL et al, 2011).

A clássica pesquisa do Epidemiologic Catchment Área Study - ECA (REGIER et al., 1990) revelou que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados como dependentes do álcool e de outras substâncias pelos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) apresentaram um diagnóstico psiquiátrico adicional, sendo: 28%, Transtorno de Ansiedade; 26%, Transtornos do Humor; 18%, Transtornos de Personalidade Antissocial; e 7%, Esquizofrenia.

Na Europa, estudos indicam que cerca de 80% dos pacientes diagnosticados toxicodependentes apresentam perturbações psiquiátricas comórbidas (OEDT, 2004). Nos países sul-americanos como Uruguai e Chile, constatou-se uma prevalência de comorbidade com os transtornos ansiosos de 59,8% e 44,9%, enquanto a depressão ocorreu em 33,8% e 28% dos casos, respectivamente (MERCHÁN-HAMANN; LEAL; MUSSO, 2012).

No Brasil, 18,5% dos adultos que consumiram alguma substância declararam ter sofrido de ansiedade nos últimos 12 meses e 23,9% tiveram ansiedade alguma vez na vida. Quanto à depressão, a proporção de indivíduos que declarou ter sofrido alguma vez na vida foi de 15,1% (II LENAD, 2012).

Comparados a indivíduos com diagnóstico único de transtorno por uso de substância ou transtorno mental, os que apresentam o diagnóstico duplo estão sob maior risco de apresentarem atraso no diagnóstico correto de sua doença; sintomas psicopatológicos mais graves; menor adesão e pobre resposta ao tratamento; maior comprometimento social; aumento nas admissões em serviços de pronto-socorro; maior prevalência de comorbidades clínicas; aumento da vulnerabilidade para aquisição de HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis; mais ideação e tentativa de suicídio. Além disso, esses indivíduos

são também mais propensos ao desemprego, às situações de rua, envolvimento com episódios violentos e comportamento criminoso (ZANELATT; LARANJEIRA, 2013).

É neste contexto que a presente pesquisa se insere. Apresentando relevância clínica, em que os dados obtidos poderão subsidiar decisões futuras quanto ao planejamento terapêutico dos pacientes, e social, ao elucidar as características desta amostra e possivelmente embasar estratégias de prevenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Determinar a prevalência de diagnóstico duplo em usuários de drogas em tratamento.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa;

Identificar as substâncias de maior consumo entre os usuários;

Identificar os transtornos psiquiátricos nos participantes da pesquisa;

Associar as substâncias utilizadas com os transtornos psiquiátricos.

4 HIPÓTESES

O álcool, das substâncias lícitas, e a maconha, das drogas ilícitas, seriam as substâncias de maior consumo;

Os transtornos psiquiátricos mais prevalentes seriam os transtornos de ansiedade e a depressão;

Os usuários de drogas com diagnóstico duplo apresentariam maior frequência de ideação e tentativas de suicídio em comparação àqueles com diagnóstico único de transtornos por uso de substâncias.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Artigo de revisão sistemática

Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão

The use of psychoactive substances and psychiatric comorbidities: a review article

Título resumido: Uso de substâncias e comorbidades psiquiátricas

The use of substances and psychiatric comorbidities

1. Mariana Bandeira Formiga.

Psicóloga. Mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

2. Selene Cordeiro Vasconcelos

Enfermeira. Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

3. Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino.

Psicóloga. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE. Prof. Adjunta da Universidade Federal da Paraíba.

4. Murilo Duarte da Costa Lima

Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria. Prof. Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco.

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em usuários de drogas. **Método:** revisão sistemática de artigos científicos, com base nos critérios PRISMA, publicados entre 2003 e 2013, disponíveis nas bases de dados PubMed, Medline e Scopus, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** a amostra foi composta por 33 artigos analisados. Constatou-se que a maioria dos estudos foi realizado em países desenvolvidos, predominantemente em ambiente clínico, como hospitais, clínicas ou comunidades terapêuticas e, em menor proporção, em penitenciárias, online e domiciliares. A maioria dos participantes era solteira, com faixa etária entre os 18 e 65 anos, desempregado e com educação do ensino médio. Os instrumentos mais comumente utilizados foram os questionários sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas, instrumentos de autorrelato e telas de urina. Os índices de consumo de substâncias eram elevados, atingindo até 100% em determinadas amostras populacionais, a substância mais consumida foi o álcool, seguido pela cocaína e a maconha. Os transtornos psiquiátricos prevalentes foram as desordens de humor, de ansiedade e os distúrbios de personalidade borderline e antissocial. O risco de suicídio variou de 25,4% a 53%. **Conclusão:** Atualmente se reconhece que o diagnóstico duplo é frequente e se preconiza um tratamento que aborde ambas as patologias como uma forma eficaz de intervenção.

Descritores: comorbidade; diagnóstico duplo; transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

Objective: analyze the occurrence of psychiatric comorbidities in drug users. Methods: systematic review of scientific articles, based on the PRISMA criteria, published between 2003 and 2013, available on PubMed, Medline and Scopus data, in Portuguese, English and Spanish. Results: the sample consisted of 33 articles analyzed.. It was found that most of the studies were conducted in developed countries, predominantly in clinical settings such as hospitals, clinics or therapeutic communities and, to a lesser extent, in prisons, online and homes. Most participants were single, aged between 18 and 65 years old, unemployed and high school education. The most commonly used instruments were the self-report instruments, semi-structured interviews and urine tests. Rates of substance use were high, reaching up to 100% in certain population samples; the most commonly used substance was alcohol, followed by cocaine and marijuana. The most identified pathologies were affective disorders, anxiety and borderline personality disorders and antisocial. The risk of suicide ranged from 25.4% to 53%. Conclusions: currently it is recognized that dual diagnosis is common and recommended treatment that addresses both conditions as an effective form of intervention.

Key word: comorbidity; dual diagnosis; substance-Related Disorders

1 INTRODUÇÃO

Diagnóstico duplo ou comorbidade psiquiátrica é definido como a presença simultânea de um transtorno por uso de substância (TUS) e uma desordem psiquiátrica¹. A ocorrência das duas patologias aumenta as chances de potencialização recíproca destas, podendo alterar a sintomatologia, interferir no diagnóstico, tratamento e prognóstico de ambas².

Nesta perspectiva, o diagnóstico duplo se transforma em um desafio para os serviços de atenção à saúde e seus respectivos profissionais³, tornando-se uma observação necessária para todos que atuam nesta área⁴ em virtude da frequência com que estes eventos ocorrem³. Conjectura-se que uma etapa importante da prevenção e do tratamento do abuso de substâncias deve-se à inclusão da triagem e avaliação de distúrbios psiquiátricos⁵, bem como esta avaliação impulsiona para melhores estratégias de cuidado⁴.

Este estudo tem como objetivo analisar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em usuários de drogas a partir de uma revisão sistemática de artigos científicos.

2 MÉTODO

A pesquisa fundamentou-se nos critérios sugeridos pelo PRISMA⁶ e ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2013, nas bases de dados PubMed, Medline e Scopus. Realizou-se a busca dos artigos por meio das combinações dos descritores e conectivos em inglês “dual diagnosis and drug users”, “dual diagnosis and drug abusers” e “dual diagnosis and drug addicts”. Os descritores foram escolhidos mediante consulta ao DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME). A seleção efetivou-se por meio de dois pesquisadores cegos, inicialmente pelo título, seguindo com o resumo e, por fim, com a leitura na íntegra dos artigos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol; publicados nos últimos dez anos (2003 – 2013), com a finalidade de discutir resultados contemporâneos; que considerassem os manuais atuais de diagnósticos (DSM IV, DSM IV – TR, DSM V e CID-10) e descrevessem a prevalência do diagnóstico duplo em pessoas com idade a partir dos 18 anos. Excluíram-se os capítulos de livros, teses e artigos de revisão.

3 RESULTADOS

Foram resgatados 1141 artigos no total, conforme pode ser visto detalhadamente na Tabela 1 abaixo. Este total foi avaliado a partir dos critérios previamente estabelecidos e após a exclusão dos artigos repetidos, firmou-se uma amostra com 33 pesquisas. As informações extraídas dos artigos estudados foram: localização geográfica, ambiente de realização da coleta (*locus*), características dos participantes dos artigos analisados, instrumentos utilizados, consumo de substâncias e diagnóstico duplo.

Tabela 1 Artigos Resgatados

Cruzamento dos descritores	Base de Dados			Total
	SCOPUS	PuBmed	Medline	
Dual diagnosis AND “Drug Users”	25	238	411	674
Dual diagnosis AND “Drug Abusers”	12	120	186	318
Dual diagnosis AND “Drug Addicts”	8	34	107	149
Total				1141

3.1 Localização Geográfica

A maioria dos artigos analisados, ilustrados na tabela 2, foi realizado nos Estados Unidos^{1,5,9,24,28-36} com 39,4% do total (n= 13), seguidos pela Espanha^{4,10-12,15,17,20,22,26} com 27,3% (n=9), a Itália^{8,18} e a Alemanha^{7,19}, que tiveram 15,4% cada (n=2). Os demais artigos foram da Bélgica¹⁶, Malásia¹³, Israel¹⁴, Dinamarca²³, Índia²⁵, e Austrália²⁷ (n=1, para cada país).

3.2 Ambiente de realização da coleta

O ambiente de realização da coleta dos artigos analisados foi categorizado em: a) ambientes clínicos, ou seja, que eram direcionados tanto ao tratamento do transtorno por uso de substâncias (TUS) como para pacientes com desordens psiquiátricas, como centros de saúde, hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas e b) ambientes não clínicos, diz respeito

às pesquisas online, domiciliares e meio judiciais. Neste sentido, 66,7% (n=22) dos artigos avaliados foram realizados em ambientes clínicos e 33,3% (n=11) em ambientes não clínicos.

3.3 Características dos participantes

O tamanho da amostra dos artigos analisados variou desde 33 a 13.872 participantes^{16,5}. A faixa etária foi dos 18 aos 65 anos, sendo a maioria^{1,4-5,8-15,19,22,25,32-33,35} na média dos 30 aos 40 anos. Quanto à educação, a maior proporção concentrou-se em uma educação de ensino médio^{4,7,9-10,13,15,23-24,30,32-33,35}, embora algumas pesquisas tenham se destacado com 62% de analfabetos²⁵ e 46,6% de universitários²⁰. No tocante a ocupação, 10 estudos^{5,13,16,19,21,26-28,31,34} omitiram esta informação, mas constatou-se que a maioria dos usuários/dependentes de drogas que apresentam comorbidades é desempregada^{1,7-8,10-11,14-15,17,22,24-25,30,32-33,36}. No que concerne ao estado civil, predominaram os solteiros^{1,4-5,9-10,14-15,17,20,22,25,30-31,35}.

Deve-se realçar que um artigo foi realizado apenas com mulheres¹⁹, outros exclusivamente com homens^{12,25,35}, enquanto os demais envolviam ambos os sexos, prevalecendo um maior número de participantes masculinos^{4,7-11,13-15,17,20-24,27-28,30,32,36}.

3.4 Instrumentos

No levantamento dos dados que compuseram cada pesquisa analisada, mais de um instrumento foi utilizado. Comumente, eram empregados questionários sócio-demográficos para a caracterização dos participantes. Na avaliação das psicopatologias, predominavam as entrevistas semiestruturadas baseadas nos manuais de diagnóstico (DSM-IV; DSM-IV-TR, CID-10)^{1,4-5,7-24,26-27,29-31,33,36}, bem como questionários de autorrelato sobre personalidade, sintomas depressivos, ansiedade^{1,14-15,23,25,28,30}, qualidade de vida²⁵ e o risco de suicídio⁸.

Quanto ao consumo de álcool e/ou drogas, também se observou a utilização destes manuais para a categorização da dependência, além de instrumentos que verificam a gravidade da dependência^{11,17,28,33,36} e exames de urina^{7,10,13-14,17,30}.

3.5 Consumo de substâncias

De acordo com a Tabela 2, o álcool^{5,7,13,21,23,27,35-36} teve a maior incidência (n=8) nos artigos analisados. Destacam-se os estudos que apresentaram um consumo etílico de 100% em seus participantes, incluindo dependência e abuso, na Dinamarca²¹, Canadá²³ e EUA³⁶. Em seguida, a substância de maior consumo foi a cocaína^{1,4,8,10,19,22,30} (n=7). Nos Estados Unidos, o consumo desta substância variou de 86% em uma pesquisa⁸ enquanto em outro estudo³⁰ o índice foi de 51% nas mulheres e 66,7% nos homens. Nos demais artigos em que predominou o uso da cocaína, todos eram espanhóis e o consumo deste psicoativo foi mais frequente do que outras substâncias como álcool e maconha¹, sedativos e heroína¹⁰, heroína e álcool^{4,19,22}.

O transtorno por uso da maconha (n=6) variou de 45,6% na Alemanha¹⁸ a 84% nos EUA³¹, sendo mais frequente do que álcool e cocaína^{9,20,31}. Quanto aos opiáceos^{12,29,32} (n=3), constatou-se a dependência em dois estudos americanos^{29,32} (99,6% e 100%) e na Malásia¹². A dependência da heroína (n=2) foi descrito em 100% dos entrevistados em Pisa¹⁷ e 97,5% nos EUA²⁴. Duas pesquisas descreveram a dependência concomitante de heroína e cocaína com uma prevalência de 60% na Alemanha¹⁵ e 53,18% em Pisa³⁰.

Um estudo identificou o consumo de maconha, álcool e tabaco simultâneos, como tendo a maior incidência com 56,8%, na Austrália²⁸. Por outro lado, um artigo americano, que comparou o consumo por etnia, revelou que os americanos nascidos nesse país apresentavam um consumo excessivo de álcool e drogas relativos a 10%. Em um ambulatório psiquiátrico, 74% dos pacientes apresentaram um consumo problemático de álcool e drogas³³. Por fim, 100% de uma amostra israelense¹⁶ eram dependentes de benzodiazepínicos e 97% de indianos²⁵ eram dependentes de buprenorfina.

3.6 Diagnóstico duplo

Os artigos examinados diferiram quanto à prevalência dos transtornos psiquiátricos nos usuários de drogas e na abrangência destas comorbidades. Por conseguinte, o diagnóstico duplo foi descrito de acordo com os eixos I e II do DSM IV ou DMS-IV-TR simultaneamente ou separados, enfatizando patologias específicas como a depressão, a esquizofrenia, o transtorno de estresse pós-traumático (TETP) e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou identificando unicamente a presença do diagnóstico duplo. Nesta

seção também foi descrito a prevalência do risco de suicídio entre os indivíduos com diagnóstico duplo.

3.6.1 Prevalência de diagnóstico duplo nos artigos analisados

Constatou-se que 93,9% (n=31) dos artigos estudados especificaram a prevalência do diagnóstico duplo, enquanto os demais descreveram a associação significativa^{12,26}. Ademais, uma pesquisa¹² além de apresentarem o diagnóstico duplo, também indicou a prevalência do diagnóstico triplo, que abrange a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/HIV+).

Há diferenças quanto à porcentagem do diagnóstico duplo, que variou de 78,7%, em presidiários, na Espanha²², a 6,79%, em um estudo domiciliar com latino-americanos, que comparou o diagnóstico duplo por etnias⁹. A ocorrência de diagnóstico triplo deu-se em 22% de prisioneiros, na Malásia¹³.

3.6.2 Prevalência das comorbidades analisadas do Eixo I e II

No que diz respeito ao eixo I e II, (n=13), 69,2% (n=9) dessa amostra, admitiram que os transtornos afetivos eram o diagnóstico duplo prevalente, sendo a depressão^{9,19-20,24,30} constatada na maioria destes (n=5). Em seguida, havia o Transtorno Bipolar^{1,17} (TB) (n=2), cuja incidência variou de 31,3% em pacientes nas redes de saúde de Madri¹ a 37,9% com pacientes em tratamento residencial de heroína, em Pisa¹⁷. O Transtorno Distímico²⁷ (n=1) teve uma prevalência de 6,6% e o transtorno de humor (T. Humor)³³ (n=1) teve uma prevalência de 66%, ambos na Espanha.

Ainda no eixo I e II, 30,8% (n=4) dos artigos avaliados trouxeram que a maior prevalência era de Transtorno de Personalidade (TP). A incidência do Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS)^{10,13,16} (n=3) variou entre 18,3% a 50%. O estudo³⁵ que apresentou o transtorno borderline (n=1) como o mais prevalente entre seus participantes teve uma porcentagem de 21,4%.

Ademais, outra pesquisa norte-americana²⁹ demonstrou que os transtornos de humor e de ansiedade foram associados ao uso de opióides. Por sua vez, autores sugeriram²⁸ que o consumo de diversas substâncias contribuía com maior prevalência de depressão, ansiedade e sintomas psicóticos.

3.6.3 Prevalência das comorbidades analisadas apenas eixo I

Das pesquisas que avaliaram somente o eixo I (N=7)^{4,11,15-16,22,25,32}, a maior parte (N=4; 57,1%) constatou que os transtornos afetivos e, mais precisamente, a depressão^{11,14,25,32}, foram os diagnósticos que prevaleceram. Estes índices variaram de 19%, nos EUA³², a 84%, na Índia⁴¹.

Por outro lado, na Alemanha, constatou-se maior incidência dos transtornos de ansiedade¹⁵ (n=1; 14,3%), com 36,7% em uma amostra em pacientes para o tratamento com e sem metadona, enquanto os transtornos afetivos tinham uma prevalência de 30%.

Dos artigos referentes ao eixo I, que também analisaram o TPAS (n=2; 28,6%), percebeu-se uma variação de 86,2% em uma amostra com prisioneiros⁴ e 21,1% com alcoólicos em tratamento ambulatorial²², ambos na Espanha.

3.6.4 Prevalência das comorbidades analisadas apenas Eixo II

No que concerne aos artigos analisados do eixo II (n=3)^{7,21,23}, um foi realizado em hospitais, na Bélgica⁷, onde 31,8% dos entrevistados tinham critérios que atendiam ao cluster B (corresponde a transtornos dramáticos, imprevisíveis ou irregulares), 26,7% ao Transtorno de Personalidade Limítrofe; 14,7% e 10,1% correspondiam à personalidade de esquiva e antissocial, respectivamente. É interessante notar, nesta pesquisa belga, que 34% dos usuários de álcool tinham um diagnóstico duplo e esta prevalência aumentou para 66,7% nos consumidores estritamente de drogas, e para 67,7% nos usuários de álcool e drogas.

Os demais do eixo II ocorreram em ambulatórios de álcool, na Dinamarca²¹ e no Canadá²³, onde as incidências variaram, respectivamente, de 34% para qualquer TP a 59% (sendo 32% do Cluster B, 13% de borderline, e 5% antissocial).

3.6.5 Prevalência do consumo de substâncias em pacientes esquizofrênicos

Da amostra analisada, 12,1% (n=4) investigaram estritamente o consumo de drogas em pacientes esquizofrênicos^{18,31,35-36}. Esta prevalência variou de 48% a 95% e as substâncias de maior consumo foram o álcool, a maconha e a cocaína.

3.6.6 Correlação com o Transtorno de Estresse pós-traumático (TEPT)

Uma pesquisa⁸ verificou a associação especificamente entre o consumo da cocaína e a presença de um TEPT. Constatou-se que havia 29% de dependentes e que 86% destes tinham o transtorno psiquiátrico comórbido.

3.6.7 Correlação com a depressão

Um dos estudos⁵ analisou exclusivamente a depressão e o consumo de substâncias relacionadas à raça e etnia nos Estados Unidos, envolvendo brancos, africanos e hispânicos. Dos abusadores de álcool ou álcool e maconha, a maior prevalência de depressão era nos africanos (15,51% e 31,27% respectivamente) e dos que usavam apenas maconha, o índice de depressão foi mais comum nos brancos (22,65%).

3.6.8 Prevalência do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Estudos realizados na Espanha^{9,20,22} trouxeram a prevalência de TDAH, com 1,7% da amostra de jovens adultos consumidores de maconha⁹; 2,5% em jovens usuários de cocaína²⁰; e 14,2% com usuários de cocaína em uma comunidade terapêutica²².

3.6.9 Incidência do diagnóstico duplo

Constatou-se em uma pesquisa com prisioneiros¹² a presença de 12,8% com diagnóstico duplo e 22% com diagnóstico triplo, não revelando os resultados referentes a cada transtorno específico. Já os latino-americanos²⁶ tinham 6,79% de diagnóstico duplo, os quais não foram descritos detalhadamente.

3.6.10 Risco de suicídio

O risco de suicídio oscilou entre 53%, na Índia²⁵, a 52,6% com pacientes em tratamento em comunidade terapêutica, na Espanha⁴. Em menor proporção, em Madri¹, o risco de suicídio grave para aqueles com diagnóstico duplo foi de 25,4%.

Tabela 2. Características dos artigos analisados

Autor / Ano /País	Consumo de Substâncias	Comorbidades Psiquiátricas
Colpaert K, Vanderplasschen W, Maeyer J, <i>et al</i> (2012)	74% dependentes de álcool; 12,8% dependentes de drogas; 13,2% dependentes de álcool e drogas.	TP Borderline foi o mais frequente com, respectivamente: 22,1%, 36,4% e 44,1% para os grupos de consumo álcool, drogas e álcool e drogas.
Bélgica		
Montoya ID; Covarrubias LD; Patek, JA, <i>et al</i> (2003)	86% abuso ou dependência de cocaína	29% TEPT
Estados Unidos		
Arias F, Szerman N, Vega P, <i>et al</i> (2012)	88,3% dependentes de cocaína; 74,5% dependentes de álcool; 72,8% dependentes de cannabis.	31,3% T. Bipolar; 30,9% EDM; 26,7% TAG; 25,5% T. Limítrofe 24% T. Paranoide; 19,3% TPAS 14,1% Agorafobia. 25,4% Risco grave de suicídio
Espanha		
CuencA-Royo AM, Torrens M, Sánchez-Niubó A, <i>et al</i> (2012)	62% dependentes da maconha; 24,9% dependentes do álcool 9% dependentes da cocaína 7,3% tinham 3 ou mais dependência de substâncias.	13,5% transtorno de humor (10% EDM); 3,5% transtorno de ansiedade (1,7% fobia simples); 3,8% TPAS; 1,7% TDAH
Espanha		
Nocon A, Bergé D, Astals M, <i>et al</i> (2007)	53% Poliusuários; 47% eram usuários de droga única. Dos poliusuários: 55% mais de uma dependência; 40% duas dependência; 15% três ou mais dependências. 55% dependência atual de cocaína; 38% dependentes de heroína; 36% dependentes de sedativos.	27% Transtorno de humor (10,4% EDM); 12,2% T. Ansiedade (5,2% pânico com e sem agorafobia); 13% T. psicótico (5,2% esquizofrenia).
Espanha		
Tortajada S, Herrero MJ, Domingo-Salvany A, <i>et al</i> (2012)	Dependência principal de heroína e cocaína.	37,5% EDM; 6,8% Fobia Específica. 10,3% mais de uma comorbidade.
Espanha		
Zahari MM, Bae WH, Zainal NZ, <i>et al</i> (2010)	95,4% com diagnóstico triplo tinham histórico de consumo injetável; 82,4% do diagnóstico duplo dependentes de opioides; 100% do diagnóstico triplo dependente de opioides;	34,8% tinham pelo menos um diagnóstico duplo (sendo 12,8% de duplo e 22% de triplo).
Malásia		

Continuação

Autor / Ano / País	Consumo de Substâncias	Comorbidades Psiquiátricas
Pacek LR, Malcolm RJ, Martins SS (2012)	87% dependentes de álcool; 12,18% maconha; 8,75% álcool e maconha; 3,36% cocaína.	Analizou a depressão por etnia e consumo. A depressão foi mais prevalente nos africanos tanto consumidores de álcool (15,51%) como consumidores de álcool e maconha (31,27%).
Estados Unidos		
Grella CE, Greenwell L, Prendergast M, et al (2008)	45,6% dependentes de maconha; 64,4% dependentes de álcool.	67,9% da amostra tinha alguma comorbidade. 33,2% T. Humor (26% EDM) 23,9% T. Ansiedade (11,4% TEPT) 42,1% TPAS; 2,9% T. Psicótico
Estados Unidos		
Poggio AB, Fornai F, Paparelli A, et al (2006)	46,2% dependentes de heroína; 53,8% dependentes de heroína e cocaína	Maior prevalência da depressão: 43,6% nos usuários de heroína e 29,5% para heroína e cocaína.
Itália		
Wedkind D, Jacobs S, Karg I, et al (2010)	60% dependentes heroína; 58% dependentes maconha; 40% dependentes benzodiazepínicos; 27% dependentes de álcool.	36,7% T. Ansiedade (13,3% fobia específica); 30% T. Afetivo (3,3% EDM)
Alemanha		
Weizman T, Gelkopf M, Melamed Y, et al (2003)	Amostra de dependentes de benzodiazepínicos.	50% TPAS; 37,9% T. de Humor 31,8% T. de Ansiedade 4,5% esquizofrenia
Israel		
Maremmani I, Pacini M, Lubrano S, et al (2008)	65,2% dos pacientes com diagnóstico duplo eram usuários de mais de 3 substâncias.	37,9% Bipolar tipo I; 19,7% Bipolar tipo II; 13,6% Depressão. 12,1% T. Ansiedade.
Itália		
Wobrock T Sittinger H, Behrendt B, et al (2008)	47% abuso de drogas; 45,6% dependentes de maconha.	100% esquizofrenia
Alemanha		

Continuação

Autor / Ano / País	Consumo de Substâncias	Comorbidades Psiquiátricas
Gilchrist G, Blazquez A, Torrens M 2011 Espanha	76,3% dependentes de cocaína; 62,7% dependentes de heroína; 39,8% dependentes de álcool.	58,6% Depressão; 33,1% TP Borderline; 22,9% TPAS
Herrero MJ, Salvany AD, Torrens M, et al 2008 Espanha	64,2% Dependência de cocaína; 72,5% abuso ou dependência de maconha; 58,3% abuso ou dependência do álcool.	27,5% T. Afetivo (18,3% EDM); 15% T. Ansiedade; 10% TPAS; 2,5% TDAH.
Casares-López, María José 2013 Espanha	41,3% cocaína; 32,9% heroína; 11,9% álcool.	86,2% TPAS; 43,1% EDM; 31,9% TAG; 20,7% Agorafobia; 12,9% TEPT; 12,9% T.Psicótico. 52,6% Risco de suicídio
Nordholm, Dorte 2007 Dinamarca	100% transtorno por uso de álcool (principal substância abusadora)	34% tinham algum Transtorno de Personalidade.
Vergara-Morangues, Esperanza 2010 Espanha	100% dependentes de cocaína; 52% dependentes de heroína; 41,7% dependentes de álcool; 26,1% dependentes de maconha.	21,1% TPAS; 20,2% T. Humor 15,6% T. Ansiedade
Zikos E, Gill KJ, Charney DA. 2010 Canadá	100% transtorno por uso de álcool apenas (podia haver a dependência de nicotina).	13% Boderline; 5% TPAS; TOC 10,7%; 9,6% esquiva;
Mackesy-Amiti, Mary E. 2012 Estados Unidos	96% injetado apenas heroína; 13% injetado heroína combinada com cocaína; 97,5% dependência de heroína. 44% e 35% preencheram os critérios para dependência e abuso, respectivamente, de outra substância.	Comparou a diferença entre homens e mulheres: 25% EDM Homens; 31% EDM nas mulheres; 23% TPAS homens 17% TPAS nas mulheres 20% Boderline homens 25% Boderline mulheres
Armstrong, Gregory 2013 Índia	93% usuários de tabaco; 7% usuários de álcool. Injetável: 97% buprenorfina e 77% heroína.	84% sintomas de depressão; 71% sintomas de ansiedade; 53% ideação suicida
Vega, William A. 2009 Estados Unidos	4,28% TUS em mulheres nascidas EUA. 12,52% TUS masculino nascidos EUA.	7,48% de diagnóstico duplo em mulheres nascida nos EUA; 16,88% de diagnóstico duplo em homens nascido nos EUA.
Pereiro, César 2013 Espanha	Principais dependências: 42,5% álcool, 35% opiáceos, 13% cocaína, 2,9% maconha e 2,2% outras substâncias.	56,3% tinha uma comorbidade (14,1% mais de uma). 22,3% T.Humor. 20,5% T.Personalidade 14,3% T. Ansiedade 6,6% Transtorno Distímico

Conclusão da Tabela 1. Características dos artigos analisados

Autor / Ano / País	Consumo de Substâncias	Comorbidades Psiquiátricas
Connor, Jason P. 2013 Austrália	46,4% dependência de cannabis. 56,8% dependência de maconha, álcool e tabaco; 19,8% cannabis e tabaco.	Os usuários de cannabis, álcool e tabaco tinham maior prevalência de depressão, ansiedade e sintomas psicóticos.
Martins, Silvia S 2009 Estados Unidos	Dependentes de opiáceos. 42% usuários de outras drogas. 76% dependentes de álcool.	T. Humor, T. Bipolar, T. Ansiedade e TAG foram associados ao uso de opióides.
Chen, Kevin W. 2011 Estados Unidos	Consumo por sexo, homens e mulheres, respectivamente: Qualquer dependência de substância atual (74,4% vs 84,1%); Cocaína (51,8% vs 66,7%); Cannabis (31,0% vs 19,7%) e Alucinógeno (4,9 % vs 13,1%).	60,6% diagnóstico duplo; 32,5% t. humor 32% t ansiedade 25,3% TPAS 24,2% T. Boderline 8,4% sintomas psicóticos
Mackowick, Kristen M. 2012 Estados Unidos	Uso passado: 71% álcool; 51% cocaína; 84% maconha.	100% esquizofrênicos.
Jonathan D. Savant 2013 Estados Unidos	99,6% abuso ou dependência de opiáceos vida. 7% de cocaína; 4% de álcool; 4% de maconha; 2% sedativos.	19% depressão atual 6% Distímia atual 1% mania passada
Carey, Michael P. 2004 Estados Unidos	74% dependentes de alguma substância. Ambulatório psiquiátrico	66% T Humor 34% Esquizofrenia ou T. pensamento
Koola, Maju Mathew 2012 Estados Unidos	77% uso de substâncias. 63% dependentes de maconha; 39% dependentes de álcool.	100% esquizofrenia, esquizofetiva ou psicose não especificada.
Tull, Matthew T. 2012 Estados Unidos	39% dependentes de álcool; 34% dependentes de cocaína; 22,6% dependentes de maconha; 10,1% dependentes de opiodes;	28,9% TAG; 21,4% Borderline 21,4% TEPT; 20,1% EDM 11,3% fobia específica 10,7% fobia social
Batki, Steven L. 2009 Estados Unidos	100% dependentes de álcool (95% dependência e 5% abuso) 86% fumantes; 54% usuários de cannabis; e 31% consumiram cocaína nos últimos 30 dias.	100% esquizofrênicos

Legenda: TP: transtorno de personalidade; TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático;
EDM: Episódio Depressivo Maior; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada;
TPAS: Transtorno de Personalidade Antissocial; TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade;
TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo.

4 DISCUSSÃO

O consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas configura-se como um grave problema de saúde pública³⁷. A coexistência com diagnósticos psiquiátricos, complicações médicas^{1,4,10,12,15,19}, judiciais^{4,10-12,13-14,20,22,25} e uma qualidade de vida limitada²⁵ tornam este cenário ainda mais complexo.

O predomínio de estudos realizados em países desenvolvidos pode refletir a relativa facilidade de acesso ao financiamento e recursos para a investigação, em contraposição aos países pobres³⁸. No tocante a maior abrangência de pesquisas realizadas em ambientes clínicos, estes dados corroboram com resultados obtidos anteriormente³⁸⁻³⁹.

O consumo do álcool predominou na maioria das pesquisas analisadas, seguido pelo uso da cocaína e da maconha. No entanto, a Organização Mundial de Saúde⁴⁰ considera a maconha como a substância ilícita de maior consumo mundial, como também outros estudos realizados tanto nos Estados Unidos⁴¹ como no Brasil⁴².

Por sua vez, as pesquisas^{12,29,32} que se referiram ao uso de opiáceos apresentaram alto percentil de indivíduos com dependência. Preconiza-se que o consumo desta substância é apontado como o principal tipo de droga implicado em mortes por overdose⁴⁰, tornando imprescindível à identificação deste consumo entre os usuários de drogas.

Deve-se salientar que as pesquisas revelaram que a maior prevalência não era do consumo de apenas uma substância, mas de um conjunto delas. O padrão de consumo múltiplo tornou-se frequente e reflete a tentativa de potencializar as sensações de prazer e diminuir os sintomas aversivos da abstinência⁴³.

Alguns fatores estão associados aos diferentes padrões de consumo das substâncias. Indivíduos com melhores condições de saúde, nível educacional elevado e nenhum histórico de prisão estavam relacionados a padrões de uso recente e em menor quantidade^{9,11}. Por outro lado, usuários com transtornos psiquiátricos comórbidos eram propensos a relatarem menor nível educacional, pior situação de trabalho, serem solteiros, faixa etária dos 30 aos 40 anos, maiores índices de prisões e risco de suicídio, pior prognóstico e familiares de primeiro e segundo grau com transtorno por uso de substância¹⁸.

Considera-se primordial elencar as características individuais que podem atuar como fator de risco na predisposição e manutenção da dependência química, bem como quais são as particularidades que podem intervir como fatores de proteção. Neste sentido, os fatores de risco e de proteção englobam aspectos biológicos (como gênero sexual), genéticos, de

relacionamento (por exemplo, estado civil) e interação social, aspectos familiares, culturais (como grau de instrução), o acesso às drogas e os efeitos delas sobre o indivíduo^{37,44}.

Presumiu-se que a dependência química pode iniciar a partir do consumo problemático do álcool, que apresentou idades de início inferior a outras drogas⁹. Neste contexto, as prevenções devem ocorrer em idades precoces, visando a uma redução de danos futuros. Nas escolas, a abordagem preventiva deve contemplar valores éticos e os aspectos de uma vida saudável, em detrimento de enfatizar apenas uma discussão sobre os diferentes tipos de drogas, com a finalidade de construir múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção⁴⁵.

Quanto a presença de transtornos psiquiátricos em usuários de drogas, constatou-se a ocorrência de mais de uma desordem psiquiátrica no mesmo indivíduo^{7,9-11,15,17,23,30}. Pesquisas revelaram que o número médio de transtorno de personalidade⁷ para quem tinha pelo menos um era de 2,15 e que 16,2% dos homens e 23,3% das mulheres tinham três ou mais diagnósticos psiquiátricos³⁰.

Acredita-se que os problemas de uso de substância e transtornos psiquiátricos são comuns dentro dos serviços de saúde mental, sendo considerados como habitual, em vez de excepcional⁴⁶. Nesta perspectiva, o modelo de tratamento recomendado para indivíduos com diagnóstico duplo é o integrado, o qual visa aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento, esclarecer a relação entre o consumo de substâncias e os quadros psiquiátricos, e manter as intervenções simultâneas em ambos os distúrbios⁴⁷.

Os artigos analisados utilizaram diferentes metodologias, entretanto a maioria apresentou altas porcentagens de dependentes químicos entre os participantes e os resultados convergiram para a presença de transtornos psiquiátricos nesta população. Ademais, deve-se fazer uma ressalva de que um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro, sendo necessário um diagnóstico diferencial.

5 CONCLUSÃO

A relação entre os transtornos psiquiátricos e consumo de substâncias foi descrita por todos os 33 artigos analisados. O alto índice de diagnóstico duplo, nas populações estudadas, sugere que os programas de tratamento incluam no seu planejamento terapêutico uma avaliação psiquiátrica, a fim de se obter dados que confirmem quando houver a associação entre ambas às patologias. Embora se considere que o diagnóstico duplo ocorra em maior escala nos desempregados, solteiros e de baixa escolaridade, esta avaliação não deve ser negligenciada em nenhum dos indivíduos atendidos para o tratamento especializado.

6 LIMITAÇÕES

Em estudos posteriores, sugere-se investigar as vias de consumo das substâncias ilícitas, devido às diferentes reações dos efeitos deste uso e o tempo de ação no organismo, que podem exacerbar os sintomas psiquiátricos e da própria dependência. Questionar e conhecer os motivos que justificam e conduzem ao uso exagerado pode servir como fonte de prevenção, além de subsidiar o tratamento psicossocial. Ademais, é importante considerar que os resultados obtidos são limitados às condições metodológicas deste estudo e, portanto, devem ser generalizados com cautela.

REFERÊNCIAS

- 1- ARIAS, Francisco, et al. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. **Rev. Psiquitría y Salud Mental**. 2013;6(3):121-128.
- 2- ALVES, Hamer; KESSLER, F.; RATTO, L. R. Comorbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos [Comorbidity: Alcohol use and other psychiatric disorders]. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 51-53, 2004.
- 3- MERCHÁN-HAMANN, Edgar, et al. Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico en siete Países de latinoamérica y uno del Caribe. **Texto Contexto Enferm**. 2012; 21(Esp):87-95.
- 4- CASARES-LÓPEZ, Maria José, et al. Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. **Adicciones**. 2011;23(1):37-44
- 5- PACEK, Lauren; MALCOLM, R; MARTINS, S. Race/Ethnicity Differences between Alcohol, Marijuana, and Co-occurring Alcohol and Marijuana Use Disorders and Their Association with Public Health and Social Problems Using a National Sample. **The American Journal on Addictions**. 2012;21:435–444
- 6- URRÚTIA, Gerard; BONFILL, X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. **Med Clin (Barc)**. 2010;135(11):507–511
- 7- COLPAERT, Kathy et al. Prevalence and determinants of personality disorders in a clinical sample of alcohol-, drug-, and dual-dependent patients. **Substance use & misuse**, v. 47, n. 6, p. 649-661, 2012.
- 8- MONTOYA, Isaac D. et al. Posttraumatic stress disorder among Hispanic and African-American drug users. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 29, n. 4, p. 729-741, 2003.
- 9- CUENCA-ROYO, Aida et al. Comorbilidad psiquiátrica en jóvenes-adultos consumidores de cannabis. **Adicciones**. 2013;25(1):45-54
- 10- NOCON, Agnes et al. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. **European Addiction Research**, v. 13, n. 4, p. 192-200, 2006.
- 11- TORTAJADA, Silvia, et al. Morbilidad psiquiátrica en consumidores de cocaína y heroína reclutados en la comunidad. **Adicciones**. 2012;24(3):201-210
- 12- ZAHARI, Muhammad Muhsin et al. Psychiatric and substance abuse comorbidity among HIV seropositive and HIV seronegative prisoners in Malaysia. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2010.
- 13- GRELLA, Christine E. et al. Diagnostic profiles of offenders in substance abuse treatment programs. **Behavioral sciences & the law**, v. 26, n. 4, p. 369-388, 2008.

- 14- BANDETTINI DI POGGIO, Adolfo et al. Comparison between Heroin and Heroin-Cocaine Polyabusers. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1074, n. 1, p. 438-445, 2006.
- 15- WEDEKIND, Dirk et al. Psychiatric comorbidity and additional abuse of drugs in maintenance treatment with L-and D, L-methadone. **World Journal of Biological Psychiatry**, v. 11, n. 2_2, p. 390-399, 2010.
- 16- WEIZMAN, Tal et al. Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patients: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 2003;37(4):458-463
- 17- MAREMMANI, Icro et. al. Long-Term Outcomes of Treatment-Resistant Heroin Addicts with and without DSM-IV Axis 1 Psychiatric Comorbidity (Dual Diagnosis). **Eur Addict Res.** 2008;14(3):134–142.
- 18- SITTINGER, Helmut et al. Comorbid substance abuse and neurocognitive function in recent-onset schizophrenia. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 257, n. 4, p. 203-210, 2007.
- 19- GILCHRIST, Gail; BLAZQUEZ, Alicia; TORRENS, Marta. Psychiatric, behavioural and social risk factors for HIV infection among female drug users. **AIDS and Behavior**, v. 15, n. 8, p. 1834-1843, 2011.
- 20- HERRERO, M. Jesus Et. al. Personality Profile in Young Current Regular Users of Cocaine. **Substance Use & Misuse.** 2008;43(10):1378–1394
- 21- NORDHOLM, Dorte; NIELSEN, Bent. Personality disorders among danish alcoholics attending outpatient treatment. **European addiction research**, v. 13, n. 4, p. 222-229, 2006.
- 22- VERGARA-MORAGUES, Esperanza et al. Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados em dependientes de cocaína tratados en Comunidade terapêutica. **Adicciones.** 2013;25(2):128-13
- 23- ZIKOS, Eugenia; GILL, Kathryn J.; CHARNEY, Dara A. Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**, v. 55, n. 2, p. 65-73, 2010.
- 24- MACKESY-AMITI, Mary E.; DONENBERG, Geri R.; OUELLET, Lawrence J. Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. **Drug and alcohol dependence**, v. 124, n. 1, p. 70-78, 2012.
- 25- ARMSTRONG, Gregory et al. Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. **BMC psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 151, 2013.
- 26- VEGA, William A. et al. Prevalence and correlates of dual diagnoses in US Latinos. **Drug and alcohol dependence**, v. 100, n. 1, p. 32-38, 2009.

- 27- PEREIRO, César et al. Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The copsiad Study. **Plus one**. June 18, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.006645
- 28- CONNOR, Jason P. et al. Polysubstance use in cannabis users referred for treatment: drug use profiles, psychiatric comorbidity and cannabis-related beliefs. **Frontiers in psychiatry**, v. 4, 2013.
- 29- MARTINS, Silvia et al. Pathways between nonmedical opioid use/dependence and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Drug Alcohol Depend.** 2009;103(1-2):16–24
- 30- CHEN, Kevin W. et. al. An Examination of Psychiatric Comorbidities as a Function of Gender and Substance Type within an Inpatient Substance Use Treatment Program. **Drug Alcohol Depend.** 2011 November 1; 118(2-3): 92–99. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003.
- 31- MACKOWICK, Kristen M. et al. Illicit drug use in heavy smokers with and without schizophrenia. **Schizophrenia research**, v. 139, n. 1, p. 194-200, 2012.
- 32- SAVANT, Jonathan D. et al. Prevalence of mood and substance use disorders among patients seeking primary care office-based buprenorphine/naloxone treatment. **Drug Alcohol Depend.** 2013; 27(1-3):243-7
- 33- CAREY, Michael P. et al. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 192, n. 4, p. 289, 2004.
- 34- KOOLA, Maju Mathew et al. Alcohol and cannabis use and mortality in people with schizophrenia and related psychotic disorders. **Journal of psychiatric research**, v. 46, n. 8, p. 987-993, 2012.
- 35- TULL, Matthew T.; GRATZ, Kim L. The impact of borderline personality disorder on residential substance abuse treatment dropout among men. **Drug and alcohol dependence**, v. 121, n. 1, p. 97-102, 2012.
- 36- BATKI, Steven L. et al. Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. **Schizophrenia research**, v. 107, n. 2, p. 139-146, 2009.
- 37- SILVA, Cristiane Ribeiro da et al. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. **Aletheia**, n. 30, p. 101-112, 2009.
- 38- SABAN, Amina; FLISHER, Alan J. The association between psychopathology and substance use in young people: a review of the literature. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 42, n. 1, p. 37-47, 2010.
- 39- CACCIOLA, JS; DUGOSH, K. Co-occurring substance use and mental disorders: an annotated bibliography. Philadelphia, DeltaMetrics, 2003

- 40- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report**, 2014, United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7.
41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: **Substance Abuse and Mental Health Services Administration**, 2013.
42. CARLINI, Elisaldo et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- 43- DIEHL, Alessandra et al. **Dependência Química** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 44- Melo, Maria Taís et al. **Prevenção à Dependência Química**. Palmas: UNITINS. 2011
- 45- Ministério da saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2004.
- 46- HUGHES, Elizabeth et al. Training in dual diagnosis interventions (the COMO Study): Randomised controlled trial. **BMC psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 12, 2008.
- 47- ZALESKI, Marcos et al . 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. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 28, n. 2, June 2006.

6 MÉTODO

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo analítico e transversal com abordagem quantitativa. A variável independente (VI) consiste nos participantes e a variável dependente são os transtornos psiquiátricos.

O método de amostragem escolhido foi não – probabilista do tipo intencional (MARCONI; LAKATOS, 2003), realizado em dois centros de referência especializados no tratamento de dependentes químicos, de janeiro a novembro de 2014. Durante este período, em dias úteis, a pesquisadora ficou dois dias nos locais para fins de aplicação dos instrumentos da pesquisa.

6.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em dois centros de referência de tratamento de dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa-PB, os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad): O CAPSad David Capistrano, localizado no bairro do Rangel em João Pessoa/PB, e no CAPS AD Primavera, localizado na cidade de Cabedelo/PB. Trata-se de centros clínicos para usuários de álcool e outras drogas, com programas terapêuticos que incluem atendimento ambulatorial individual psiquiátrico e psicoterapêutico, além de atividades terapêuticas em grupo envolvendo a participação da família.

6.3 População Alvo

Foram convidados a participar desta pesquisa os pacientes dependentes químicos, a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos, usuários em atendimento nos CAPSad selecionados para o estudo e que concordassem com a participação voluntária.

Foram excluídos os voluntários com limitação cognitiva, com quadro grave de surto psicótico e que estavam sob o efeito de drogas que impedissem a avaliação efetiva por meio dos instrumentos empregados neste estudo.

6.4 Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos com objetivos diferentes. São estes: questionário sociodemográfico (APÊNDICE A), o Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST) (ANEXO D) e o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) (ANEXO E).

O questionário sociodemográfico, estruturado e elaborado pelos autores desta pesquisa, contém informações sobre idade, sexo, etnia, estado civil, religião, escolaridade, ocupação atual, renda financeira dos participantes, idade do início do consumo de substâncias, atos ilícitos, utilização dos serviços de saúde, histórico de internação por consumo de substâncias e parentescos com usuários de drogas.

O Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por um grupo internacional de pesquisadores, em 2002, consiste em um questionário de triagem breve (7-9 minutos) e de fácil aplicação, composto por oito questões para detectar o padrão de consumo de baixo risco, nocivo ou provável dependência de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos) (HUMENIUK, R.; POZNYAK, 2004).

A versão brasileira do ASSIST apresentou escores significativos correlacionados positivamente a outras medidas de uso, abuso ou dependência (i.e, MINI-Plus e o “*Addiction Severity Index*” – AIS), boa sensibilidade, especificidade, consistência interna e validade, sugerindo sua utilidade na detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. (HENRIQUE, I. F. S.; MICHELI, D.; LACERDA, 2004).

Para identificar os transtornos psiquiátricos, empregou-se a entrevista diagnóstica Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), que foi traduzida e adaptada para a população brasileira por Amorim (2000). Consiste em um questionário breve (15-30 minutos), com questões dicotômicas, compatível com os critérios do DSM – III – R/IV e da CID-10, e inclui os principais transtornos do Eixo I, o risco de suicídio e o transtorno de personalidade antissocial (AMORIM, 2000).

Até o momento de realização desta pesquisa não foi publicado uma entrevista nos padrões da M.I.N.I. baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM – 5).

6.5 Treinamento dos instrumentos

Para que os instrumentos fossem aplicados na pesquisa de campo, houve um treinamento prévio com um examinador padrão devidamente qualificado e experiente no manuseio de ambos os instrumentos utilizados.

6.6 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa teve início após a expressa aprovação do comitê de ética (ANEXO F), CAAE nº 23496813.0.0000.5208. Os usuários, ao participarem das atividades regulares dos centros em questão, eram informados sobre a realização desta pesquisa, dos objetivos e métodos, sendo, então, consultados a respeito do seu interesse em participar.

Aqueles que tinham interesse, e que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) [Apêndice B], o qual lhe garantiu anonimato, sigilo e os informou sobre os procedimentos éticos.

Os instrumentos foram aplicados em apenas uma entrevista, com duração média de cinquenta minutos, pela pesquisadora responsável.

6.7 Aspectos Éticos

O estudo seguiu as orientações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Antes da coleta dos dados, os pacientes concordaram, de forma voluntária, em participar do estudo, após conhecer os objetivos do mesmo e assinar o TCLE (APÊNDICE A), aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), CAAE nº 23496813.0.0000.5208, incluindo cópia do mesmo, em duas vias (uma ficou de posse do voluntário, e a segunda de posse do pesquisador). Foram recolhidas cartas de anuência nos dois estabelecimentos de saúde indicados como campos da pesquisa indicando a concordância com a realização desta.

Em relação aos benefícios diretos da pesquisa, podemos elencar como possibilidades: elaboração de projeto terapêutico individual mais adequado às suas queixas, a partir de informações qualificadas e com mais dados sobre o seu quadro clínico; possibilidade de maior esclarecimento sobre a dependência química, oferecendo informações pertinentes sobre o processo de adoecimento. Se durante a entrevista houver evidência de que há algum transtorno, receberá tratamento adequado no próprio serviço em questão.

O paciente teve garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Não foi necessário colocar seu nome nos questionários, objetivando manter a integridade da identidade dos participantes. Os resultados, favoráveis ou não, poderão ser publicados, mas sua identidade não será revelada.

O constrangimento em responder perguntas relacionadas à renda mensal e demais dados pessoais será minimizada por meio de realização de entrevistas em ambiente reservado.

Essa pesquisa pode causar um mínimo desconforto (cansaço no fornecimento das informações) ou constrangimento devido à natureza de suas perguntas, que podem causar sensibilização ou emoção nos participantes. Foi evitado qualquer tipo de coerção quanto à participação. Qualquer procedimento podia ser suspenso caso o paciente não suportasse ou não quisesse prosseguir. Quando observados danos à sua saúde durante os atendimentos e a aplicação da pesquisa, o indivíduo foi atendido no próprio estabelecimento de saúde por equipe especializada, composta por médico, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

O indivíduo não precisou ir à unidade de saúde onde é atendido exclusivamente para participar desta pesquisa. Isto ocorreu durante as atividades regulares realizadas no serviço. Ademais, os voluntários não receberam qualquer ressarcimento por sua participação.

Os dados coletados pela pesquisa foram armazenados pelo pesquisador em seu arquivo pessoal, no endereço da pesquisadora constante no TCLE, além de terem sido conservadas cópias dos mesmos no próprio local de tratamento em armário guardado pelo auxiliar administrativo do serviço, pelo período mínimo de cinco anos da realização da pesquisa.

A pesquisadora se responsabilizou pelas despesas de custeio e de pessoal geradas pela pesquisa.

6.8 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada a partir de um banco de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21. A análise descritiva incluiu as medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão), frequências e porcentagens. A análise inferencial foi por meio do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e da Regressão de Poisson. Empregou-se o estimador robusto para diminuir o erro dos modelos e nas regressões multivariadas o método de entrada adotado foi o *Stepwise*. A significância aceita foi menor ou igual a 0.05.

7 RESULTADOS

7.1 Estudo Piloto – artigo de comunicação breve (Apêndice C)

1. Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users

2. Psychiatric comorbidities among drug users

3. Mariana Bandeira Formiga¹.

¹Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

Selene Cordeiro Vasconcelos².

²Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino³.

³Department of Psychology, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Murilo Duarte da Costa Lima⁴.

⁴Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil.

4. Av. Fernando Luis Henrique dos Santos, 226. CEP: 58037-050. João Pessoa, Paraíba, Brazil. E-mail: marianabandeiraf@gmail.com +55 83 87454044

ABSTRACT:

Objective: To identify psychiatric comorbidities and variables associated with drug use.

Method: A cross-sectional study with a quantitative approach, using instruments of psychiatric, socioeconomic and substance use research. **Results:** The sample was divided into group 1 (71.8%, n = 46), consisting of drug users, and group 2 (28%, n = 18), with participants in abstinence from drugs. The prevalent psychiatric disorders among groups 1 and 2, respectively, were: Major Depressive Episode, 43.4% and 38.8%; Posttraumatic stress disorder, 17.3% and 11.1%; Agoraphobia, 15.2% and 16.6%; Generalized Anxiety Disorder, 15.2% and 5.5%; Social phobia, 8.6% and 22.2%. The associated variables were gender, age, marital status, education, employment status and infractions. **Conclusions:** It was noted that there are mental disorders, increased risk and attempt of suicide related to a drug. Given the high prevalence of dual diagnosis among drug users, early integration of psychiatric assessment, differential diagnosis and interventions that integrate both conditions are recommended.

Key words: comorbidity; dual diagnosis; substance-related disorders; mental disorders; drug users.

INTRODUCTION

Psychiatric comorbidity, or dual diagnosis, refers to the coexistence of a disorder by psychoactive substance use and other psychiatric disorders (Diehl et al, 2011). This fact has hindered the diagnosis and appropriate treatment (Lee KK, 2014), in spite of showing higher social impairment, the individual who carries the disorder presents suicidal ideation and attempts suicide, has higher unemployment rates, and is more involvement with violent incidents by performing criminal behavior (Cordeiro, 2013).

Some hypotheses seek to explain the etiology of dual diagnosis: the association between the two pathologies may occur as a result of the same neurobiological root (hypothesis of common etiology); The presence of only one of the disorders would make the individual vulnerable to the emergence of the second and then both would influence one another (bi-directional case); the suffering resulting from the clinical psychiatric condition would drive the individual to search for substance use in order to get relief (use of substances secondary to psychiatric disorder hypothesis); or as a consequence of the effects that the consumption of the substances cause to the body (psychiatric disorder secondary to substance use hypothesis) (Diehl et al, 2011).

In view of what has been exposed above, this study aims to identify psychiatric comorbidities and variables associated with drug use.

METHODS

It is a cross-sectional study with a quantitative approach, approved by the Ethics Committee. Data were collected after participants signed an informed consent. Individual interviews lasting an average of fifty minutes were carried out in two reference centers for addiction treatment (Psychosocial Centers for Alcohol and other Drugs - CAPSad), in the metropolitan area of João Pessoa, Brazil.

The instruments used were: a Sociodemographic questionnaire to describe the sample; The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) to identify substance use in dependent users or participants in abstinence from drugs for three months; and the Mini International Neuropsychiatric Interview to identify psychiatric disorders.

The participants of the sample were 64 (sixty-four) people of both genders, all of them over 18 years of age. Subjects with cognitive limitations, with severe current psychotic break and who were under the influence of drugs were excluded.

For data analysis, the statistical software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 19.0 was used. Descriptive statistics was conducted to characterize the sample, the dual diagnosis was calculated by frequency and the chi-square test found significant associations between variables.

RESULTS

From the group of participants, 89% (n = 57) were male and 11% (n = 07) women, with male average age of 43.32 years (SD $\pm$ 1.5) and female of 41.29 years (SD $\pm$ 4.07). Most of them were Catholic (50%, n = 32), single (51.6%, n = 33), black (64.1%, n = 41), with average schooling of 6-9 years of studies (28.1%, n = 18), unemployed (40.6%, n = 25) and 39.1% (n = 25) had already committed an infraction. The first substance tried was alcohol (76.6%, n = 49) with average age of 15.52 years (SD $\pm$ 4.04), while tobacco and illicit substances were at the ages of 16.36 years (SD $\pm$ 6.22) and 16.47 years (SD $\pm$ 4.04), respectively.

The sample was divided into group 1 (71.8%, n = 46), consisting of drug users, and group 2 (28%, n = 18), participants in abstinence from drugs for three month, except for tobacco that was not taken into account. The higher consumption of illicit substances were marijuana (n = 11) and crack cocaine (n = 11), cocaine (n = 9) and amphetamines (n = 3).

In Group 1, 39% (n = 25) were only ethyl users and 33% (n = 21) alcohol and drug users. 61% (n = 39) of the respondents were smokers, 43% in group 1 (n = 32) and 18% (n = 7) in group 2. From Group 1, 37% (n = 17) were poliusers, being 15.2% (n = 7) dependent on two substances and 22% (n = 10) dependent on three or more types of drugs.

The prevalence of psychiatric disorders is described in Table 1. The prevalence of dual diagnosis in group 1 was 56.5% (n = 26) and the prevalence of psychiatric disorders in group 2 was 48% (n = 12). From the participants who had a psychiatric disorder (n = 34), 61.7% (n = 21) met the diagnostic criteria for more than one mental disorder than those that characterized the dual diagnosis.

There was a statistically significant association between either a current or past major depressive episode (MDE) with the crack consumption, with an incidence of 75% ($\chi^2 = 9.42$,

DF = 1, $p < 0.05$), as the Post - traumatic Stress Disorder (PTSD) with the use of marijuana, related to 38.4% ($\chi^2 = 6.06$, DF = 1, $p < 0.05$).

The prevalence of moderate or high suicide risk and suicide attempts are described in Table 1. There was a statistically significant association between suicide risk and cocaine (55.5%, $n = 5$; $\chi^2 = 6.95$, DF = 1, $p < 0.05$), marijuana (53.8%, $n = 7$, $\chi^2 = 9.76$, DF = 1, $p < 0.05$) and crack cocaine (50% $n = 8$, $\chi^2 = 9.87$, DF = 1, $p < 0.05$) dependence. Users of marijuana and crack were significantly associated with suicide attempts with an incidence of 61.5% ($n = 8$) ($\chi^2 = 4.02$, DF = 1, $p < 0.05$) and 50% ($n = 8$) ($\chi^2 = 5.78$, DF = 1, $p < 0.05$), respectively.

Table 1 Psychiatric disorders, suicide risk and suicide attempts prevalent in Groups 1 and 2

Psychiatric disorders	Groups			
	Group 1 (consisting of users) (n = 46)		Group 2 (participants in abstinence) (n = 18)	
	n	%	n	%
Mood disorders				
Depressive episode	20	43,4	07	38,8
Dysthymic disorder	01	2,1	01	5,5
Current Manic Episode	01	2,1	01	5,5
Current Psychotic Syndrome	02	4,3	01	5,5
Mood Disorder with Psychotic Symptoms	01	2,1	01	5,5
Anxiety Disorders				
Panic disorder	02	4,3	-	-
Agoraphobia	07	15,2	03	16,6
Panic disorder with Agoraphobia	03	6,5	-	-
Social Phobia	04	8,6	04	22,2
Obsessive - Compulsive Disorder	03	6,5	03	16,6
Generalised anxiety disorder (GAD)	07	15,2	01	5,5
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	08	17,3	02	11,1
Antisocial personality disorder	04	8,6	04	22,2

Table 1. Continuation. Psychiatric comorbidity, suicide risk and suicide attempts prevalent in Groups 1 and 2

Psychiatric disorders	Groups			
	Group 1 (consisting of users) (n = 46)		Group 2 (participants in abstinence)(n= 18)	
	N	%	N	%
Suicide				
Moderate or high suicide risks	12	26	2	11,1
Moderate or high suicide attempts	18	39,1	06	33,3

DISCUSSION

Sample characteristics of this article exposed relative similarity in variables such as gender, age, marital status, education, employment status and infractions (Costa and Oliveira, 2012; Oliveira et al, 2013).

Drug use and associated factors permeate the user's life and their family weakening marital and social ties (Capistrano et al, 2013), due to inappropriate behavior and relationship patterns, in which the addicted individual prioritizes the act of consuming the drug at the expense of other individual and collective life activities (Gigliotti and Bessa, 2004).

The consumption of drugs, the need to work at an early age, the engagement and the acquisition of money on marginal activities might foster high unemployment (Sanchez and Nappo, 2002) and affect the fulfillment of responsibilities (Gabat, 2013). In this sense, it is a challenge to reinsert a former drug user in the labor market as a result of work experience and educational qualifications scarcity. In turn, infractions have been linked to the consumption of drugs (Ferreira et al, 2013; Machado and Monteiro, 2013) and dual diagnosis has increased this vulnerability (Lühning et al, 2014; Wandekoken and Siqueira, 2013).

The use of multiple substances was a reality found in this article, similar to that described in the literature (Ribeiro and Laranjeira, 2010; Diehl et al, 2011; Costa and Oliveira, 2012; Zanelatto and Laranjeira, 2013), as the following associated factors: search for

maximization of sensations perceived as pleasurable by the user, minimization of effects related to intoxication and abstinence, as well as reflecting drugs availability and the consumption patterns which are specific of some contexts (Diehl et al, 2011; Moraes and Torrecillas, 2013).

The presence of a major depressive episode in crack users may be related to the severity of dependence and combined psychosocial factors. These individuals usually adopt a pattern of progressive, intensive and frequent use, and undermine various aspects of their life (work, affective relationships, family) (Ribeiro and Laranjeira, 2010). In addition, substance use occurs in the context of other high-risk behaviors that increase the likelihood of exposure to potentially traumatic events, thus increasing the likelihood of developing the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) (Edwards et al, 2005).

Dependence on alcohol and illicit drugs increases six times the suicide mortality compared to the general population (Bessa, 2010) and the presence of comorbid psychiatric disorders (depressive disorders, anxiety and personality) is another aspect that accentuates this risk (Edwards et al, 2005; Almeida et al, 2013).

It is believed that the association between the substance use and mental disorders is usual rather than exceptional, implying that the major disorders should be investigated initially and during treatment (Ribeiro and Laranjeira, 2010). So, these people have a higher prevalence of psychiatric comorbidity, difficulty in entering the labor market and inadequate behaviors (Torcato, 2013).

CONCLUSION

This study identified drug users profile in treatment as predominantly male, single, black, with low levels of schooling, unemployed and vulnerable to practice infractions.

It also showed that the most prevalent psychiatric comorbidities were: Major Depressive Episode; Post-traumatic stress disorder; Agoraphobia; Generalized Anxiety Disorder; Social phobia; Obsessive Compulsive Disorder. It is noted that this co-morbid condition makes the individual more vulnerable to problems associated with drug use described in this study, in which disorders affect one another.

Furthermore, it was observed that there are substance-related mental disorders, such as Major Depressive Episode and crack cocaine, marijuana and post-traumatic stress disorder. It was noticed that there is an increased risk of suicide with cocaine, marijuana and crack addiction; and suicide attempts with marijuana and crack.

Given the high prevalence of dual diagnosis among drug users, it is recommended that centers for substance abuse treatment introduce a psychiatric evaluation, have professionals who are capable of making a differential diagnosis and devising interventions that integrate both pathologies.

ACKNOWLEDGEMENTS

The first author acknowledges the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) for the financial support.

REFERENCES

- Almeida, R.M.M., Floresb, A.C.S., Schefferb, M. (2013). Suicidal Ideation, Problem Solving, Expression of Anger and Impulsiveness in Dependents on Psychoactive Substances. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (1), 1-9.
- Bessa, M.A. (2010). Suicídio e álcool e drogas. In: Debates psiquiatria hoje, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2 (1): 19-20.
- Capistrano, F.C., Ferreira, A.C.Z., Maftum, M.A., *et al.* (2013). Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enferm.*, Jul/Set; 18(3):468-74
- Cordeiro, D.C., & Diehl, A. (2011). Comorbidades Psiquiátricas. In A. Diehl, D. Cordeiro, R. Laranjeira, *Dependência química – prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 106-118). Porto Alegre: Artmed.
- Cordeiro, D.C. (2013). Dependência química: conceituação e modelos teóricos. In N.A. Zanelatto, R., Laranjeira, *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 25-32). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, M.L.P., Oliveira, L.C.M. (2012). Comorbidities of mental and behavioral disorders in chemically dependent patients in different periods of abstinence. *J Bras Psiquiatr*, 61(3):139-47.

Edwards, G., Marshall, E.J., & Cook, C.C.H. (2005). Problemas com álcool e co-morbidade psiquiátrica. In G, Edwards, E.J., Marshall, & C.C.H., Cook, *O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais da saúde* (pp. 105-123). Porto Alegre: Artmed.

Ferreira, A.N.M., Barros, A., Silva, L.A. (2013). Os adolescentes em conflito com a lei no contexto do estado neoliberal. *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits*, v. 1, n.2, p. 75-85.

Gabatz, R.I.B., Schmidt, A.L., Terra, M.G., *et al.* (2013). Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34(1):140-146.

Gigliotti, A., Bessa, M.A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl I): 11-13.

Lee, K.K., Harrison, K., Mills, K., Katherine, M. (2014). Needs of Aboriginal Australian women with comorbid mental and alcohol and other drug use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 33, 473–481. DOI: 10.1111/dar.12127

Lühning, G., Gauer, G., Vasconcellos, S., *et al.* (2014). Correlação entre traços de psicopatia e abuso de drogas em uma amostra de adolescentes brasileiros em conflito com a lei. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 30; 2(1):29-39.

Machado, D.G., Monteiro, C.F.S. (2013). Repercussion of the use of crack in its users: systematic review of literature. *Rev Enferm UFPI*, 2(spe):80-4.

Moraes, T.P.B., Torrecillas, G.L.S. Mental Circuits of “Cheap” Chemical Pleasure: an Evolutionary Psychology Perspective on Psychoactive Drugs and Addiction. *UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.*, Londrina, v. 14, n. 2, p. 143-149.

Oliveira, E.N., Silva, M.W.P., Eloia, S.C., *et al.* (2013). Caracterização da clientela atendida em Centro de Atenção Psicossocial –Álcool e Drogas. *Rev Rene*, 14(4):748-56.

Ribeiro, M. (2010). Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In M., Ribeiro, & R., Laranjeira, *O tratamento do usuário do crack – avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação, ambientes de tratamento* (pp. 187-207). Porto Alegre: Artmed.

Sanchez, Z.V.M., Nappo, S.A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*, 36(4):420-30

Torcatto, C.E.M., Soares, C.B., Corradi-Webster, C.M., *et al.* Drogas e Sociedade. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, vol. 4, núm. 2, pp. i-iv.

Wandekoken, K.D., Siqueira, M.M. (2013). Uso de Crack: É possível o (Re)encantamento?. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 54-59.

7.2 Resultado Final – Artigo original (Apêndice D)

1. Title: Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs

2. Short title: dual diagnosis in drug users

3. Authors:

Mariana Bandeira Formiga¹.

¹Psychologist, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

Selene Cordeiro Vasconcelos².

²Psychologist, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino³.

³ Psychologist, Department of Psychology, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Murilo Duarte da Costa Lima⁴.

⁴Psychiatrist, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

4. Av. Fernando Luis Henrique dos Santos, 226. CEP: 58037-050. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: marianabandeiraf@gmail.com +55 83 87454044

ABSTRACT: The substance use disorders may occur simultaneously with psychiatric disorders, characterizing the dual diagnosis. Objective: To compare the prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs, to identify psychiatric disorders in abstinent users, to identify substances with greater use and to associate the occurrence of another psychiatric disorder. Method: it is an analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, non-probabilistic intentional sampling, carried out in two centers for drug addiction treatment, by means of individual interviews. A sociodemographic questionnaire, the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) were used. Results: 110 volunteers divided into abstinent users (group 1), alcoholics (group 2) and users of alcohol and illicit drugs (group 3). The substances were alcohol, tobacco, crack and marijuana. A higher prevalence of dual diagnosis in group 3 (71.8%) was observed, which decreased in group 2 (60%) and 37.1% of drug abstinent users had psychiatric disorder. Dual diagnosis was associated with the risk of suicide, suicide attempts and the practice of infractions. The crack consumption was associated with the occurrence of major depressive episode and antisocial personality disorder. It was concluded that the illicit drug users had a higher prevalence of dual diagnosis showing the severity of this clinical condition. It is considered essential that this clinical reality is included in intervention strategies in order to decrease the negative effects of consumption of these substances and provide better quality of life for these people.

Keywords: substance use disorder; drug users; dual diagnosis; psychiatric comorbidity.

RESUMEN: Los trastornos por consumo de sustancias pueden ocurrir simultáneamente con trastornos psiquiátricos, la caracterización de la patología dual. **Objetivo:** Comparar la prevalencia de patología dual en usuarios de drogas legales e ilegales, para identificar los trastornos psiquiátricos en los usuarios de abstinencia, para identificar las sustancias con un mayor uso y asociar la presencia de otro trastorno psiquiátrico. **Método:** se trata de un estudio analítico, transversal, con un enfoque cuantitativo, el muestreo intencional no probabilístico, llevado a cabo en dos centros de tratamiento de adicción a las drogas, a través de entrevistas individuales. Un cuestionario sociodemográfico, el alcohol, se utilizaron Fumar y Participación de Sustancias Screening Test (ASSIST) y el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). **Resultados:** 110 voluntarios divididos en usuarios abstinentes (grupo 1), alcohólicos (grupo 2) y usuarios de alcohol y de drogas ilícitas (grupo 3). Las sustancias fueron el alcohol, el tabaco, el crack y marihuana. Se observó una mayor prevalencia de patología dual en el grupo 3 (71,8%), que se redujo en el grupo 2 (60%) y el 37,1% de los usuarios de abstinencia de drogas tenido trastorno psiquiátrico. El diagnóstico dual se asoció con el riesgo de suicidio, intentos de suicidio y la práctica de infracciones. El consumo de crack se asoció con la aparición de un episodio depresivo mayor y el trastorno de personalidad antisocial. Se concluyó que los usuarios de drogas ilícitas tenían una mayor prevalencia de patología dual que muestra la gravedad de esta situación clínica. Se considera esencial que esta realidad clínica está incluido en las estrategias de intervención con el fin de disminuir los efectos negativos del consumo de estas sustancias y proporcionar una mejor calidad de vida de estas personas.

Palabras clave: trastorno por uso de sustancias; los consumidores de drogas; diagnóstico dual; comorbilidad psiquiátrica.

Introduction

The substance use disorder (SUD) refers to the pathological pattern of behavior related to licit and illicit drugs^[1]. The World Health Organization (WHO), through the United Nations Office on Drugs and Crime, identified that substance use has increased in proportion with population growth^[2]. From the world's population, two billion drink alcohol^[3] and 5% use illicit drugs^[2].

According to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, in the European Union (EU) one quarter of the adult population consumed illicit drugs at some point in their lives^[4]. The National Survey on Drug Use and Health (NSDUH, 2013) in the United States found that 39% of young people consume alcohol excessively and 21% use other drugs^[5]. In Brazil, the II National Alcohol and Drug Survey^[6] (II LENAD) found that 17% of drinkers are dependent on alcohol^[6], the average of alcohol consumption is greater than the global average^[2], and the consumption of illicit drugs have increased^[7].

In Europe, the most consumed illicit substances were marijuana, followed by cocaine, amphetamine and ecstasy^[4]. In the United States, illicit drugs causing the most dependence were marijuana, painkillers, cocaine and heroin^[5]. In Brazil, the most consumed illicit drugs were marijuana, cocaine, stimulants and crack^[6].

Concomitant to substance use disorder, psychiatric disorders (PD) may occur, characterizing dual diagnosis^[8] (DD). The presence of only one of these disorders – the PD or SUD – increases the probability of the DD by 20 times^[9].

In Europe it is estimated that 80% of drug users have a dual diagnosis^[10]. In the United States, the Epidemiologic Catchment Area Study^[11] (ECA) revealed that the most frequent dual diagnosis was of anxiety and mood, 28% and 26%, respectively, of the analyzed cases. In Brazil, the II LENAD^[6] identified higher prevalence of anxiety, followed by depression, with 23.9% and 15.1%, respectively.

People with DD presented a more severe clinical condition^[8,12-13], have more resistance to treatment^[12] and less successful results^[12,14-15], have greater psychosocial problems^[12,16], use health services more frequently, present risk of suicide^[12-13,15,17-18], violent behavior^[12,17] and involvement in crimes^[12], besides having a worse prognosis than those with single diagnosis^[16] and higher costs to health services than individuals only with SUD^[15].

Research on DD have addressed this issue with different goals. There are studies of prevalence of DD in relation to the consumption of substances such as opioids^[19], cocaine^[14], cocaine and crack^[20]; by gender^[15]; in different periods of abstinence^[13]; about the risk of suicide^[18]; or comparing the dual diagnosis by age, gender, and among drug users and non-users^[9]. Other researchers^[16-17] discussed the prevalence of PD in dual diagnosis would be independent or induced by substances.

The objectives of this research were to compare the prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs, to identify psychiatric disorders in abstinent users, to identify substances with greater use and to associate the occurrence of another psychiatric disorder. The hypothesis formulated was that the most consumed substances were alcohol and marijuana; and users of illegal drugs present a higher prevalence of dual diagnosis, being anxiety disorders and mood the most frequent.

Method

This is an analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, non-probabilistic intentional sampling. It was carried out in two reference centers specialized in drug addiction treatment (Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs - CAPSad), in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, Brazil, approved by the Ethics Committee. The sample consisted of service users, over 18 years of age and from both sexes. Those with severe current psychotic episode and who were under the influence of drugs that might interfere with the application of the instruments of this research were excluded.

Data collection was conducted through individual interviews, lasting an average of fifty minutes. A sociodemographic questionnaire developed by the authors was used together with the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). There was some training with standard examiner for applying the ASSIST and the MINI.

Data analysis

Data analysis was performed from a database in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21. Descriptive analysis included the measures of central tendency (mean), dispersion (standard deviation), and frequency percentages. The inferential analysis was by means of Pearson's chi-square (χ^2) and Poisson Regression. The robust estimator was employed to reduce the error of the models and in multivariate regressions the input Stepwise method was adopted. The significance accepted was less than or equal to 0.05.

Results

The sample consisted of 110 volunteers, aged 18 to 69 years, with a mean age of 41.73 years (SD $\pm$ 12.25), which were divided into three groups. Group 1, consisting of the respondents who are in abstinence from alcohol and illegal drugs for at least three months; group 2, with alcoholics; and group 3, with alcohol and illicit drug users.

As for the sociodemographic profile (Table 1), it was identified that the majority were male, black, with religion, with up to 9 years of study, without a fixed personal financial income. In groups 1 and 3, they were mostly unmarried, unemployed and in group 2 they were separated/divorced with some kind of labor occupation.

The majority of the sample had previous treatment for chemical dependency in another service, is using the current service for the second time at least and more frequently than three days a week. The involvement with illegal acts increased from group 1 to 3.

Table 1 Sociodemographic profile of the sample, divided into groups according to the type of substance consumed. Metropolitan region of João Pessoa / Brazil, 2014.

Variable	Groups							
	Group 1 (Abstinent users, except for tobacco)		Group 2 (Alcohol users)		Group 3 (Users of alcohol and other drugs)		Total Group	
	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	35	31,8	36	32,7	39	35,5	110	100
• Age: Mean + SD	49,11	DP= 10,78	44,7*	DP= 9,47	32,51 *	DP= 9,94	41,73	DP= 12,25
• Genre								
Male	32	91,4	32	88,9	34	87,2	98	89,1
Female	3	8,6	4	11,1	5	12,8	12	10,9
• Colour								
White	2	5,7	2	5,6	5	12,8	09	8,2
Black	22	62,9	22	61,1	20	50,3	64	58,2
Mulato	11	31,4	12	33,3	14	35,9	37	33,6
• Marital status								
Single	17	48,6	13	36,1	26	66,7	56	51
Married/ Common-law marriage	10	28,1	8	22,2	2	5,1	30	27,2
Divorced / Separated	07	20	15	41,7	11	28,2	23	20,9
Widow	01	2,9	00	00	00	00	01	0,9
• Education								
Up to 9 years of study	19	54,3	25	69,4	28	71,8	72	65,5
More than 9 years of study	16	45,7	11	30,6	11	28,2	38	34,5

Continuation of Table 1. Sociodemographic profile of the sample, divided into groups according to the type of substance consumed. Metropolitan region of João Pessoa / Brazil, 2014.

Variable	Groups							
	Group 1 (Abstinent users, except for tobacco)		Group 2 (Alcohol users)		Group 3 (Users of alcohol and other drugs)		Total Group	
	n	%	n	%	n	%	N	%
• Occupation								
Student	01	2,9	01	2,8	02	5,1	04	3,6
Worker (Formal or informal)	11	31,4	17	47,2	11	28,2	39	35,4
Unemployed	12	34,3	10	27,8	19	48,7	41	37,2
Retired	11	31,4	08	22,2	07	17,9	26	23,6
• Income: n (%)								
No income	19	54,3	17	47,2	22	56,4	58	52,7
Up to 1 minimum wage	07	20	09	25	08	20,5	24	21,8
More than 2 minimum wages	09	25,7	09	25	07	17,9	25	22,7
Governmental aid	00	00	01	2,8	02	5,1	03	2,7
• Religion								
Yes	31	88,6	29	80,6	32	82,1	92	83,6
No	04	11,4	07	19,4	07	17,9	18	16,4
• Criminal acts								
Yes	13	37,1	16	44,4	24	61,5	53	48,2
No	22	62,9	20	55,6	15	38,5	57	51,8
• Frequency in the service								
1 day	03	8,6	00	00	02	5,1	05	4,5
2 days	08	22,9	06	18,2	05	12,8	19	17,3
3 days or more	22	62,9	26	72,2	24	61,5	72	65,5
Inmate	00	00	01	03	02	5,1	03	2,7
No fixed frequency	02	5,7	03	9,1	06	15,4	11	10
• First time receiving treatment in this service								
Yes	14	40	10	27,8	12	30,8	36	32,7
No	21	60	26	72,2	27	69,2	74	67,3
• Previous treatment for SUD								
Yes	19	54,3	20	55,6	23	59	62	56,4
No	16	45,7	16	44,4	16	41	48	43,6

Most of the sample started the consumption of substances under the influence of friends (80.9%; n = 89) and has relatives who are users (85.5%; n = 94). The first drug used was alcohol (71.6%, n = 78), followed by cigarettes (48.2%, n = 53) and marijuana (10%; n = 11). The average age of the first alcohol consumption was 15.22 years (SD 5.88) 15.85 cigarette (PD = 7.13) and other drugs at the age of 15.68 (SD 4.07).

The most consumed substances were alcohol (67.3%; n = 74), tobacco (60%; n = 66), crack (30%; n = 33) and marijuana (27.3%; n = 30). The majority (92.7%; n =

102) have never used injection drugs. For tobacco, in group 1, 40% (n = 14) used it, in group 2, 50% (n = 18) and group 3, 87.2% (n = 34) were smokers. From the illicit drug users (n = 42), 42.8% (n = 18) used only one drug and 57.2% (n = 24) were polyusers.

The risk of suicide and attempted suicides (Table 2) were more prevalent in users of alcohol and illicit drugs (group 3), being reduced in the alcohol users (group 2) and abstinent users (group 1). The ratio of the groups with suicide risk was statistically significant ($\chi^2 = 8.73$; $p < 0.01$). The consumption of cocaine and crack had higher prevalence rate of suicide risk, respectively $PR = 1.37$ (1.14 to 1.65); $p < 0.01$, and $PR = 1.20$ (1.05 to 1.38; $p < 0.01$).

Higher prevalence of dual diagnosis in users of alcohol and illicit drugs (71.8%) was observed (Table 2), decreasing in alcoholics (60%) and the presence of psychiatric disorders in abstinent users (37.1%). Major depressive episode was significantly more prevalent in group 3, and decreased in groups 2 and 1 (Table 2). It is noteworthy that, among respondents with psychiatric disorder, 20% (n = 22) had only one disorder, 22.7% (n = 25) had two and 10.9% (n = 12) had three or more.

Table 3. Prevalence of psychiatric disorders and suicide risk according to the division of the groups. Metropolitan region of João Pessoa / Brazil, 2014.

Variable	Groups								Value of p
	Group 1 (Abstinent users, except for tobacco)		Group 2 (Alcohol users)		Group 3 (Users of alcohol and other drugs)		Total Group		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
TOTAL	35	31,8	36	32,7	39	35,5	110	100	
• Prevalence of PD:	13	37,1	21	60	28	71,8			$p^{(1)} < 0,01$ $\chi^2 = 9,23$
• Mood disorders									
Current major depressive episode	08	22,9	19	52,8	22	56,4	49	44,5	$p^{(1)} < 0,007$ $\chi^2 = 9,87$
Psychotic syndrome lifetime	01	2,9	02	5,7	05	12,8	08	7,3	
• Anxious Disorders									
Social Phobia	01	2,9	04	11,1	04	10,3	09	8,2	
Obsessive-Compulsive Disorder	01	2,9	02	5,7	01	2,6	04	3,6	
Generalized Anxiety Disorder	01	2,9	06	17,1	07	17,9	14	12,7	

Continuation of Table 3. Prevalence of psychiatric disorders and suicide risk according to the division of the groups. Metropolitan region of João Pessoa / Brazil, 2014.

Variable	Groups								Value of p
	Group 1 (Abstinent users, except for tobacco)		Group 2 (Alcohol users)		Group 3 (Users of alcohol and other drugs)		Total Group		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Panic disorder with or without agoraphobia	00	00	02	5,7	03	7,7	05	4,5	p ⁽¹⁾ = <0,01 X ² = 8,73
Agoraphobia without panic disorder	01	2,9	03	8,6	03	7,7	07	6,4	
• Post-traumatic stress	03	8,6	05	14,3	05	12,8	13	11,8	
• Antisocial personality disorder	02	5,7	01	2,9	09	23,1	12	10,9	
• Suicide									
Risk of suicide	02	5,7	07	20	13	33,3	22	20	
Attempted suicide	11	31,4	15	41,7	18	46,2	44	40	

(*): Significant difference at the level of 5,0%.

(1): Using Pearson's chi-square test.

To analyze the variables associated with dual diagnosis (Table 3), the Poisson regression was used. It was found that the DD was significantly higher in participants who presented risk of suicide, attempted suicide and illegal acts.

Table 3. Dual Diagnosis Association with the risk of suicide, suicide attempts and illegal acts. Metropolitan region of João Pessoa / Brazil, 2014.

		Double Diagnosis				<i>p</i>	RP (IC 95%)
		Yes		No			
		N	%	N	%		
Risk of suicide	No	32	61,5	56	96,6	<0,00	1,50 (1,32 – 1,70)
	Yes	20	38,5	02	3,4		
Suicide attempts	No	26	50	40	69	<0,04	1,45 (1,27 – 1,65)
	Yes	26	50	18	31		
Illegal Acts	No	22	42,3	35	60,3	<0,05	1,13 (1,00 – 1,27)
	Yes	30	57,7	23	39,7		

It was found that the consumption of crack, although not being the only drug of abuse, had a higher prevalence rate of major depressive episode [$p < 0.03$; PR = 1.15 (1.01 to 1.31)] and antisocial personality disorder [$p = 0.03$; PR = 1.13 (1.00 to 1.26)].

Discussion

The sociodemographic characteristics of the sample exhibited relative similarity with other studies regarding gender^[8,13,21], Marital status^[8,13,21-22], education^[8,13,21-22], employment and ilegal acts^[13,22].

The predominance of single and separated/ divorced people suggests that the search for drugs, the effects of drug use and the devaluation of family life affect the marital bonds^[22]. Religiosity has been identified as a protective factor in the consumption of substances^[23], however, there is a difference between being adept to a religion and practicing it^[24]. We assume that the absence of significant data between religiosity and SUD of this study was due to this difference.

In relation to education, substance use causes truancy^[22], and truancy consists of a risk factor for drug use^[25]. In this scenario, the absence of professional qualification^[22,26] and the difficulty to reintegrate former drug users in the labor market^[26] contribute to unemployment in this population.

Most participants had previous treatment for SUD, and attend the current service three times a week. Thereby, these data corroborate previous data from the National Drug Policy Department (SENAD) that pointed the treatment of SUD as costly to the Brazilian health system^[27].

Participants presented the first drug use in adolescence. Drug use in adolescents cause lasting brain changes, increases vulnerability to SUD and is associated with later psychiatric comorbidities^[12]. Friends influence the initiation and progression of substance use, increasing by 8.6 times the chances of consuming illicit drugs when compared to adolescents who did not have drug users as friends^[28].

The family culture of drug use is also considered a vulnerability factor for the SUD^[2] in adolescence and adult life^[29], because it presents itself as a stimulus for experimentation and continuity of consumption^[24]. Interventions within the family contribute to stop the consumption and prevent further damage^[29].

Confirming our initial hypothesis, alcohol was the most consumed substance, same result as obtained in previous studies of national coverage carried out in Brazil^[6] and in the United States^[5]. In contrast, the consumption of crack was superior to marijuana, reported in these studies as the most prevalent illicit drug. It is assumed that the prevalence of crack may have occurred through the regional context that facilitates access to substance^[7], its most intense effects^[20] and the low commercial

value of this drug^[30], which favors the choice due to the low income of the population studied.

There is a necessity for greater attention to crack users due to their accelerated process of physical and mental deterioration^[30], severe pattern of consumption^[31], higher rates of social problems, increased use of health services^[31-32] and the presence of psychiatric comorbidities^[29], besides involvement in violent and illegal activities^[29,31].

Regarding the use of marijuana, the occurrence of brain damage has been found including cognitive alterations, deficits in verbal learning and on the short-term memory^[33], in addition to being the gateway to the consumption of more dangerous drugs^[34]. However, few users have reported the desire to cease the use of this substance^[32].

The use of multiple substances was identified in previous research^[15,22]. When describing the sociodemographic profile of 350 drug users in treatment, it was noticed that 78.3% (n = 99) were polyusers^[22]; and when examining the psychiatric comorbidities with 465 users in inpatient settings, it was observed that 27.2% used two substances, 6.3% three substances and 3.0% used four or more drugs^[15].

The polyusers use drugs in parallel or in a sequential way^[2,31] for different reasons as to maximize the positive effects of drugs, to reduce the undesirable effects^[2,22,31] or as a substitution when their drug of choice is not available^[2,31]. The combination of different drugs may increase the risk of overdose, negatively impact the outcome of treatment^[2,31] and increase the prevalence of dual diagnosis, as seen in the results of this research.

The risk of suicide was associated with SUD^[35-37] with the consumption of cocaine^[31,33,36-38] and crack^[31,37]. Nevertheless, this study found that users of alcohol and illicit drugs (Group 3) had a higher prevalence of suicide risk compared to ethyl (Group 2) and abstinent users (Group 1), corroborating previous findings that polyusers have high risk of suicide^[33].

The risk of suicide in drug users may be due to decreased central serotonergic function, the control alterations in impulse control and aggressiveness^[35]. In addition, assumptions supporting the relationship between suicide risk with consumption of substances, in which the latter variable can damage personal relationships increasing the risk of suicide; cause mood swings, depression or suicidal ideation, inducing suicide attempts; and impair judgment, increasing the risk of suicide^[38].

In the current study, the dual diagnosis was more prevalent in users of alcohol and illicit drugs (71.8%) than in ethyl (60%). In the United States^[15], the DD was compared by gender in 465 individuals hospitalized for drug treatment and it was found that 60.6% had DD, including mood, anxiety and personality disorders, being depression the most prevalent (32.5%). In Spain^[40], doctors working in drug users assistance interviewed 2.361 users, of which 33.8% had DD, predominantly depression (21.6%). The prevalence of more than one PD in drug users was also reported by these researchers^[15,40]. We believe that current research is strengthened because it corroborates previous large-scale studies, favoring the validity of results found.

Neurogenic changes in the hippocampus have sustained etiological hypothesis of common biological factors between addiction and drug use disorder, which has strengthened the studies on dual diagnosis. It is considered that there is a two-way relationship, in which the low-neurogenic activity states of the hippocampus increase vulnerability to both disorders, what helps to explain why drug addiction usually worsens when concomitant psychiatric syndromes occur^[41].

Confirming our hypothesis, depression was the most prevalent psychiatric comorbidity. However, we found lower comorbidity with anxiety disorders. Regarding the comorbid SUD, depression has been associated with treatment dropout, with the worst prognosis after treatment^[42], with recidivism^[42-44], besides increasing the likelihood of overdosing^[42]. Therefore, it is essential to identify depressive disorder in drug users and provide concomitant treatment.

We found that the consumption of crack was associated with the presence of major depressive episode (MDE) and antisocial personality disorder (ASPD). In a review of the literature on common psychiatric comorbidities in users of cocaine and crack, researchers concluded that these two disorders have been cited as the most prevalent^[20].

A study in a hospital in Porto Alegre, Brazil, carried out with 30 hospitalized crack users after a week of abstinence, with the use of the Beck Depression Inventory (BDI), found that 50% had moderate or severe depression^[45]. It is believed that the consistency of these results in different environments strengthens and supports this association. We assume that the frequent involvement of crack users with crime, theft, robbery, drug trafficking^[31,45], can influence the diagnosis to ASPD, which

includes behaviors of physical aggression, impulsivity, delinquency and high propensity for crime^[31].

This study reinforces the importance of assessment of dual diagnosis in drug users, which was associated with the risk of suicide, suicide attempts and the practice of illegal acts. It is strengthened by using structured instruments and a three-month period of time to consider the substance use disorder and the abstinence, reflecting the current characteristics of the respondents.

Conclusion

The illicit drug users had a higher prevalence of dual diagnosis showing the severity of this clinical condition. Therefore, it is considered essential that this clinical reality is included in intervention strategies in order to decrease the negative effects of consumption of these substances and provide better quality of life for these people.

Source of funding: National Counsel for Scientific and Technological Development (CNPq), through the master's scholarship consent to the first author.

Acknowledgements: The team working in the two centers specialized in drug treatment, Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPSad).

References

- 1- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 2- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). *World Drug Report, 2014*. United Nations publication: Sales No. E.14.XI.7.
- 3- World Health Organization (WHO). (2004). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- 4- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA). (2014). *Relatório Europeu sobre Drogas 2014: Tendências e evoluções*. Portugal: Lisboa.
- 5- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, (NSDUH)*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 6- Laranjeira, R., et al. (201). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) 2012*. São Paulo: Instituto nacional de ciência e tecnologia para políticas publicas de álcool e outras drogas (INPAD), UNIFESP.
- 7- Carlini, EA, et al. (2007). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP.
- 8- Arias, F., et al. (2013). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. (Barc): 6(3):121---128
- 9- Lai, X., Man, H., & Huang, Q. R. (2009). Comorbidity of mental disorders and alcohol-and drug-use disorders: Analysis of New South Wales inpatient data. *Drug and alcohol review*, 28(3), 235-242.
- 10- Observatório Europeu Da Droga E Da Toxicodependência (OEDT). *Co-morbilidade — O consumo de drogas e as perturbações mentais*. Lisboa, Portugal, 2004.
- 11- Regier, D.A. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518, 1990.
- 12- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BMC psychiatry*, 11(1), 25.
- 13- Costa, M.L.P., Oliveira, L.C.M. (2012). Comorbidities of mental and behavioral disorders in chemically dependent patients in different periods of abstinence. *J Bras Psiquiatr*, 61(3):139-47.
- 14- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Fernández Calderón, F., Verdejo García, A., Betanzos Espinosa, P., & Pérez García, M. (2013).

Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 128-136.

15- Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug and alcohol dependence*, 118(2), 92-99.

16- Torrens, M., Gail, G., & Antonia, D.S. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 113.2 (2011): 147-156.

17- Herrero, M.J., et al. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, v. 103, n. 2, p. 284-293, 2008.

18- Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., & Baca-García, E. (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance use & misuse*, 47(4), 383-389.

19- Martins, S. S., Keyes, K. M., Storr, C. L., Zhu, H., & Chilcoat, H. D. (2009). Pathways between nonmedical opioid use/dependence and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and alcohol dependence*, 103(1), 16-24.

20- Vasconcelos, S. C., dos Santos, A. R., & Guerra, A. L. A. G. (2014). Psychiatric Disorders in Crack and Cocaine Addicts. *American Journal of Nursing*, 2(3), 31-37.

21- Freitas, R. M. D., Silva, H. R. R. D., & Araújo, D. S. D. (2012). Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (Caps-AD). *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 8(2), 56-63.

22- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Silva, T. L., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: Análise de prontuários. *Escola Anna Nery*, 17(2), 234-241.

23- van der Meer Sanchez, Z., & Nappo, S. A. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 265-72.

24- Selegim, M. R., Inoue, K. C., Santos, J. A. T., & de Oliveira, M. L. F. (2012). Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 795-802.

25- Henry, K. L., & Thornberry, T. P. (2010). Truancy and Escalation of Substance Use During Adolescence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 115-124.

26- van der Meer Sanchez, Z., & Nappo, S. A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*, 36(4), 420-30.

27- Duarte, P. C. A. V., Stempluk, V. A., & Barroso, L. P. (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

- 28- Cardoso, L. R. D., & Malbergier, A. (2014). A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estud. psicol.*(Campinas), 31(1), 65-74.
- 29- Selegim, M. R., & Oliveira, M. L. F. (2013). Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta paul. enferm*, 26(3), 263-268.
- 30- Vargens, R. W., Cruz, M. S., & Santos, M. A. D. (2011). Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 804-812.
- 31- Paim Kessler, F. H., Barbosa Terra, M., Faller, S., Ravy Stolf, A., Carolina Peuker, A., Benzano, D., & Pechansky, F. (2012). Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *The American Journal on Addictions*, 21(4), 370-380.
- 32- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial Crack cocaine users who attend outpatient services. *Cad. saúde pública*, 27(11), 2263-2270.
- 33- Almeida, P. P., Novaes, M. A. F. P., Bressan, R. A., & Lacerda, A. L. T. D. (2008). Revisão: funcionamento executivo e uso de maconha. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 30(1), 69-76.
- 34- Agrawal A, Lynskey MT. (2014). Cannabis controversies: how genetics can inform the study of comorbidity. *Addiction* 109: 360-370
- 35- Bessa, M.A. (2010). *Suicídio e álcool e drogas*. In: Debates psiquiatria hoje, Associação Brasileira de Psiquiatria; 2 (1): 19-20.
- 36- Vaszari, J. M., Bradford, S., O'Leary, C. C., Abdallah, A. B., & Cottler, L. B. (2011). Risk factors for suicidal ideation in a population of community-recruited female cocaine users. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 238-246.
- 37- Ores, L. D. C., Quevedo, L. D. A., Jansen, K., Carvalho, A. B. D., Cardoso, T. A., Souza, L. D. D. M., ... & Silva, R. A. D. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo; Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years: a descriptive study. *Cad. saúde pública*, 28(2), 305-312.
- 38- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di Giannantonio, M., ... & Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(6), 469-485.
- 39- de Almeida, R. M. M., Flores, A. C. S., & Scheffer, M. (2013). Ideação Suicida, Resolução de Problemas, Expressão de Raiva e Impulsividade em Dependentes de Substâncias Psicoativas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 1-9.
- 40- Gual A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev*; 26: 65-71.
- 41- Chambers, R. A. (2013). Adult hippocampal neurogenesis in the pathogenesis of addiction and dual diagnosis disorders. *Drug and alcohol dependence*, 130(1), 1-12.

- 42- Johnson, J. E., O'Leary, C. C., Striley, C. W., Abdallah, A. B., Bradford, S., & Cottler, L. B. (2011). Effects of major depression on crack use and arrests among women in drug court. *Addiction*, 106(7), 1279-1286.
- 43- Bartoli, F., Carrà, G., Brambilla, G., Carretta, D., Crocamo, C., Neufeind, J., ... & Clerici, M. (2014). Association between depression and non-fatal overdoses among drug users: a systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 134, 12-21.
- 44- Samet, S., Fenton, M. C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E., & Hasin, D. (2013). Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction*, 108(1), 115-123.
- 45- Guimarães, C. F., Santos, D. D., Freitas, R. D., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 30(2), 101-8.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno por uso de substância representa um grave problema de saúde pública, ocasionando prejuízos em diversas esferas da vida do usuário, como na saúde, na familiar e na laboral. O diagnóstico duplo interfere no curso e no prognóstico da dependência, agravando este quadro clínico.

O consumo de drogas atinge negativamente as relações familiares e conjugais, o rendimento escolar, a estabilidade em empregos e a renda financeira. Conforme o artigo de revisão sistemática, com a maioria dos estudos realizados em países desenvolvidos, e os resultados obtidos na atual pesquisa, os usuários de drogas são majoritariamente do sexo masculino, com poucos anos de estudo, desempregados e solteiros ou separados/divorciados. Este perfil adverte sobre as consequências do consumo de drogas no âmbito social independentemente do país em que se reside, e destaca a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção para que estes danos sejam amenizados.

Na revisão sistemática prevaleceu o uso da cocaína e nesta pesquisa de campo o consumo do crack foi superior ao uso das demais drogas. Na nossa hipótese, o álcool e a maconha seriam as drogas de maior consumo, conforme relatado em pesquisas anteriores. O contexto regional, a facilidade de obter a droga, o valor de comercialização, são suposições de variáveis que podem ter influenciado nessa diferença. Ademais, o artigo de revisão abrangeu estudos realizados nos últimos dez anos, o que indaga se há um processo de mudança na prevalência das drogas de maior consumo.

Identificou-se alta prevalência do diagnóstico duplo no artigo de revisão, nos resultados iniciais e no resultado final, o que corrobora a fidedignidade desta associação. Os usuários de drogas ilícitas foram mais afetados pelo duplo diagnóstico em comparação aos etílicos, o que corrobora pesquisas anteriores sobre as consequências adversas dos poliusuários e do consumo de drogas ilícitas.

Acreditava-se que os transtornos ansiosos e a depressão seriam as desordens psiquiátricas mais prevalentes, no entanto apenas a depressão apresentou associação significativa. Com isto, torna-se evidente o sofrimento psicológico que afeta os usuários de drogas, inclusive aqueles que permaneciam no tratamento, mas estavam abstinentes há pelo menos três meses.

Conjecturou-se que o diagnóstico duplo estaria associado ao risco de suicídio, o que foi confirmado. Adicionalmente, observou-se que o diagnóstico duplo também estava

associado às tentativas de suicídio e a prática de atos infracionais. Com isso, reafirma-se a importância da avaliação das comorbidades psiquiátricas nos usuários de drogas.

A presente pesquisa também tinha como objetivo identificar se o consumo de alguma substância estava associado a um transtorno psiquiátrico específico. Inicialmente, constatamos que o consumo da maconha estava associado ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o consumo do crack à depressão. Por sua vez, no resultado final as associações específicas foram do consumo do crack com a depressão e o transtorno de personalidade antissocial. Neste cenário, sugere-se que a associação entre a maconha e o TEPT deve ser investigada futuramente para que este dado seja corroborado ou refutado. O crack, além da associação com estes transtornos psiquiátricos, também foi relacionado com o risco de suicídio. Portanto, acredita-se que os usuários de crack requerem cuidados intensivos.

Diante do exposto, acredita-se que os dados obtidos neste estudo são adequados para embasar decisões sobre o transtorno por uso de substâncias e o diagnóstico duplo. Sugere-se que estudos posteriores sejam desenvolvidos com o intuito de elaborar estratégias de prevenção e tratamento do diagnóstico duplo, amenizando as consequências e melhorando a qualidade de vida. Ressalta-se que os resultados desta pesquisa apresentam limitações estabelecidas na metodologia, dessa forma, devem ser generalizados com cautela.

REFERÊNCIAS

- AMORIN, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2, 106-115, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- HENRIQUE, I.F.S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**. 50(2), p. 1-8, 2004.
- HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **ASSIST Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1** / Rachel Humeniuk; Vladimir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro. São Paulo: OMS, 60p, 2004.
- II Levantamento Nacional de Alcool e Drogas (LENAD). 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014
- LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; RATTO, L. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. In: Comorbidades – transtornos mentais *versus* transtornos por uso de substâncias de abuso. **Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas**, São Paulo. 2004.
- LOPES, A.C.; AMATO, N.V. **Tratado de Clínica Médica**. Volume I. São Paulo. Editora Roca, 2ª. Edição, 2009.
- MARQUES, A.C.P.R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas de tratamento. **Rev. IMESC**, São Paulo, n^o3, pp.73-86, out, 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br>. Acesso em: 13 de jan. 2014
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2003.
- MERCHÁN-HAMANN, E. et al. Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el Distrés psicológico en siete países de latinoamérica y uno Del caribe. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012; 21 (Esp): 87-95.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (OEDT). **As drogas em destaque** medir a prevalência e incidência do consumo de droga. Lisboa, Portugal, 2002.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (OEDT). Co-morbilidade — **O consumo de drogas e as perturbações mentais**. Lisboa, Portugal, 2004.

DUARTE, P.C.A.V.; STEMPLIUK, V.A.; BARROSO, L.P. (ORG). **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**; IME USP. Brasília: SENAD, 2009.

REGIER, D.A. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **Journal of the American Medical Association**, 264, 2511-2518, 1990.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46**. HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – (UNODC). **World Drug Report, 2014**. United Nations publication: Sales No. E.14.XI.7.

WHO. **Global Status Report on Alcohol**. Geneva. Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.

ZANELATTO, N.A.; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo – comportamentais** um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Listas os apêndices

Apêndice A – Questionário sociodemográfico

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Apêndice A - Questionário Sociodemográfico

Entrevistador: _____ Local: _____

Participante: _____ Data: ____/____/____

01. Sexo: () Homem () Mulher

02. Qual a sua idade? _____ anos

03. Qual a sua cor?

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

04. Qual o seu estado civil: () Casado () Solteiro () Amasiado () Viúvo

() Outros: _____

05. Qual o seu nível de escolaridade:

() Fundamental incompleto. () Fundamental completo. () Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo. () Superior incompleto. () Superior completo.

() Pós – Graduação _____

06. Onde você vive?

() casa própria. () abrigo. () Outro. Qual? _____

07. Quanto tempo você mora nesse endereço? Anos _____ ou Meses _____

08. Qual a sua religião atual?

() Católico. () Evangélico. () Espírita. () Não tem. () Outro _____

09. Qual a sua ocupação?

() Estudante. Curso: _____ () Trabalha. Emprego: _____

() Desempregado. () Aposentado.

- Trabalhou nos últimos 6 meses? () não () sim. Em quê?

10. Renda Familiar e pessoal

- Renda familiar?

() até um salário mínimo () de 1 a 3 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos

() mais de 5 salários mínimos () não tem renda fixa

- Renda pessoal

() até um salário mínimo () de 1 a 3 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos

() mais de 5 salários mínimos () não tem renda fixa () trabalho esporádico “bico”

11. É a primeira vez que você utiliza os serviços do CAPS?

() Sim. () Não. Quanto tempo? _____

Vem com que frequência ao CAPS por semana?

12. Quem o encaminhou ao CAPS AD?

() Familiares. () Amigos. () Parceiros. () Profissionais. () Veio por conta própria.

13. Tratamento anterior para a dependência:

Já foi internado? () sim () não

Grupo de autoajuda? () sim () não

14. Uso de drogas

- Com quantos anos iniciou o uso?
- Qual a primeira droga que experimentou?
- Quais motivos levaram ao uso do álcool e outras drogas?

- Como iniciou o uso?

() amigos () familiares () sozinho, indo atrás () namorada (o)/ esposa (o)/ companheira (o) () nos bares, festas.

- Quem usa na sua família? _____
- Quando (em relação ao próprio uso)? () antes () depois () não há outros usuários
- Qual o maior período de abstinência? _____
- Qual a última vez que você usou álcool e drogas? _____

15. Dados da infância

Pais separados? () sim () não. Ficou com _____

Abandono? () sim () não. Quem _____

Maus tratos? () sim () não. Quem _____

Abuso sexual? () sim () não. Quem _____

13. Já se envolveu em atos ilícitos? () Não. () Sim. Qual? _____

Apêndice B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Comorbidades Psiquiátricas em dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Bandeira Formiga, Av. Fernando Luiz Henrique dos Santos, 226, CEP 58037-050 – pode-se entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (inclusive ligações a cobrar) 083 87454044 ou pelo email marianabandeiraf@gmail.com e está sob a orientação do Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, cujo email é murilocostalima@ig.com.br e sob a Co – orientação da Prof. Dra. Melyssa K. Cavalcanti Galdino, cujo email é melyssa_cavalcanti@hotmail.com

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O projeto tem como objetivo analisar quais são os transtornos mentais prevalentes nos usuários em atendimento no CAPS AD.

Você será solicitado (a) a ler e responder um questionário com 15 questões a respeito de dados de sua vida pessoal, que levará em média 5 (cinco) minutos do seu tempo. Em seguida, você será convidado a responder um questionário (ASSIST) sobre o consumo de álcool e outras drogas, que dura aproximadamente 09 (nove) minutos. Por fim, será feita uma entrevista estruturada (M.I.N.I *Plus*) que aborda os principais sintomas de alguns transtornos mentais e pode se estender por 30 (trinta minutos).

Caso durante a pesquisa seja identificado que não existe uma doença que preencha os requisitos para participação na mesma, você receberá o tratamento normalmente. Se houver em algum momento, devido à sua doença, qualquer indicação para internamento hospitalar, será encaminhado (a) para avaliação no hospital de referência. Essa pesquisa poderá causar um mínimo desconforto (cansaço no fornecimento das informações) ou constrangimento devido à natureza de suas perguntas, que podem causar sensibilização ou emoção nos participantes. O constrangimento em responder perguntas relacionadas à renda mensal e demais dados pessoais será minimizada por meio de realização de entrevistas em ambiente reservado.

Este trabalho poderá ter como benefício uma melhor compreensão de sua condição de saúde, além de munir a equipe de saúde de mais ferramentas para a construção de seu projeto terapêutico. Além disso, poderá beneficiar a comunidade por investigar com detalhes quadros clínicos semelhantes.

Terá garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Não é necessário colocar seu nome nos questionários, objetivando manter a integridade da identidade dos participantes. Os resultados poderão ser publicados, mas sua identidade não será revelada. Será evitado qualquer tipo de coerção quanto à sua participação.

Os dados coletados nesta pesquisa serão armazenados pelo pesquisador em seu arquivo pessoal, no endereço acima informado, além de serem conservadas cópias dos mesmos no próprio local de tratamento em armário guardado pelo auxiliar administrativo do serviço, pelo período mínimo de cinco anos da realização da pesquisa.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **Comorbidades Psiquiátricas em dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

Listas os anexos

Anexo A – Comprovante de submissão do artigo “Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão” à revista Neurobiologia.

Anexo B – Comprovante de submissão do artigo “Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users”, ao International Journal of Mental Health and Addiction

Anexo C – Comprovante de submissão do artigo “Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs” submetido a Revista de Psiquiatria y Salud Mental

Anexo D – Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST)

Anexo E - Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)

Anexo F – Parecer consubstanciado do CEP

Anexo A – Comprovante de submissão do artigo “Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão” à revista Neurobiologia.



REVISTA NEUROBIOLOGIA

NEUROBIOLOGIA JOURNAL

www.revistaneurobiologia.com.br



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o artigo original intitulado: **Consumo de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas: artigo de revisão**, de autoria de **Mariana Bandeira Formiga, Selene Cordeiro Vasconcelos, Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino e Murilo Duarte da Costa Lima**, foi aceito para publicação na **REVISTA NEUROBIOLOGIA**, vol. 77 (3-4) de 2014. No prelo. O referido é verdade e dou fé.

Recife/Pe, 23 de março de 2015.

Prof. Dr. Carlos Augusto Carvalho de Vasconcelos

Editor Assistente

Anexo B – Comprovante de submissão do artigo “Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users”, ao International Journal of Mental Health and Addiction

Dear Miss MARIANA FORMIGA:

Thank you for submitting your manuscript, "Prevalence and variables associated with psychiatric comorbidities among drug users", to International Journal of Mental Health & Addiction.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following web site: <http://ijmh.edmgr.com/>

With kind regards,

The Editorial Office

International Journal of Mental Health & Addiction

Anexo C – Comprovante de submissão do artigo “Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs” submetido a Revista de Psiquiatria y Salud Mental

Estimado/a Ms. Formiga:

Le confirmamos la recepción del artículo titulado: "Prevalence of dual diagnosis in users of legal and illegal drugs", que nos ha enviado para su posible publicación en Revista de Psiquiatria y Salud Mental.

En breve recibirá un mensaje con el número de referencia asignado y se iniciará el proceso de revisión del artículo. En caso de que sea necesario que haga algún cambio previo, también se le notificará por correo electrónico.

Tal y como se especifica en las normas de publicación de la revista, le recordamos que su manuscrito no puede ser publicado en ninguna otra revista mientras dure el proceso de revisión.

No dude en contactar con la redacción para cualquier información adicional.

Reciba un cordial saludo,

EES

Revista de Psiquiatria y Salud Mental

Anexo D - Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST)

Nome: _____ Registro _____
Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))</i> e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Anexo E - Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

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

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

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) :	PROTOCOLO NÚMERO:
DATA DE NASCIMENTO : _____	HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA: _____
NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A):	HORA DO FIM DA ENTREVISTA:
DATA DA ENTREVISTA: _____	DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA: _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira
A.* EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas) <u>Opcional</u>
B. DISTÍMIA	Atual (2 últimos anos)
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)
F. AGORAFOBIA	Atual
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês) <u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira <u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

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

• Entrevista:

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

• Apresentação:

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

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

• Convenções:

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

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

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

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

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

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

• Instruções de cotação :

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

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

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

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

Yves LECRUMIER / Thierry HERGUETA
Insurm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

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

Patricia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 45 60
e-mail: p.amorim@psnpsa.com.br

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dbsheeha@cowl.usf.edu

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		➔ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm$ 5% ao longo do mês, isto é, $\pm$ 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")	NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL		
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:				
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	➔ NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11
A5b É COTADA SIM ?		NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO		

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

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

➡: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

Se SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE
 C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
 C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO SIM

**RISCO DE SUICÍDIO
ATUAL**

LEVE ☐
 MODERADO ☐
 ELEVADO ☐

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

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

MLN.J. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	1
SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES				
SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = "NÃO", PASSAR A E7.				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	18

MLN.1.5B.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

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

Se F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

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

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "NÃO"
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
sem Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
com Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO SIM
**AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL**

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

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

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

15 É COTADA SIM?

NÃO SIM
TRANSTORNO DE
ESTRESSE
PÓS- TRAUMÁTICO
ATUAL

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	➡ NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL
ATUAL

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL?

➡
NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	---	-----	-----	---

➡: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ALCÓOL ATUAL	

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pilulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinógenos: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy.

Solventes voláteis: "cola", éter.

Canabinóides: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, "poppers". Toma outras substâncias?

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

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

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

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

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou deprimido(a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas? | NÃO | SIM | 5 |

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO  SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES NESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

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

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

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

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

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	2	
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	4	
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM	6	
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM	8	
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9	
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10	
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11	
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM	12	

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «b» COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO)?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «a» COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO)? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4)?	→ NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ? SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11)?	→ NÃO	SIM	18
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA		

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	➡ NÃO SIM		1
Durante os últimos 3 meses:				
M2	Recusou-se a engordar, embora pesasse pouco ?	➡ NÃO SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	➡ NÃO SIM		3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM		4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	➡ NÃO SIM		
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	➡ NÃO SIM		7
PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ? PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?			NÃO SIM ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

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

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg) Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

MLNLI 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

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

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	➡ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	➡ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	➡ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR "NÃO" OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIOREMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / "dar branco" ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?			NÃO SIM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL		

➡ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

➡
NÃO SIM

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

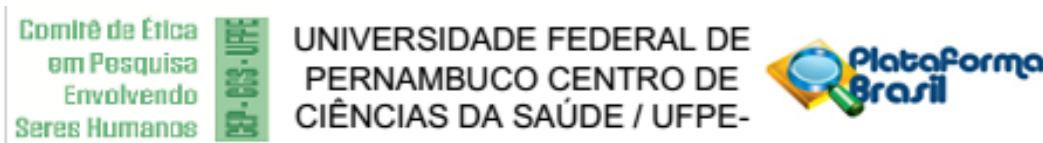
Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	L. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Carroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolosky	P. Zvolosky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

Anexo F – Parecer consubstanciado do CEP

APÊNDICES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comorbidades Psiquiátricas em dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa

Pesquisador: Mariana Bandeira Formiga

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23496813.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 498.403

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br