



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

DANIELA BENZANO BUMAGUIN

**CLUSTERS DE GRAVIDADE DE USO DE SUBSTÂNCIAS E ANÁLISE DE  
FATORES DE RISCO**

Porto Alegre

2023

DANIELA BENZANO BUMAGUIN

**CLUSTERS DE GRAVIDADE DE USO DE SUBSTÂNCIAS E ANÁLISE DE  
FATORES DE RISCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Félix Henrique Paim Kessler  
Coorientadora: Profa. Dra. Jaqueline Bohrer Schuch

Porto Alegre

2023

## CIP - Catalogação na Publicação

Bumaguin, Daniela Benzano  
CLUSTERS DE GRAVIDADE DE USO DE SUBSTÂNCIAS E  
ANÁLISE DE FATORES DE RISCO / Daniela Benzano  
Bumaguin. -- 2023.  
102 f.  
Orientador: Félix Henrique Paim Kessler.

Coorientadora: Jaqueline Bohrer Schuch.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do  
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Clusters de gravidade. 2. K-means clustering. 3.  
vulnerabilidade. 4. crack cocaína. 5. álcool. I.  
Kessler, Félix Henrique Paim, orient. II. Schuch,  
Jaqueline Bohrer, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DANIELA BENZANO BUMAGUIN

**CLUSTERS DE GRAVIDADE DE USO DE SUBSTÂNCIAS E ANÁLISE DE  
FATORES DE RISCO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovado em: 14 de dezembro de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Maria Cláudia Schardosim Cotta de Souza  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

---

Dra. Simone Hauck  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Dr. Thiago Marques Fidalgo  
Universidade Federal de São Paulo

*Aos meus pais, pela minha infância  
feliz... A minha filha Clara, cuja infância tanto  
me ensina.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao Professor Felix H. P. Kessler, pelo seu constante incentivo ao aprendizado, orientação acadêmica, e generosidade;*

*À Professora Jaqueline Bohrer Schuch, pelo seu suporte e ensinamentos inesquecíveis;*

*Aos Professores Lísia Von Diemen e Flávio Pechansky por muitos anos de estrada os acompanhando, e inúmeros aprendizados oferecidos;*

*Ao meu colega Felipe Ornell, pelas risadas compartilhadas e enorme suporte na escrita dos artigos;*

*Aos Professores Joana Narváez e Sergio Kato, pelos valiosos aportes no Exame Geral de Qualificação e parceria nos artigos;*

*Aos meus colegas do CPAD e aos coautores dos artigos que compõem esta tese;*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS e seu corpo docente, e especialmente à secretária do PPG-PSIQ, Cláudia Grabinski;*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq);*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo incentivo neste período (Código de Financiamento 001).*

## RESUMO

Uma das pautas da agenda 2030 da Organização Mundial da Saúde é reforçar a prevenção e tratamento do uso problemático de substâncias lícitas e ilícitas. A população de usuários de crack cocaína e de álcool é altamente heterogênea e a procura por maior efetividade das estratégias preventivas e terapêuticas é constante. Por isso, é relevante compreender melhor a problemática e as necessidades assistenciais destes pacientes. O objetivo desta tese é avaliar clusters de gravidade de uso de álcool e crack cocaína, assim como compreender as vulnerabilidades dos usuários internados em uma Unidade especializada em tratamento de Adições. Para isso, foram realizados três artigos. No artigo 1, intitulado “*Alcohol use severity clusters: parenting styles, trauma, and impulsivity as risk factors*”, foi avaliada uma amostra de pacientes alcoolistas. A partir dos escores compostos do instrumento ASI-6 e por meio da técnica de agrupamentos *K-means* foram encontrados dois clusters de gravidade. Um menos e outro mais grave, cujas diferenças de grande magnitude se encontraram nos escores de problemas psiquiátricos (*Diferença de médias padronizada  $d$  de Cohen= $d=1,54$* ), médicos ( $d=1,17$ ) e social e familiar ( $d=1,05$ ). Após ajuste para potenciais fatores de confusão estes clusters diferiram em relação à presença de negligência física na infância (RP:1,37 IC95% 1,03-1,82) e altos níveis de impulsividade não planejada (RP:1,43 IC95% 1,09-1,88). No artigo 2, intitulado “*Parental pattern, childhood trauma, and impulsivity contribute to the severity of crack cocaine addiction: a cluster analysis*” foi conduzida a técnica de agrupamentos *K-means* nos escores compostos do ASI-6 aplicados em usuários de crack cocaína. Foram encontrados dois clusters, um menos e um mais grave. As diferenças de grande magnitude entre estes clusters foram nos escores compostos de drogas ( $d =1,15$ ), álcool ( $d=1,10$ ), psiquiátrico ( $d=1,53$ ), médico ( $d=0,99$ ) e familiar e social ( $d=1,09$ ). Após ajuste para fatores de confusão, houve maior prevalência de uso grave naqueles pacientes com estilo parental de abuso da mãe (RP:1,24 IC95% 1,03-1,51), nos que tinham sofrido abuso sexual na infância (RP:1,42 IC95% 1,13-1,73) e naqueles com maior impulsividade motora (RP:1,36 IC95% 1,06-1,73) e não planejada (RP:1,33 IC95% 1,03-1,73). O artigo 3, intitulado “*Clinical vulnerability for severity and mortality by COVID-19 among users of alcohol and other substances*” foi desenvolvido no início da pandemia, em um momento em que a comunidade científica se esforçou para compreender o comportamento da COVID-19 e determinar grupos de risco. Neste manuscrito foi descrita a alta prevalência de fatores de risco para formas de COVID-19 mais agressivas. Apenas 8% da amostra total não tinha fatores de risco e 28% tinha três ou mais fatores. Uma comparação entre usuários de álcool, crack cocaína e poli usuários evidenciou que alcoolistas tinham maior prevalência de doenças médicas crônicas, enquanto que outros usuários tinham maior vulnerabilidade social e infecções. A importância destes achados se baseia no fato de que é necessário evidenciar existência de *clusters* de gravidade ou mesmo de risco dentro dos grupos de usuários, além das diferenças de vulnerabilidade, mesmo sendo recorte de uma população de pacientes internados e graves. Ações mais personalizadas, na direção da medicina de precisão, que dirijam a atenção a estas diferenças são importantes no tratamento e prevenção à recaída desta vulnerável população.

**Palavras-chave:** *Clusters* de gravidade, *K-means clustering*, vulnerabilidade, crack cocaína, álcool.

## ABSTRACT

One of the goals of the World Health Organization's 2030 agenda is to reinforce the prevention and treatment of alcohol and drugs abuse. The population that consumes crack and alcohol is very heterogeneous and the search for greater effectiveness of preventive and therapeutic strategies is constant. Therefore, it is important to better understand the problems and care needs of these patients. The objective of this thesis is to evaluate clusters of severity of alcohol and crack use, as well as to understand the vulnerabilities of users hospitalized in a Unit specializing in the treatment of Addictions. For this, three articles were carried out. In article 1, entitled "Severity clusters of alcohol use: parental styles, trauma and impulsivity as risk factors", a sample of alcoholic patients was evaluated. From the composite scores of the ASI-6 instrument and using the K-means clustering technique, two severity clusters were found. One less and the other more severe, whose large magnitude differences were found in the scores of psychiatric problems (Standardized means difference Cohen's  $d=1.54$ ), medical ( $d=1.17$ ) and social and family problems ( $d=1.05$ ). After adjustments for confounding factors, these clusters differed in relation to the presence of physical neglect in childhood (RP:1.37 IC95% 1.03-1.82) and high levels of unplanned impulsivity (RP:1.43 IC95 % 1.09-1.88). In article 2, entitled "Parental pattern, childhood trauma, and impulsivity contribute to the severity of crack cocaine addiction: a cluster analysis", the K-means clustering technique was used on the ASI-6 composite scores applied to crack cocaine users. Two clusters were found, one less and one more severe. The large magnitude differences between these clusters were in the composite scores of drugs ( $d=1.15$ ), alcohol ( $d=1.10$ ), psychiatric ( $d=1.53$ ), medical ( $d=0.99$ ) and family and social ( $d=1.09$ ). After adjustment for confounding factors, there was a higher prevalence of severe use in those patients with their mother's abusive parenting style (PR: 1.24 95% CI 1.03-1.51), in those who had suffered sexual abuse (PR: 1.42 CI95% 1.13-1.73) and in those with higher motor (RP:1.36 CI95% 1.06-1.73) and unplanned impulsivity (RP:1.33 CI95% 1.03- 1.73). Article 3, entitled "Clinical vulnerability for severity and mortality by COVID-19 among users of alcohol and other substances" was developed at the beginning of the pandemic, at a time when the scientific community made efforts to understand the behavior of COVID-19 and determine risk groups. In this manuscript, the high prevalence of risk factors for more aggressive forms of COVID-19 was described. Only 8% of the total sample had no risk factors and 28% had three or more factors. A comparison between alcohol users, crack cocaine users and multiusers showed that alcohol users had a higher prevalence of chronic medical diseases, while other users had greater social vulnerability and infections. The importance of these findings is based on the fact that it is necessary to highlight the existence of clusters of severity or even risk within groups of users, and in addition to the differences in vulnerability between users, even if they are part of treating a population of patients hospitalized and serious. More personalized actions, towards precision medicine, that focus attention on these differences are important in the treatment and prevention of relapse in this vulnerable population.

**Keywords:** Severity Clusters, K-means clustering, vulnerability, crack cocaine, alcohol.



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Tabela dos grupos de consumo de álcool e crack cocaína encontrados por alguns autores e suas características .....20

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ASI	Addiction Severity Index
BIS	Escala de Impulsividade de Barrat
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DALY	Disability-adjusted Life Years
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EP	Erro Padrão
GLM	Generalized Linear Models
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MOPS	Measure of Parental Style
NIDA	National Institute on Drug Abuse
TUS	Transtorno por Uso de Substância
UAA	Unidade Álvaro Alvim

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS .....	12
1.2 EPIDEMIOLOGIA DO USO DO ÁLCOOL E COCAÍNA .....	14
1.3 FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDADE DE USO .....	15
1.4 VULNERABILIDADE DOS USUÁRIOS E A SUA RELAÇÃO COM A COVID19 ....	17
1.5 TÉCNICAS DE “CLUSTERING” .....	18
1.6 CLUSTERS DE GRAVIDADE NA ADIÇÃO .....	19
1.7 RAZÃO DE PREVALÊNCIA COMO MEDIDA DE FORÇA DE ASSOCIAÇÃO .....	22
1.8 REGRESSÃO DE POISSON COM VARIÂNCIA ROBUSTA.....	23
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>26</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA.....	27
4.2 EXTRAÇÃO DE DADOS .....	27
4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DADOS.....	28
4.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA .....	28
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
4.6 K-MEANS-CLUSTERING.....	30
4.7 ÍNDICES PARA ESCOLHER O NÚMERO DE CLUSTERS.....	30
4.8 DIFERENÇA PADRONIZADA DE MÉDIAS D DE COHEN .....	32
<b>5 ARTIGOS.....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO A- QUESTIONARIO INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO B- ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI- 6) .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO C- ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRAT (BIS).....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO D-CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ).....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO E- MEASURE OF PARENTAL STYLE (MOPS).....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta o referencial teórico utilizado para elaborar a tese e escrever os artigos que a compõem, e integra conceitos da área da psiquiatria da adição, da epidemiologia e da bioestatística. Na sessão 1.1 são apresentados conceitos sobre o transtorno por uso de substâncias e na 1.2 informações sobre a epidemiologia do álcool e do crack cocaína. Na sessão 1.3 são estudados os fatores associados à gravidade de uso e na sessão 1.4 é esclarecido o contexto de vulnerabilidade dos usuários de substâncias em tempo de pandemia da COVID-19. Na sessão 1.5 são descritas as técnicas de clusterização ou *clustering* mais utilizadas e na 1.6 alguns dos agrupamentos de gravidade de uso de substâncias encontrados na literatura, para o álcool e para o crack cocaína. Por último na sessão 1.7 são apresentadas as medidas de força de associação mais utilizadas e a justificativa da escolha da medida apresentada neste trabalho e na 1.8 alguns conceitos sobre a Regressão de Poisson com variância robusta.

### 1.1 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

O álcool e o crack/cocaína estão citados entre as dez classes de drogas que podem levar aos Transtornos relacionados ao uso de substâncias de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014). Experiências prazerosas referidas como “barato” ou “viagem” são um denominador comum entre aquelas provocadas pelas drogas como o álcool e o crack cocaína. Como citado no DSM-5, a característica essencial de um transtorno por uso de substâncias requer a presença de um grupo de sintomas (cognitivos, comportamentais e fisiológicos) que indicam o uso contínuo apesar dos problemas relacionados à substância. Os critérios utilizados para o diagnóstico de um transtorno por uso de substâncias incluem presença de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos. O baixo controle se refere à dificuldade do usuário em diminuir a dose e tempo gasto em usar a substância e a presença de fissura (desejo ou necessidade intensos de usar a droga, a qualquer momento ou principalmente em circunstâncias ou lugar onde foi consumida antes) (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014). Muitas vezes a tentativa por reduzir ou deixar de usar a substância é mal sucedida. A deterioração social trata dos prejuízos que o consumo traz na vida do usuário, tanto do ponto de vista das suas atividades de trabalho, estudo e lazer, como das suas relações interpessoais. O indivíduo pode começar a não cumprir com seus compromissos e afastar-se da

família em função do consumo da substância. O uso arriscado acontece quando o usuário corre risco à sua integridade física. Da mesma forma, ocorre quando ele corre risco mais a longo prazo, onde continua o uso apesar do seu conhecimento sobre problemas de saúde física e mental decorrente do uso crônico. Os critérios farmacológicos são aqueles em que a tolerância e abstinência se apresentam. A tolerância implica que maiores doses devem ser consumidas para ter o mesmo efeito ou o efeito percebido é menor após o uso da quantidade habitual. A abstinência, é uma síndrome que surge quando as concentrações de substância diminuem no sangue ou tecidos, quando há um consumo prolongado ou intenso. Alguns sintomas são apresentados quando isso acontece. (American Psychiatric Association, 2014) . A presença de recaídas constantes e fissuras intensas pode estar relacionada com alterações nos circuitos cerebrais, o que permite inferir que tratamentos de longo prazo podem ser mais efetivos para estes usuários. Nesse sentido, o consumo de substâncias ativa o sistema de recompensa do cérebro e pode levar o usuário a negligenciar suas atividades do dia a dia. Um padrão patológico relacionado ao uso das substâncias é o que possibilita o diagnóstico destes pacientes (American Psychiatric Association, 2014).

Pacientes com transtorno por uso de substâncias têm uma alta heterogeneidade clínica. Os usuários costumam apresentar também alta prevalência de comorbidades psiquiátricas como depressão, esquizofrenia, ansiedade e transtorno bipolar, e alta prevalência de comorbidades clínicas, como insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes e cardiopatia isquêmica (Skinstad & Swain, 2001; Palomo et al., 2007; Najt et al., 2011; Banducci et al., 2014, Lagisetty, 2017). Além disso, uma parcela importante de usuários de substâncias apresenta diversas vulnerabilidades sociais, comportamentos disruptivos e envolvimento com diferentes tipos de violência. Em um estudo multicêntrico em usuários de crack, realizado em seis capitais brasileiras, quase a metade dos usuários (47,2%) relataram ter morado na rua ou abrigos, e destes, 72% estiveram presos ou detidos, 11% por crime violento (Halpern et al., 2017). O estudo e a padronização dos tratamentos baseados em evidência destes pacientes é difícil em função desta heterogeneidade. Novos modelos terapêuticos podem beneficiar estes pacientes considerando estas peculiaridades (Lagisetty et al., 2017). Os pacientes alcoolistas e os usuários de crack e cocaína costumam ter recaídas, o tratamento do transtorno por uso de substâncias tem pouca adesão e não há tratamento medicamentoso com grande magnitude de efeito. A recaída é muito comum em pacientes alcoolistas e os pesquisadores da área buscam responder, ainda com dificuldade, quais os seus determinantes (Sliedrecht et al., 2019). No caso dos usuários de crack, parecem percorrer uma longa trajetória

de procura por tratamento, que costuma ser mais difícil e complexo, em função da sua vulnerabilidade social. Estudos recentes realizados com usuários que moravam na Cracolândia (São Paulo) evidenciaram que quase 75% da amostra já tinha tentado pelo menos uma internação e 65% tinha procurado tratamento ambulatorial (Miguel et al., 2022).

Todavia, os transtornos por uso de substâncias podem ter diferentes níveis de gravidade, que vão de leve a grave, de acordo com a repercussão na vida do indivíduo, inclusive, dentro do mesmo indivíduo o transtorno pode mudar ao longo do tempo (American Psychiatric Association, 2014). Considerando estas características e a heterogeneidade clínica dos indivíduos acometidos, a classificação de grupos mais homogêneos de pacientes pode auxiliar na busca por um tratamento mais específico e eficaz.

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA DO USO DO ÁLCOOL E COCAÍNA

Um estudo realizado em 2016 encontrou que aproximadamente 16% da população mundial sofria de alguma doença mental ou de transtornos por uso de substâncias. Estes transtornos estão associados a carga de doença (*burden of disease*), e há uma estimativa de que 162,5 milhões de DALYs (*disability-adjusted life years*: anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) foram perdidos devido a estes distúrbios (Rehm & Shield, 2019). Uma análise sistemática, com informações de 204 países e territórios do Global Burden of Disease Study de 2019, descreveu um aumento na taxa de DALY padronizada por idade de 25,4% devido ao uso problemático de substâncias, entre 1990 e 2019 (Vos et al., 2020).

O transtorno por uso de drogas ilícitas apresentou prevalências preocupantes, de 844 casos a cada 100.000 habitantes, sendo 1.070 casos a cada 100.000 no sexo masculino. A estimativa da prevalência de consumo de cocaína no mundo é de 0,40%, sendo maior na América do Sul, com uma prevalência de 1,03% (United Nations publication, 2022). No Brasil, as estimativas também são elevadas. No III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira (2015), para substâncias como cocaína, o uso alguma vez na vida foi de 3,5%, e a prevalência para o uso de crack foi de 0,9%. O consumo de alguma droga ilícita na vida foi estimado em 11,3% (Bastos et al., 2017).

Da mesma forma, é alarmante a alta prevalência de transtorno por uso de álcool na população mundial e brasileira. Estimativas mundiais recentes apontam que o transtorno por uso de álcool alcançou uma prevalência de 1.358 casos a cada 100.000 habitantes, chegando a 1.902 casos a cada 100.000 em homens (United Nations Publication, 2022). Estes números

foram estimados no mundo inteiro e incluem países onde se bebe pouco ou praticamente nada. Um aumento da mortalidade relacionada ao uso de álcool em pacientes com transtorno foi observado nos Estados Unidos, com taxas de mortalidade nestes usuários que aumentaram 24,79% em 2020 e 21,95% em 2021 em relação às esperadas (Yeo et al., 2022). O uso de álcool representa 5,1% da carga global de doença em países de baixa, média e alta renda, nas mulheres 2,2% e nos homens chega à 7,1% (Organização Mundial da Saúde, 2018). Apesar de pessoas de baixa e alta renda consumirem quantidades similares, naquelas de baixa renda existe um maior impacto do consumo de álcool. Isto pode ser relacionado a diferenças na dieta, tabagismo, sedentarismo e acesso à saúde ou mesmo ao consumo de destilados de baixo custo como a cachaça (Marmot, 2019). Em relação à população brasileira, o impacto do consumo de álcool e outras substâncias também é preocupante. No III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira (2015) a estimativa de consumo de bebidas alcoólicas na vida foi de 66,7% e a de dependência foi de 3,5% dentre aqueles que consumiram álcool no último ano (Bastos et al., 2017), enquanto os estudos anteriores com métodos de aferição diferentes apontaram para prevalências que se aproximavam de 10% (LENAD I e II). A tendência epidemiológica mundial e brasileira do consumo destas substâncias, a alta frequência e a gravidade do impacto social, ressaltam a importância de estudar o comportamento dos usuários e suas vulnerabilidades, para prever formas de tratamento mais eficazes.

### 1.3 FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDADE DE USO

Em vários estudos foram analisadas as relações entre fatores de risco e gravidade do uso de álcool e crack cocaína. Fatores genéticos, ambientais ou situacionais e comportamentais foram descritos como sendo de risco para o uso de substâncias. Pessoas com um baixo nível de autocontrole, e com alterações nos mecanismos cerebrais de inibição, podem estar mais suscetíveis ao uso problemático (Lopes-Caneda, 2014). Há indícios que possivelmente, muito antes de aparecer o transtorno já haviam comportamentos que poderiam estar relacionados à uma propensão ao início de uso (American Psychiatric Association, 2014). O NIDA (National Institute on Drug Abuse) cita alguns fatores que aumentam o risco para adições. Os fatores biológicos (fatores genéticos, gênero) e a presença de comorbidades explicam 50% do comportamento. Os fatores ambientais, as relações familiares e de amizade, assim como a qualidade de vida e condições de moradia, são importantes determinantes para o desenvolvimento da adição. E finalmente, a fase do uso da substância também é um fator que

aumenta o risco, já que um início mais precoce, aumenta a chance de desenvolver formas mais graves de uso.

A relação entre os estilos parentais e a gravidade de uso de substâncias foi estabelecida na literatura. Em uma amostra de adolescentes, o cuidado paterno foi um fator protetor para uso disfuncional ou dependência de álcool (OR:0,51 IC95% 0,27 -0,95) enquanto que o controle paterno aumentava a chance de desfecho (OR:2,16 IC95% 1,16 -4,05) (Eun, 2018). Existe uma interação entre as influências dos estilos parentais (autoritário ou permissivo) no monitoramento dos filhos. Por sua vez, este monitoramento se relaciona com o controle no uso de álcool e com os problemas relacionados com o álcool, tendo como mediadora a impulsividade (Patock-Peckham, 2011). Além disso, a presença de maus tratos na infância foi associada ao uso problemático, à dependência e ao consumo em *binge* de álcool (consumo excessivo de álcool que aumenta a concentração de álcool em sangue para 0,08%, e equivale a cinco doses ou mais para homens e quatro ou mais para mulheres, consumido dentro de um prazo de 2 horas). Diferentes estudos, inclusive recentes, evidenciam que usuários de substâncias como álcool, crack cocaína e poli usuários, diferem significativamente de controles em relação ao trauma na infância, e diferentes formas de abuso e negligência (Banducci et al., 2014; Hoffmann et al., 2022). Na mesma linha de entendimento de que os traumas ocorridos na infância podem agravar o uso de substâncias, um estudo dinamarquês encontrou que a separação dos pais é um fator que aumenta a chance de usar álcool regularmente, principalmente na adolescência (del Palacio-Gonzalez & Pedersen, 2022).

A impulsividade está fortemente associada a transtornos por uso de substâncias (Kozak, 2019). Três hipóteses foram discutidas sobre a esta relação. A primeira, seria que o nível de impulsividade levaria ao uso problemático de substâncias, a segunda que o uso problemático da substância leva à impulsividade e a terceira, que a impulsividade e uso de substâncias estão associadas a um terceiro fator (por exemplo, fatores ambientais e genéticos) (Perry, 2008). Em homens, os níveis de controle materno foram descritos como indiretamente vinculados a menor quantidade de problemas relacionados ao álcool, mediado por uma menor impulsividade (Patock-Peckham, 2011). Também, a impulsividade foi citada como mediadora da relação entre os maus tratos e o consumo e já foi descrita como uma variável mediadora na relação do abuso e negligência na infância, com o consumo problemático de substâncias (Shin et al., 2015; Oshri et al., 2018).



Uma melhor compreensão dos fatores associados ao uso e à gravidade do uso é importante, para possibilitar que estratégias de prevenção e tratamento sejam mais direcionadas e integradoras.

#### 1.4 VULNERABILIDADE DOS USUÁRIOS E A SUA RELAÇÃO COM A COVID19

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde decretou o estado de pandemia da COVID 19 e a comunidade científica se uniu para compreender melhor este fenômeno. As organizações de saúde pública nacional e internacional direcionaram seu olhar à esta situação (World Health Organization; 2020). Nesse sentido, as pesquisas e literatura científica mundial objetivavam entender melhor o funcionamento do patógeno, as suas formas de transmissão e suas manifestações clínicas. Logo no início os boletins epidemiológicos apontavam que pessoas física e socialmente mais vulneráveis sofriam formas mais graves e letais, e entender estas populações era fundamental. Os recursos para se defender do vírus eram escassos e o conhecimento ainda incipiente. Portanto, era importante obter informações em relação a populações mais suscetíveis, assim como era preciso entender quais eram os grupos com maior impacto, com formas mais graves de infecção, doença, e com maiores chances de contaminação. Logo se conheceu a gravidade da doença que variava bastante entre os indivíduos. Havia pacientes com condições assintomáticas e outros com quadros graves onde as necessidades assistenciais levaram rapidamente ao colapso do sistema de saúde, em diversos países. Indivíduos idosos, imunocomprometidos e com condições clínicas crônicas, como doenças cardiovasculares e respiratórias constituíam grupos de risco potenciais para infecções como o COVID-19 (Yang, 2020; D'Antiga, 2020; CDC, 2020). Naquele momento, os autores destacaram rapidamente o fato de ser uma doença altamente contagiosa e com uma taxa de transmissão de aproximadamente 3% (Zao, 2020) e um período de incubação de 2 a 14 dias (Casella, 2020). Esta situação de pandemia e emergência de saúde pública, direcionou o olhar de todo o meio científico à melhor compreensão destas características.

Neste contexto, era plausível inferir que os usuários de crack cocaína e alcoolistas seriam populações mais vulneráveis, também para esta condição. Identificar grupos mais suscetíveis à infecção, com quadros clínicos mais graves e maior risco de mortalidade, se tornou fundamental para a implementação de estratégias específicas (CDC, 2020). Indivíduos com transtornos por uso de substâncias (TUS) apresentam maior risco de contaminação por agentes infecciosos, assim como sofrem intensas consequências das doenças relacionadas a estes

agentes (NIDA, 2020). Fatores clínicos, psicológicos e psicossociais explicam estas consequências (Peacock, 2018; Lagisetty, 2017). Estudos prévios já demonstraram que o consumo de algumas substâncias facilita a contaminação e agrava o prognóstico da influenza (Godoy, 2018; Meyerholz, 2008), e pode estar relacionado à alterações imunológicas que facilitam a contaminação (Cohen, 1993; Sureshchandra, 2019; Schuch-Goi, 2017).

Apesar disso, pouca atenção tinha sido direcionada a este grupo no início da pandemia (Ornell, 2020). Neste contexto emergencial surgiu o objetivo de apresentar a alta prevalência de fatores de risco para o COVID-19 em uma amostra de usuários de drogas lícitas e ilícitas, e inclusive avaliar a diferença entre os diferentes tipos de usuários. Isto poderia ser de grande valia para compreender melhor a sua vulnerabilidade e impacto na sua saúde global.

### 1.5 TÉCNICAS DE “CLUSTERING”

Análise de clusters é um termo amplo que abarca uma grande quantidade de métodos estatísticos, cujo objetivo é agrupar indivíduos ou observações que tem a característica de ser homogêneos entre si e diferentes de outros. Dado um conjunto de dados, contendo um grande número de medições feitas em um grande número de indivíduos (ou objetos), o objetivo é construir subgrupos ou aglomerados de indivíduos (Härdle, 2007). Isso é feito agrupando indivíduos semelhantes de acordo com algum critério. De alguma forma estas técnicas tentam fazer o que o humano consegue fazer muito bem em duas ou três dimensões. Agrupar é diferente de classificar, já que classificar implica conhecer categorias previamente, enquanto agrupar é exploratório e não pressupõe nenhum conhecimento prévio da distribuição dos objetos.

Esta análise é utilizada em várias disciplinas como medicina, marketing, economia e agronomia, entre outras. Existem várias técnicas de agrupamento e são utilizadas dependendo da origem dos dados, da quantidade de observações, do tipo de variáveis envolvidas, entre outros aspectos. Basicamente, dois passos são os necessários. O primeiro é a escolha de uma medida de proximidade (similaridade ou dissimilaridade) e verifica-se cada par de observações (objetos) quanto à proximidade de seus valores. Quanto mais próximos em relação a medida de similaridade escolhida estiverem, mais homogêneos serão os objetos. O segundo, é o algoritmo de construção do grupo. Com base na proximidade dos objetos estes são atribuídos a um dos grupos para que as diferenças entre os grupos sejam grandes, e as diferenças dentro dos grupos se tornem o menor possível (Härdle, 2007). Johnson e Wichern (2007) resumem os diferentes tipos de procedimentos. Em primeiro lugar, os **hierárquicos aglomerativos**, onde cada

observação é considerada como um grupo individual, e grupos são recursivamente fundidos até produzir um bom agrupamento final. Em segundo lugar, os **não hierárquicos**, que tem o propósito de particionar o número total de observações em  $k$  clusters minimizando alguns critérios numéricos cujos valores baixos indicam uma boa solução, partindo de uma semente aleatória. O *k-means* utilizado neste trabalho é um exemplo deste tipo de procedimento. E por último, os procedimentos de agrupamento **baseados em uma distribuição de probabilidade**, onde a maximização da expectativa é um algoritmo de estimativa e possui o objetivo de encontrar o melhor ajuste de um modelo para um conjunto de dados, através da estimativa da máxima verossimilhança.

Outro aspecto muito importante é validar o número de clusters oriundos de uma análise de agrupamentos. A maior parte dos algoritmos tem pressupostos para definir o número de subgrupos presentes em uma base de dados. É necessário avaliar a validade dos achados. Esta avaliação deve levar em conta a qualidade dos clusters, o grau em que os agrupamentos se ajustam aos dados, e o número ideal de clusters (Charrad, 2014). Existem mais de 30 índices para avaliar o número de clusters na literatura e serão desenvolvidos no capítulo dos métodos.

## 1.6 CLUSTERS DE GRAVIDADE NA ADIÇÃO

A classificação de alcoolistas em diferentes grupos, de acordo com características específicas foi vastamente descrita na literatura, e bastante utilizada por diferentes autores para compreender o funcionamento dos pacientes e suas potenciais formas de tratamento (Cloninger 1981; Cloninger et al., 1996; Jemberie et al., 2020; Ribeiro et al., 2008). Os fatores utilizados para classificar estes alcoolistas incluem o componente genético, aspectos ambientais, idade de início, tipos de problemas relacionados ao álcool e traços de personalidade (Cloninger et al., 1996). A obtenção de agrupamentos diferentes em alcoolistas e a sua associação ao tratamento e prognóstico, fez com que alguns autores apontassem que o diagnóstico de dependência de álcool não basta para atender as suas necessidades assistenciais. Isto ressalta a importância de maiores estudos no contexto sociocultural brasileiro, onde há dificuldade na resposta às abordagens de tratamento existentes (Ribeiro et al., 2008). Utilizando análises de classes latentes, Jemberie et al identificaram através do instrumento Addiction Severity Index (ASI) cinco diferentes tipos de usuários de álcool de mais de 50 anos. Dois subtipos com problemas diferentes no funcionamento psicossocial, idade, e idade de início de uso regular e problemático, outros dois subtipos tinham comorbidade psiquiátrica, mas com diferenças em

relação à violência e criminalidade, gênero e idade de início de uso problemático. E, finalmente, o quinto subtipo citado, com alta prevalência de uso concomitante de outras substâncias e problemas legais e de emprego (Jemberie et al., 2020).

Também, em usuários de cocaína, a identificação de subgrupos é de fundamental importância e tem sido pouco explorada na literatura. Um estudo alemão realizado em população geral encontrou 3 clusters de usuários de cocaína, um grupo sem uso problemático, outro com uso problemático de várias substâncias porém sem uso de anfetamina ou ecstasy, e outro terceiro grupo com uso problemático de todas as substâncias, incluindo anfetaminas (Kraus, 2007). Também, no intuito de encontrar diferenças de comportamento em poli usuários, um estudo britânico identificou três padrões de uso: amplo uso, moderado e não poli usuário (Smith et al., 2010). Estudos recentes descreveram a existência de quatro subgrupos em usuários de cocaína, com diferentes níveis em relação à frequência, duração e quantidade: os de uso leve, moderado, diário, e aqueles com uma quantidade alta de uso (Liu et al., 2021).

Vários autores tentaram explorar, usando técnicas e inclusive variáveis diferentes para estabelecer agrupamentos de usuários de álcool e de outras substâncias. Os tipos de agrupamentos encontrados apresentam algumas sobreposições e algumas divergências (Tabela 1). Neste contexto, é de extrema importância encontrar uma forma de dividir os usuários, de álcool e de crack cocaína, com o objetivo de entender o padrão de consumo e repercussões nestes pacientes. Encontrar um modelo útil e comparar os grupos obtidos nos diferentes tipos de usuários pode abrir mais um caminho para terapias mais efetivas e direcionadas às necessidades dos pacientes.

**Tabela 1- Tabela com exemplos de grupos de indivíduos consumo de álcool ou crack cocaína encontrados por alguns autores e suas características.**

<b>ÁLCOOL</b>		
<b>Autor</b>	<b>Grupos</b>	<b>Características</b>
<b>Jellinek 1960</b>	<b>5 tipos</b>	
	<b>Alfa</b>	-Sem dependência física e fissura -Alcoolistas que bebem para atenuar doença física ou mental
	<b>Beta</b>	-Sem dependência física e fissura -Apresentação de repercussões físicas do consumo (gastrite, cirrose).
	<b>Gama</b>	-Presença de dependência física e fissura -Conseguem a abstinência, mas perdem o controle quando há consumo de álcool
	<b>Delta</b>	-Metabolismo adaptativo -Presença de dependência física e fissura -Dificuldade para manter a abstinência
	<b>Épsilon</b>	-Metabolismo adaptativo -Longos períodos de abstinência -Início repentino de consumo compulsivo.

<b>Cloninger et al. 1981,1992</b>	<b>2 tipos</b>	
	<b>Tipo I</b>	-Ambos os sexos -Presença de uma predisposição genética e ambiental -Início tardio dos problemas -Forma leve ou grave
	<b>Tipo II</b>	-Principalmente filhos de alcoolistas de sexo masculino -Pouco influenciado pelo ambiente -Começa na adolescência ou início da idade adulta -Gravidade moderada -Associado a problemas legais e criminalidade pessoal e familiar
<b>Babor 1992</b>	<b>2 tipos</b>	
	<b>Tipo A</b>	-Início tardio -Menos fatores de risco na infância -Menos dependência -Menos consequências físicas e sociais -Menos tratamentos prévios -Menos problemas familiares e de trabalho
	<b>Tipo B</b>	-Início precoce -Presença de fatores de risco na infância -Maior gravidade da dependência -Consequências físicas e sociais mais graves -Tratamentos mais crônicos -Mais repercussões em vários âmbitos da vida diária -Uso de outras drogas
<b>Hill 1992</b>	<b>3 Tipos</b>	2 primeiros similares aos Tipo I e II de Cloninger
	<b>Tipo I</b>	Similar ao tipo I de Cloninger
	<b>Tipo II</b>	Similar ao tipo II de Cloninger
	<b>Tipo III</b>	Similar ao tipo II de Cloninger porém estar associado a problemas de criminalidade ou personalidade antisocial familiar
<b>Hauser 1997</b>	<b>3 tipos</b>	
	<b>Tipo I</b>	-Início tardio -Sem histórico familiar - Poucos problemas relacionados ao álcool
	<b>Tipo 2</b>	-Início precoce -Problemas relacionados ao álcool e familiares graves -Histórico familiar presente
	<b>Tipo 3</b>	-Início precoce -Problemas graves relacionados com o álcool -Presença de comorbidades psiquiátricas e médicas.
<b>Ribeiro 2008</b>	<b>2 clusters</b>	
	<b>Cluster 1</b>	-Início mais tardio dos problemas -Menos problemas sociais -Maior sentimento de culpa
	<b>Cluster 2</b>	-História familiar de alcoolismo -Características antissociais -Uso disfuncional de outras substâncias psicoativas e -Piores níveis de adesão ao tratamento
<b>Jemberie 2020</b>	<b>5 classes</b>	
	<b>Classe 1</b>	-Início mais tardio dos problemas -Funcional, sem grandes consequências sociais e familiares.
	<b>Classe 2</b>	- Início mais precoce -Problemas familiares, legais, de emprego e saúde física e mental -Histórico de abusos
	<b>Classe 3</b>	-Início tardio -Comorbidade Psiquiátrica Ansiedade e Depressão -Histórico de abusos
	<b>Classe 4</b>	- Início precoce

		-Comorbidade Psiquiátrica de Ansiedade e Depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio -Índice moderado de criminalidade -Poucos/as tem companheiro/a - Início precoce - Maior frequência de tratamentos por problemas devidos ao consumo de álcool, mais incidência de <i>delirium tremens</i>
<b>CRACK COCAINA</b>		
<b>Kraus 2007</b>	<b>3 clusters</b>	
	<b>1</b>	-Usuários não problemáticos de drogas ilícitas
	<b>2</b>	-Definido como poli problemático sem anfetaminas -Problemas relacionados com maconha, cocaína e/ou opiáceos -Sem uso de anfetaminas ou ecstasy
	<b>3</b>	-Definido como poli problemático -Problemas relacionados com várias drogas (maconha, cocaína, opiáceos, anfetaminas e/ou ecstasy).
<b>Smith 2011</b>	<b>3 padrões</b>	
	<b>Amplio</b>	-Mais homens jovens -Tabagismo e alcoolismo associado -Tentativa de suicídio ao longo da vida mais frequente - Consumo de alta gama de drogas
	<b>Moderado</b>	-Mais homens jovens -Tabagismo e alcoolismo associado -Tentativa de suicídio ao longo da vida mais frequente -Consumo de uma moderada gama de drogas
	<b>Monousuário</b>	- Não poli usuários
<b>Liu 2021</b>	<b>4 subtipos</b>	
	<b>Baixa</b>	-Baixa intensidade
	<b>Moderado</b>	-Uso moderado
	<b>Diariamente</b>	-Usa diariamente
	<b>Muito alta</b>	-Muito alta quantidade

### 1.7 RAZÃO DE PREVALÊNCIA COMO MEDIDA DE FORÇA DE ASSOCIAÇÃO

A partir da necessidade de quantificar a magnitude da relação entre diferentes fatores, como os estilos parentais, o trauma na infância e impulsividade com o desfecho (ter maior gravidade de uso de substâncias ou estar no cluster mais grave de uso), conforme os escores de gravidade do ASI, foi preciso escolher uma medida de força de associação. Para facilitar a compreensão, iremos supor fatores e desfechos binários. Por exemplo, podemos considerar como fator de exposição o abuso físico grave (0 para quem não sofreu e 1 para quem sofreu abuso grave) e desfecho pertencer ao cluster de maior gravidade (0 para aqueles que pertencem ao cluster menos grave e 1 para aqueles que pertencem ao cluster mais grave). Dependendo do contexto da pesquisa epidemiológica, e mais especialmente o delineamento do estudo, as medidas de força de associação mais adequadas são razão de chances (*odds ratio*), risco relativo, razão de taxas de falhas (*hazard ratio rate*) condicional ou razão de prevalência. A razão de chances será utilizada em estudos de tipo caso-controle, em que os grupos são

escolhidos pelo desfecho. O risco relativo, será utilizado quando os participantes forem colocados a risco de ter o desfecho, portanto em estudos longitudinais de tipo coorte. A razão de taxas de falhas é utilizada quando os tempos de seguimento dos pacientes são diferentes, em estudos longitudinais em que não há possibilidades de acompanhar todos os participantes pelo mesmo período de tempo. E por último a razão de prevalência, que será utilizada em estudos transversais, sendo uma razão das prevalências de desfecho (por exemplo, estar no cluster mais grave) nos pacientes com e sem a exposição (por exemplo, ter sofrido abuso grave na infância). Esta medida é a mais adequada considerando o delineamento e forma de coleta dos dados deste trabalho.

## 1.8 REGRESSÃO DE POISSON COM VARIÂNCIA ROBUSTA

No intuito de compreender fenômenos biológicos, em bioestatística é comum modelar as relações entre variáveis de exposição e desfechos. Como todos os fenômenos da natureza, há fatores que podem confundir esta relação, já que quase nada é bivariado em biologia e medicina. Por exemplo, ter um uso de substância mais grave pode ser explicado por ter sofrido maus tratos na infância, mas outras variáveis associadas com a exposição influenciam neste desfecho. E para isto é importante escolher um modelo multivariável, que possa ser aplicado levando em consideração a natureza das variáveis envolvidas e o método de coleta dos dados. Diferentes modelos podem estimar a razão de prevalência, como por exemplo o log-binomial, Cox com tempo constante, e Poisson com estimativa robusta da variância.

Os modelos lineares generalizados (*Generalized Linear Models, GLM*) são modelos de Regressão que servem para explicar as relações entre as variáveis preditoras (ou exposição) e desfechos (ou variável resposta) e possibilitam ajustar para fatores de confusão. Estes modelos tem três componentes, um aleatório, que identifica a variável resposta e assume uma distribuição de probabilidade para ela. Um segundo componente sistemático, que especifica as variáveis explicativas do modelo. E como terceiro componente uma função de ligação, que serve para especificar o valor esperado ou média da variável resposta, e nos GLM se relaciona com as variáveis explicativas por meio de uma equação de predição linear (Agresti, 2007).

Supondo uma variável resposta ou de desfecho  $Y$  (pertencer ao cluster grave) com dois resultados possíveis: 1 seria o “sucesso” (pertencer ao cluster mais grave) e outra o “fracasso” (não pertencer ao cluster mais grave). E supondo que a distribuição de probabilidade de  $Y$   $P(Y=1) = p$ , probabilidade de sucesso e  $P(Y=0) = 1 - p$ , probabilidade de fracasso. Para  $n$

observações independentes teremos um número de sucessos cuja distribuição é binomial, com índice  $n$  e parâmetro  $p$ . Também podemos ter várias variáveis explicativas  $x$ , por exemplo uma delas poderia ser ter sofrido maus tratos na infância. A probabilidade de sucesso pode variar conforme o valor das possíveis variáveis explicativas  $x$  e, em um modelo de probabilidade linear, a probabilidade de acontecer um resultado é:

$$P(Y=I/x) = \beta_0 + \beta_1 x$$

onde  $x$  representa o valor da variável explicativa,  $\beta_0$  o coeficiente linear e  $\beta_1$  representa a mudança na probabilidade por um aumento em 1 unidade de  $x$ .

Na Regressão de Poisson, para estimar os coeficientes da regressão é necessária uma função de ligação logaritmo natural. Portanto para um modelo com várias variáveis explicativas teríamos:

$$\ln(P(Y=I/x)) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 \dots + \beta_k x_k \text{ onde } \beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots$$

$\beta_k$  são os coeficientes de regressão do modelo e  $x_1, x_2, \dots, x_k$  as variáveis explicativas.

A estimativa da Razão de prevalência será realizada calculando o exponencial dos coeficientes.

A Regressão de Poisson é frequentemente utilizada para modelar um desfecho que é uma contagem em um período de tempo. Ao incluir uma estimativa robusta da variância podemos modelar um desfecho binário (exemplo pertencer ao cluster mais grave), e a Regressão de Poisson fornece estimativas adequadas da Razão de prevalência (Barros, 2003; Coutinho, 2008). Esta estimativa robusta deve ser utilizada porque quando a variável resposta é dicotomizada, o erro fica superestimado. Um procedimento para realizar uma estimativa robusta (estimador sanduiche) é útil para corrigir as variâncias dos coeficientes da regressão e possibilitar a utilização deste modelo em dados binários (Zou, 2003).



## 2 JUSTIFICATIVA

Os pacientes com transtorno por uso de substâncias e transtorno por uso de álcool apresentam diferentes gravidades e repercussões na sua vida, e encontrar grupos ou mesmo conhecer suas características para poder direcionar melhor os tratamentos disponíveis, é considerado de alta relevância.

Na literatura referente ao transtorno por uso de álcool foram estabelecidos historicamente mais grupos ou tipologias. Porém, em alcoolistas internados, é importante encontrar grupos que sejam diferentes, mesmo dentro desta aparente homogeneidade (mais graves, e com mais repercussões). Em relação aos transtornos por uso de substâncias ilícitas estes agrupamentos foram menos explorados, sendo ainda maior a lacuna na literatura referente a usuários de crack cocaína.

No contexto de diminuir a ocorrência das doenças não transmissíveis, a Organização Mundial da Saúde tem como um dos seus objetivos para a agenda 2030 diminuir as prevalências e incidências de consumo de álcool e substâncias ilícitas. O impacto do uso disfuncional e dependência do ponto de vista epidemiológico justifica que mais estudos sejam realizados nestas áreas, tanto para entender o comportamento destes pacientes, como para elaborar estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes.

Já são conhecidos vários dos fatores de risco para o uso mais grave de substâncias lícitas e ilícitas, porém ainda as medidas de prevenção em idades mais precoces são infrequentes. Da mesma forma, são infrequentes as ações em populações de risco e em relação aos maus tratos na infância e as formas de parentalidade mais vinculadas com uso problemático de substâncias. Encontrar dados que evidenciem a necessidade destas intervenções na infância e adolescência é fundamental. Medidas educativas e de suporte em grupos mais vulneráveis podem emergir a partir destas evidências. A população representada neste estudo também é mais suscetível a contrair infecções. Por isso, em um contexto de pandemia, em que parte do presente trabalho foi conduzido, foi de grande valia para conhecer as frequências de comorbidades que os tornariam populações de risco.

Portanto, estabelecer agrupamentos a partir dos dados de gravidade de uso de substâncias ou riscos para os usuários, com o intuito de encontrar padrões de uso pode se tornar de grande valia. Em função da alta heterogeneidade dos usuários de álcool e cocaína, e sua alta vulnerabilidade, encontrar padrões mais homogêneos de uso e de gravidade de repercussão nos

diferentes aspectos da vida, permitiria personalizar o tratamento para uma melhor adesão e obtenção de taxas de abstinência mais elevadas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar e comparar clusters de gravidade de uso de substâncias utilizando os escores de gravidade do Addiction Severity Index versão 6 (ASI-6), e descrever as comorbidades em uma amostra de pacientes com transtorno por uso de álcool e transtorno por uso de cocaína crack internados em uma Unidade especializada em tratamento de Adições de um Hospital Público.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Detectar clusters de gravidade de uso de substâncias em usuários de crack cocaína e alcoolistas;
- b) Comparar os clusters de gravidade em relação às características sociodemográficas e de uso de substâncias;
- c) Comparar os clusters de gravidade em relação ao estilo parental e traumas infantis;
- d) Comparar os clusters de gravidade em relação à escores de impulsividade;
- e) Comparar fatores associados a uma maior gravidade de consumo, nos usuários de álcool e nos usuários de crack cocaína;
- f) Descrever comorbidades e vulnerabilidade à COVID-19 dos pacientes internados usuários de crack cocaína e alcoolistas.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA

Esta tese avalia dados de uma amostra de conveniência, previamente coletados, ingressados entre os anos 2012 e 2020. Os participantes da pesquisa são 827 pacientes com transtorno por uso de substâncias (531 usuários de crack e 296 alcoolistas), que realizaram tratamento hospitalar para desintoxicação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os pacientes da unidade de internação são todos do sexo masculino, e os critérios de inclusão para a entrada no estudo foram: preencher os critérios do DSM-5 para transtorno por uso de substâncias, ter 18 ou mais anos de idade; ausência de déficits cognitivos que prejudicassem a confiabilidade das respostas; e aceitação voluntária para participação na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2014-0249) e todos os indivíduos incluídos aceitaram participar da pesquisa e formalizaram o consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 4.2 EXTRAÇÃO DE DADOS

Aqueles usuários que aceitaram a participação responderam um questionário padronizado sobre os aspectos sociodemográficos e outros instrumentos incluídos na pesquisa. Pesquisadores treinados avaliaram todos os participantes por meio da aplicação das versões brasileiras de entrevistas clínicas e semiestruturadas. O procedimento de coleta dos dados foi realizado por estudantes de cursos da área da saúde, que entrevistaram os pacientes, sob a supervisão de pesquisadores sênior, que forneceram um treinamento completo sobre o protocolo de pesquisa. Para a maior parte dos pacientes, o convite para participação na pesquisa ocorreu no 5º dia após a internação, já que no início da internação os pacientes poderiam estar intoxicados ou vulneráveis, e isto poderia impactar na capacidade de compreender o estudo e consentir a participação no mesmo. Porém, em pacientes internados, com boa capacidade cognitiva e sem sintomas graves de abstinência a entrevista foi realizada antes do 5º dia. Pacientes com a compreensão comprometida ou com sintomas agudos de intoxicação ou abstinência foram convidados em outra oportunidade, quando estivessem em condições de assinar o consentimento informado.

Os dados foram inseridos no REDCAP, por digitadores treinados de forma de minimizar os erros.

#### 4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DADOS

De posse dos dados inseridos no REDCAP, o banco de dados foi submetido a uma limpeza de inconsistências e revisão de dados faltantes. Os arquivos com as sintaxes de programação dos escores calculados foram revisadas antes de ser utilizadas para realizar os cálculos. Uma segunda revisão exaustiva do banco de dados e das sintaxes dos instrumentos foi conduzida no momento de analisar os dados deste trabalho. A conferência da consistência dos achados foi realizada.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Primeiramente os participantes responderam um questionário padronizado sobre dados sociodemográficos como idade, renda, escolaridade, raça/cor e outras informações importantes.

A gravidade do uso de substâncias foi medida através do *Addiction Severity Index* versão 6 (ASI-6). Consiste em uma entrevista estruturada multidimensional, realizada por um entrevistador treinado, e obtida entre 45 a 90 minutos. Avalia o impacto do uso de substância na vida do paciente em 7 áreas de funcionamento: médico, trabalho, aspectos legais, aspectos sociofamiliares, psiquiátrico e uso de álcool e outras drogas. Cada área o questionamento inclui perguntas relacionadas aos 30 dias e 6 meses prévios à entrevista e durante a vida do paciente. É um instrumento validado para a língua portuguesa e amplamente utilizado no mundo em estudos sobre uso de substâncias psicoativas (Kessler et al., 2012).

Os estilos parentais foram avaliados através da escala *Measure of Parental Style* (MOPS) (Baeza, 2010), que foi desenvolvida para suprir algumas deficiências do Instrumento de Vínculo Parental. O MOPS é uma ferramenta de autoavaliação usada para medir os estilos parentais percebidos nas três medidas: Indiferença, Abuso e Controle. Consiste de 15 itens, respondidos para o pai e para a mãe, classificados de 0 a 3 em escala do tipo Likert. Cada dimensão é obtida pela soma dos itens correspondentes à dimensão, não havendo ponto de corte. A pontuação para cada categorias fornece uma medida dimensional que mostra o grau em que aquele estilo parental foi vivenciado pelo indivíduo.

Os diferentes tipos de trauma na infância foram avaliados através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Grassi-Oliveira, 2006). A versão validada para o português brasileiro (referência) consiste em 28 itens autoaplicáveis retrospectivos, classificados de 1 a 5 em uma escala do tipo Likert. Possui cinco subescalas: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. A partir das respostas, é definido um escore para cada um desses subitens, conforme gabarito, e os resultados são analisados como variáveis contínuas.

A impulsividade dos pacientes foi medida através da Escala de Impulsividade Barrat 11 (BIS 11). A BIS11 é uma escala constituída por 30 itens com respostas de 1 a 4 do tipo Likert, que variam de raramente/nunca a sempre/quase sempre. A escala foi desenvolvida para indivíduos com 13 anos ou mais e produz um escore total de impulsividade, que varia de 30 a 120, além de outros três subescores: motor, falta de planejamento e atenção e a escala foi validada para o português (Von Diemen, 2008).

#### 4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram submetidos à análise dados secundários de uma base de dados coletada constando de 827 homens com transtorno por uso de substância. Os pacientes foram divididos em duas subamostras, usuários de álcool e usuários de crack cocaína. O critério para a divisão dos grupos foi de acordo com a substância citada como de preferência pelo usuário e aquela que apresentou maior consumo. Dentro de cada grupo, foram identificados clusters de gravidade, definidos através da técnica *K-means* aplicada nos escores compostos do ASI. O pacote *Nbclust* do R foi utilizado e este fornece 30 índices para escolher qual o número de clusters mais adequado. Um número de clusters é sugerido por cada índice, e aquele número sugerido por uma maior quantidade de índices é o escolhido. Após a aplicação desta técnica em cada subamostra, os clusters encontrados foram comparados em relação aos escores compostos do ASI-6, para identificar a presença de grupos mais ou menos graves em relação a estes escores específicos de cada área. A medida da diferença padronizada de médias  $d$  de Cohen foi utilizada para avaliar a magnitude da diferença dos escores compostos entre os clusters encontrados. Também os clusters foram comparados em relação às características sociodemográficas e de consumo de substâncias e finalmente foi feita a comparação em relação aos potenciais fatores de risco: escores dos estilos parentais, do trauma na infância e da impulsividade. A normalidade das variáveis foi avaliada através do teste de Kolmogorov Smirnov. As variáveis quantitativas

com distribuição normal foram descritas pela média e o desvio padrão e comparadas entre os clusters pelo teste t de Student para amostras independentes. Aquelas com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana e o intervalo interquartil e comparadas pelo teste de Mann Whitney. Variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais e associadas pelo teste de Qui-quadrado com correção de Yates. Posteriormente uma Regressão de Poisson com variância Robusta foi ajustada para observar quais os fatores se associaram à maior gravidade. Foi definido como grave o cluster que teve pontuações mais altas no instrumento ASI-6 que deu a sua origem. O nível de significância escolhido foi de 5% para todas as comparações estabelecidas. Foram utilizados para realizar a análise dos dados os programas R versão 4.2.1 e SPSS versão 20.

#### 4.6 K-MEANS CLUSTERING

A análise de agrupamentos (ou “clusterização”) é uma técnica de mineração de dados multivariados que utiliza métodos quantitativos. A partir das variáveis investigadas, agrupa os casos da base de dados em grupos disjuntos, chamados de *clusters* ou agrupamentos. Há vários tipos de análise de agrupamentos, e neste estudo será utilizada a *K-means*. Os dados dos n participantes serão agrupados em k grupos, a partir das informações extraídas dos próprios dados. Os indivíduos que conformam o mesmo grupo, são similares, e aqueles que compõem grupos diferentes serão mais dissimilares. O intuito é ter uma grande homogeneidade intragrupo, e heterogeneidade entre grupos. Existem várias técnicas de clusterização e optamos pela técnica *K-means*, que é das mais conhecidas e comuns, em função da natureza quantitativa e com distribuição normal das variáveis utilizadas para encontrar os mesmos (escores compostos do ASI-6). Esta técnica é eficiente no processamento de grandes conjuntos de dados, geralmente termina em um local ótimo, funciona apenas em valores numéricos e os clusters obtidos têm formas convexas (Huang 1998). Neste estudo se aplica por ser adequada à distribuição dos dados, ser uma técnica de relativamente simples implementação e poderá responder aos objetivos propostos.

#### 4.7 ÍNDICES PARA ESCOLHER O NÚMERO DE CLUSTERS

Na literatura são citados um grande número de índices para escolher o número ideal de clusters em um particionamento, e o pacote NBCLUST do R (Charrad, 2014) fornece 30 índices para realizar esta escolha, calculando os mesmos e comparando entre eles. Este pacote

permite que o usuário de forma simultânea varie o número de clusters, o método de agrupamento e os índices para decidir qual a melhor forma de agrupar as observações em um conjunto de dados. Os índices podem ser comparados, assim como os métodos, e o autor do pacote (Charrad, 2014) aponta que tem uma vantagem adicional que é poder interagir com outros algoritmos de agrupamento existentes.

Os índices que o pacote realiza são:

- 1) CH Index, proposto pelos autores Calinski e Harabasz (1974);
- 2) Duda index, proposto por Duda e Hart (1973);
- 3) Pseudot2 index, proposto por também pelos autores Duda e Hart (1973);
- 4) Cindex, proposto por Hubert e Levin (1976);
- 5) Gamma index, uma adaptação da estatística Gamma de Goodman e Kriskal's proposto por Baker e Hubert (1975);
- 6) Beale index, proposto por Beala (1969);
- 7) CCC index (Cubic Clustering Criterion) proposto por Sarle (1983);
- 8) Ptbiserial index, que é uma correlação biserial e foi estudado por Milligan (1980, 1981 e Kraemer (1982);
- 9) Gplus index, revisado por Rohlf (1974) e por Milligan (1981);
- 10) DB index, proposto por Davies e Bouldin (1979);
- 11) Frey index, proposto por Frey e Van Groenewoud (1972);
- 12) Hartigan index, proposto por (Hartigan 1975);
- 13) Tau index revisado por Rohlf (1974) e testado por Milligan (1981);
- 14) Ratkowsky index; proposto pelos autores Ratkowsky e Lance (1978);
- 15) Scott index, proposto por Scott e Symons (1971);
- 16) Marriot index, proposto por Marriot (1971);
- 17) Ball index, proposto por Ball and Hall (1965);
- 18) Trcovw index, estudado por Milligan e Cooper (1985);
- 19) Tracew index, um dos índices mais populares sugerido por vários autores, como Milligan e Cooper (1985); Edwards e Cavalli-Sforza (1965); Friedman e Rubin (1967); Orloci (1967); Fukunaga e Koontz (1970);
- 20) Friedman index, proposto por Friedman e Rubin (1967);
- 21) McClain index, proposto por McClain e Rao (1975);
- 22) Rubin index, proposto por Friedman e Rubin (1967);

- 23) KL index, proposto por Krzanowski e Lai (1988);
- 24) Silhouette index, proposto por Rousseeuw (1987);
- 25) Gap index, proposto por Tibshirani e colaboradores (2001);
- 26) Dindex; proposto por Lebart e colaboradores (2000);
- 27) Dunn index, proposto por Dunn (1974);
- 28) Hubert statistic, proposto por Hubert e Arabie (1985);
- 29) SD index, baseado nos conceitos de dispersão média para clusters e separação total entre clusters;
- 30) SDbw index, nos critérios de compacidade (o quanto os elementos estão perto entre si) e separação entre clusters (o quão distantes estão os clusters entre si).

Mais detalhes sobre o cálculo de cada índice são tratados por Charrad no seu artigo “*NbClust: An R Package for Determining the Relevant Number of Clusters in a Data Set*” (2014).

#### 4.8 DIFERENÇA PADRONIZADA DE MÉDIAS D DE COHEN

Após encontrar nos dados os *clusters*, é preciso detectar a magnitude das diferenças. Evidenciar a força da diferença entre os *clusters*, em relação às variáveis que deram origem aos mesmos (nesse caso, os escores compostos do ASI-6) é importante para entender quais foram os escores mais distantes entre eles. Em 1988, Cohen observou que o pesquisador da área do comportamento apresentava dificuldades para determinar o que era uma diferença pequena, média ou grande após rejeitar a hipótese nula, na comparação de médias (Cohen, 1988). Ele propôs uma medida de efeito na comparação de médias chamada *d* de Cohen. Também o autor estipulou uma escala para a sua interpretação, alertando para a natureza arbitrária dos pontos de corte sugeridos (Cohen, 1988). A medida ficou conhecida por diferença padronizada de médias *d* de Cohen, as vezes citada apenas como diferença padronizada. Alguns autores utilizam a expressão “*effect size*” ou tamanho de efeito para se referir à diferença padronizada de médias (Coe, 2002). Para o cálculo do *d* de Cohen neste trabalho foi utilizada a fórmula para amostras independentes, já que se trata de avaliar a magnitude da diferença entre os clusters de gravidade em relação a cada um dos escores do ASI-6. Isso permitiria detectar se alguns dos escores compostos teria maior diferença entre os clusters e inclusive classificar a magnitude dessa diferença conforme a escala sugerida. A expressão pela qual é obtido o *d* de Cohen calculado é:



$$d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{(n_1+n_2-2)}}}$$

Sendo  $\bar{x}_1$  e  $\bar{x}_2$  as médias das amostras,  $n_1$  e  $n_2$  os tamanhos das amostras e  $s_1$  e  $s_2$  os desvios padrão das amostras (neste caso sendo as amostras compostas pelos participantes de cada um dos *clusters* obtidos).

Para o cálculo do intervalo de 95% de confiança das medidas de efeito  $d$  de Cohen foram utilizadas as expressões seguintes que resultam nos limites inferior (LI) e superior (LS) do intervalo:

$$LI = d - t_{(gl;\alpha/2)} \cdot EP; LS = d + t_{(gl;\alpha/2)} \cdot EP;$$

$$\text{sendo o erro padrão: } EP = \sqrt{\frac{n_1+n_2}{n_1n_2} + \frac{d^2}{2(n_1+n_2)}}, \text{ e } gl = (n_1 + n_2 - 2).$$

Em relação à interpretação dos valores obtidos, a convenção proposta por Cohen divide os valores de  $d$  em “pequenos”, “médios” e “grandes” e ajuda ao pesquisador a quantificar a magnitude da sua diferença. Na escala proposta, um  $d$  de Cohen de 0,2 a 0,5 é considerado pequeno, um de 0,5 a 0,8 moderado e um acima de 0,8 grande (Cohen,1988).

**5 ARTIGOS**

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há 20 anos, comecei a colaborar com o Centro de Pesquisa em álcool e drogas (CPAD), convidada pelo Professor Flávio Pechansky. Naquele momento, era imigrante recente, evasiva aluna de Medicina em Uruguay, e tinha realizado um ano de curso de bioestatística na França. Conheci os Professores Félix Kessler e Lísia Von Diemen, na época orientandos do Professor Flávio, e assim como ele, foram generosos e meus professores, desde o primeiro dia. Acompanhei as coletas de vários estudos do CPAD, da digitação dos dados até a análise e escrita dos resultados. Após trabalhar juntos em pelo menos 30 artigos precisei tomar um tempo para me qualificar, fazer finalmente a graduação em Estatística e o mestrado na Epidemiologia. Voltei a encontrar o grupo, e o Professor Félix me convidou para retornar para esta área que tanto me intriga e instiga. Os estudos na área de dependência química formaram grande parte do meu currículo e tenho grande interesse em continuar me qualificando na compreensão do comportamento dos usuários, suas características e principalmente suas necessidades. Desde minha formação de estatística, o estudo das diferentes técnicas para analisar dados em Adições têm sido bastante desafiadoras e gratificantes.

Inicialmente, a proposição sobre um modelo de estadiamento para uso de substâncias foi a principal motivação. Conseguimos com este trabalho delinear a existência de dois clusters de gravidade, dentro dos grupos de usuários de crack cocaína e de álcool, e conseguimos determinar quais os fatores que mais os diferenciam. De alguma forma, conseguimos facilitar a classificação dos usuários, e preencher uma lacuna que havia na literatura. Ao trabalharmos com uma população grave, internada, e tendo encontrado grupos com necessidades e características diferentes, podemos inferir que realmente tratamentos mais focados e direcionados são de suma importância.

Neste sentido, de uma forma natural, a tese de doutorado acabou se direcionando para o estudo destes grupos com diferentes tipos de gravidade. Por isso, formam parte deste trabalho três artigos. O primeiro artigo teve como amostra os pacientes alcoolistas internados, e o objetivo era, por meio da técnica de agrupamentos *K-means* aplicada nos escores compostos do instrumento ASI-6, encontrar clusters de gravidade de uso de álcool. Foram encontrados 2 *clusters* de gravidade, um menos grave e outro mais grave, cujas diferenças foram de grande magnitude para os escores de problemas psiquiátricos, médicos e social e familiar. Uma análise multivariável foi ajustada para entender outros aspectos que poderiam diferenciar estes pacientes. Esta análise resultou em uma prevalência de uso mais grave nos alcoolistas que

tinham sofrido trauma na infância, mais especificamente negligência física, assim como em aqueles com altos níveis de impulsividade não planejada.

O segundo artigo foi conduzido na amostra de usuários de crack cocaína, e o objetivo era por meio da técnica de agrupamentos *K-means* aplicada nos escores compostos do instrumento ASI-6, encontrar clusters de gravidade de uso de crack cocaína. Assim como no artigo do álcool, nesta amostra foram encontrados dois clusters de gravidade, um menos grave e outro mais grave, e as diferenças de maior magnitude se localizaram nos escores compostos de drogas, álcool, psiquiátrico, médico e familiar e social. Em análises ajustadas para avaliar os fatores de risco associados a um uso mais grave, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa com estilos parentais e trauma na infância, em particular com estilo parental abusivo de parte da mãe e abuso sexual na infância. No mesmo modelo também a impulsividade motora e a não planejada se relacionaram significativamente com o desfecho (estar no cluster de maior gravidade).

O terceiro, foi escrito em um contexto de início de pandemia, onde toda a comunidade científica se uniu para tentar compreender o fenômeno devastador e de alguma forma, desconcertante. Todo tipo de informação era importante neste contexto. O artigo "*Clinical vulnerability for severity and mortality by COVID-19 among users of alcohol and other substances*" tinha como objetivo demonstrar a alta prevalência de fatores de risco para o COVID-19 na amostra de usuários de drogas lícitas e ilícitas, e avaliar se a classe de droga utilizada poderia estar associada a um maior risco para a infecção ou forma de apresentação. Os participantes incluídos neste artigo eram usuários de álcool, de crack cocaína e poli usuários, e todos os grupos apresentaram alta prevalência de fatores de risco para formas de COVID-19 mais agressivas. As prevalências de condições crônicas como hipertensão arterial, doença cardíaca e cirrose foram mais frequentes em alcoolistas enquanto que os usuários de múltiplas substâncias ou de crack cocaína mostraram maior prevalência de HIV e moradia em situação de rua. Este trabalho foi de grande importância no contexto de pandemia inicial, trazendo informações sobre a vulnerabilidade clínica de uma grande amostra de usuários e inclusive, trazendo informações em relação as suas diferenças, conforme o tipo de substância de preferência.

A motivação deste estudo foi conseguir detectar grupos mais homogêneos nos usuários de álcool e de crack cocaína, já que a grande heterogeneidade destes pacientes dificulta o tratamento e as estratégias de prevenção à recaída. O contexto de pandemia permitiu de alguma forma que diferenças entre os tipos de usuários fossem evidenciadas, em relação às suas

vulnerabilidades. Ficou claro que em alcoolistas fatores médicos crônicos eram mais frequentes, e em usuários de crack cocaína eram mais frequentes problemas infecciosos e sociais. Os estudos de clusters de gravidade, foram conduzidos separando por tipo de substância. No grupo dos alcoolistas, apesar da literatura ser vasta, o artigo trouxe um novo olhar em um grupo de pacientes graves, oriundos de uma internação. Embora sejam pacientes bastante homogêneos (todos graves), encontramos diferenças neste grupo e clusters de gravidade distintos pelo que a proposta de tratamentos mais personalizados encontra evidência nos achados. Em pacientes usuários de crack cocaína, a literatura tem mais lacunas, portanto nosso artigo foi de grande aporte para área. Também, estes pacientes são graves devido à sua situação de internação, mas existem grupos diferentes dentre eles e tratamentos mais direcionados são importantes.

Futuros estudos, em pacientes alcoolistas e usuários de crack cocaína, porém ambulatoriais, com características mais heterogêneas poderão ser relevantes. Possivelmente as análises vão conseguir mostrar mais clusters de gravidade, com características e repercussões diferentes. Apesar do ASI-6 ser um instrumento multidimensional, e os escores avaliarem bem vários aspectos da vida do indivíduo, outros estudos poderiam ser desenvolvidos estabelecendo os clusters a partir de outras variáveis medidas.

Outro ponto importante que poderia ser explorado em próximos trabalhos seria a comparação destes clusters de usuários, ou seja, a comparação dos quatro grupos: clusters mais e menos grave de pacientes alcoolistas e clusters mais e menos graves de usuários de crack cocaína. Apesar de serem substâncias com impactos diferentes, aparentemente a associação entre fatores de risco e diferenças entre os mais e menos graves parecem não diferir grandemente. Esta comparação pode ser importante na busca por formas de tratamento e prevenção mais adequadas.

Em conclusão, vislumbro novos rumos para este trabalho, e novos caminhos profissionais ao lado do grupo. A formação adquirida com este doutorado, permite-me ocupar com mais solidez o lugar que generosamente me ofereceram.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Agresti A. Logistic Regression. In: An Introduction to Categorical Data Analysis. 2ª Ed. Wiley Online Library, 2007. p. 99-136. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470114759.ch5>

Baeza FL, Caldieraro MA, Pinheiro DO, Fleck MP. Translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Measure of Parental Style (MOPS)-a self-reported scale-according to the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2010;32(2):159-63. doi: 10.1590/s1516-44462010000200011. PMID: 20658054.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>.

Banducci AN, Hoffman E, Lejuez CW, Koenen KC. The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: Psychopathology, health, and comorbidities. *Addictive Behaviors*. 2014;39(10):1522-27. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.023>

Bastos FIPM, De Vasconcellos MTL, De Boni RB, Coutinho CFS. III Levantamento Nacional sobre uso de drogas pela população Brasileira, 2017.

Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.

CDC COVID-19 Response Team. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(13):382-386.

Charrad M, Ghazzali N, Laval U, Niknafs A. NbClust: An R Package for Determining the Relevant Number of Clusters in a Data Set Véronique Boiteau. *JSS Journal of Statistical*. 2014;61(6). <http://www.jstatsoft.org/>

Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: Crossfostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*. 1981;38(8): 861-8.

Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M. Type I and Type II Alcoholism: an update. *Alcohol Health and Research World*. 1996;20(1).

Coe R. It's the effect size, stupid: What effect size is and why it is important. In: The Annual Conference of the British Educational Research Association. England: University of Exeter, 2002.

Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2ª Edição. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1988.

Cohen S, Tyrrell DA, Russell MA, Jarvis MJ, Smith AP. (1993). Smoking, alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. *American Journal of Public Health*. 1993;83(9):1277-83. doi:10.2105/ajph.83.9.1277

Coutinho L, Scazufca M, Menezes P. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8.

D'Antiga L. Coronaviruses and Immunosuppressed Patients. The Facts During the Third Epidemic. *Liver transplantation: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*. 2020.

del Palacio-Gonzalez A, Pedersen MU. (2022). Youth's personal relationships, psychological symptoms, and the use of different substances: A population-based study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2022;39(3):322-37. <https://doi.org/10.1177/14550725211050768>

Diemen, L. von, Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2006). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153–156. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000020>

Eun JD, Paksarian D, He JP, Merikangas KR. Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018;53(1):11-20. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1435-4>

Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, Kristensen CH, Arteché AX. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One*. 2014;9(1):e87118. doi: 10.1371/journal.pone.0087118. PMID: 24475237; PMCID: PMC3903618.

Godoy P, Castilla J, Soldevila N, Mayoral JM, Toledo D, et al. Smoking may increase the risk of influenza hospitalization and reduce influenza vaccine effectiveness in the elderly. *European Journal of Public Health*. 2018;28(1):150-5. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx130>

Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: Um estudo multicêntrico em seis capitais Brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517>

Härdle W, Simar L. *Applied multivariate statistical analysis*. [S. l.]: Springer, 2007. v. 22007. E-book

Hoffmann A, Benzano D, Ornell F, Kessler FHP, von Diemen L, et al. Childhood trauma subtypes may influence the pattern of substance use and preferential substance in men with alcohol and/or crack-cocaine addiction. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2022;44(4):416-9. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2352>

Huang Z. Extensions to the k-Means Algorithm for Clustering Large Data Sets with Categorical Values. *Data Mining and Knowledge Discovery*. 1998;2:283–304. <https://doi.org/10.1023/A:1009769707641>

Jemberie WB, Padyab M, Snellman F, Lundgren L. A Multidimensional Latent Class Analysis of Harmful Alcohol Use Among Older Adults: Subtypes Within the Swedish Addiction Severity Index Registry. *Journal of Addiction Medicine*. 2020;14(4):e89–e99. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000636>

Johnson RA, Wichern DW. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. 6ª Edição. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 2007.

Kessler F, Cacciola J, Alterman A, Faller S, Souza-Formigoni ML, et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(1):24-33. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462012000100006>

Kozak K, Lucatch AM, Lowe DJE, Balodis IM, MacKillop J, et al. The neurobiology of impulsivity and substance use disorder: implications for treatment. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1451(1):71-91. <https://doi.org/10-1111/nyas.13977>

Kraus L, Augustin R, Kunz-Ebrecht S, Orth B. (2007). Drug use patterns and drug-related disorders of cocaine users in a sample of the general population in Germany. *European Addiction Research*. 2007;13(2):116–125. <https://doi.org/10.1159/000097942>

Lagisetty PA, Maust D, Heisler M, Bohnert A. (2017). Physical and mental health comorbidities associated with primary care visits for substance use disorders. *Journal of Addiction Medicine*. 2017;11(2):161-2. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000280>

Liu Y, Vaddiparti K, Cheong JW, Cottler LB. Identification of Typologies of Cocaine Use Based on Quantity, Frequency, and Duration of Use: A Latent Profile Analysis. *Journal of Addiction Medicine*. 2021;15(3):211-8. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000749>

López-Caneda E, Cadaveira F, Crego A, Gómez-Suárez A, Corral M, et al. Hyperactivation of right inferior frontal cortex in young binge drinkers during response inhibition: A follow-up study. *Addiction*. 2012;107(10):1796–1808. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03908.x>

Marco Cascella A, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. *Italy Uniformed Services Un of the Health Sc Istituto Nazionale Tumori - IRCCS-Fondazione Pascale*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/?report=printable](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/?report=printable)

Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ (Clinical research ed)*. 2019;364

Meyerholz DK, Edsen-Moore M, McGill J, Coleman RA, Cook RT, et al. Chronic alcohol consumption increases the severity of murine influenza virus infections. *J. Immunol*. 2008;181(1):641-8. <https://doi.org/10.4049/jimmunol.181.1.641>.



Miguel AQC, Simões V, Yamauchi R, Madruga CS, da Silva CJ, et al. Sociodemographic and clinical profile of crack cocaine treatment-seeking individuals living in “Crackland”, Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2022;71(1):50-5. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000362>

Najt P, Fusar-Poli P, Brambilla P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*. 2011;186(2-3):159-64. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.042>

NIDA. COVID-19: Potential Implications for Individuals with Substance Use Disorders. 2020.

Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health, 2018.

Organização Mundial da Saúde. World Drug Report, 2020.

Oshri A, Kogan SM, Kwon JA, Wickrama KAS, Vanderbroek L, et al. Impulsivity as a mechanism linking child abuse and neglect with substance use in adolescence and adulthood. *Development and Psychopathology*. 2018;30(2):417-35. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000943>

Ornell F, Moura HF, Scherer JN, Pechansky F, Kessler FHP, et al. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: implications for prevention and treatment. *Psychiatry Res*. 2020;289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113096>.

Palomo T, Archer T, Kostrzewa RM, Beninger RJ. (2007). Comorbidity of substance abuse with other psychiatric disorders. *Neurotoxicity Research*. 2007;12(1). <https://doi.org/10.1007/BF03033898>

Patock-Peckham JA, King KM, Morgan-Lopez AA, Ulloa EC, et al. (2011). Gender-Specific Mediation Links Between Parenting Styles, Parental Monitoring, Impulsiveness, Drinking Control, and Alcohol-Related Problems\*. *Stud. Alcohol Drugs*. 2011;72.

Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018;113(10):1905-26. <https://doi.org/10.1111/add.14234>.

Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*. 2008;200(1):1-26. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1173-0>

Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2019;21(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>

Ribeiro MS, Ribeiro LC, de Souza GF, Antunes MG, Nagme LDO. (2008). Avaliação dos Tipos 1 e 2 de alcoolismo de Cloninger em homens participantes de um programa de tratamento ambulatorial. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2008;35(2):39-48.

Schuch-Goi SB, Scherer JN, Kessler FHP, Sordi AO, Pechansky F, et al. Hepatitis C: clinical and biological features related to different forms of cocaine use. *Trends Psychiatry Psychother.* 2017;39(4):285-92. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0076>.

Shin SH, Lee S, Jeon SM, Wills TA. Childhood emotional abuse, negative emotion-driven impulsivity, and alcohol use in young adulthood. *Child Abuse and Neglect.* 2015;50:94–103. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.010>

Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2001;27(1). <https://doi.org/10.1081/ADA-100103118>

Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewitz K, Roozen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research.* 2019;278:97–115). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>

Smith GW, Farrell M, Bunting BP, Houston JE, Shevlin M. Patterns of polydrug use in Great Britain: Findings from a national household population survey. *Drug and Alcohol Dependence.* 2011;113(2–3):222-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.010>

Sureshchandra S, Raus A, Jankeel A, Ligh BJK, Walter NAR, et al. Dose-dependent effects of chronic alcohol drinking on peripheral immune responses. *Science Reports.* 2019;9(1):7847. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44302-3>

United Nations Publication, S. No. E. 21. XI. 8. (2022). World Drug Report 2021. UNITED NATIONS. World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8).

Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet.* 2020;396(10258):1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Yang L, Liu S, Liu J, Zhang Z, Wan X, et al. COVID-19: immunopathogenesis and Immunotherapeutics. *Signal Transduction and Targeted Therapy.* 2020;5(1):128. <https://doi.org/10.1038/s41392-020-00243-2>

Yeo YH, He X, Ting PS, Zu J, Almario CV, et al. (2022). Evaluation of Trends in Alcohol Use Disorder-Related Mortality in the US Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open.* 2022;5(5):e2210259. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10259>

Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *Int J Infect Dis.* 2020;92:214-7.

Zou G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *American Journal of Epidemiology.* 2004;159(7):702-6. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh090>

## ANEXO A : Informações Sociodemográficas

### Informações Sociodemográficas

PROTOCOLO: \_\_\_\_\_ INICIAIS: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO HCPA: \_\_\_\_\_

AVALIADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cartão SUS:	RG:
CPF:	Data de nascimento:
Endereço/Cidade:	
Telefone:	Telefone familiar:
Data de baixa:	Data de alta:
Sangue de baixa:	Sangue de alta:

SITUAÇÃO LABORAL:		
<input type="checkbox"/> Estudante com ocupação	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Com ocupação (remunerada)
<input type="checkbox"/> Sem ocupação (não aposentado)	<input type="checkbox"/> Do lar	<input type="checkbox"/> Em auxílio doença
<input type="checkbox"/> Aposentado (por invalidez)	<input type="checkbox"/> Aposentado (por tempo de serviço)	

ESCOLARIDADE:		
<input type="checkbox"/> 1ª série completa	<input type="checkbox"/> 2ª série completa	<input type="checkbox"/> 3ª série completa
<input type="checkbox"/> 4ª série completa	<input type="checkbox"/> 5ª série completa	<input type="checkbox"/> 6ª série completa
<input type="checkbox"/> 7ª série completa	<input type="checkbox"/> 8ª série completa	<input type="checkbox"/> 1ª ano ensino médio completo
<input type="checkbox"/> 2º ano ensino médio completo	<input type="checkbox"/> 3º ano ensino médio completo	
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	

ESCOLARIDADE (DICOTOMIZADA):		
<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Fundamental completo
<input type="checkbox"/> Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Médio completo	<input type="checkbox"/> Superior incompleto
<input type="checkbox"/> Superior completo		
Anos de estudo total (contando repetidos):		
Anos repetidos:		

RAÇA/COR:		
<input type="checkbox"/> Negra/Preta	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela/Oriental
<input type="checkbox"/> Parda/Mestiça	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Outra, qual?

ESTADO CIVIL:		
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Vivendo como casado	<input type="checkbox"/> Viúvo
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado

REINTERNAÇÃO UAA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Participou anteriormente do projeto guarda-chuva (14-0249):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Observações: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS**

HISTÓRIA CLÍNICA:		
Qual (is) substância (s) levou/levaram ao tratamento? Em que idade usou pela 1ª vez?		
<input type="checkbox"/> 1 - Álcool _____	<input type="checkbox"/> 2 - Maconha _____	<input type="checkbox"/> 3 - Sedativos _____
<input type="checkbox"/> 4 - Cocaína _____	<input type="checkbox"/> 13 - Crack _____	<input type="checkbox"/> 5 - Estimulantes _____
<input type="checkbox"/> 6 - Alucinógenos _____	<input type="checkbox"/> 7 - Heroína _____	<input type="checkbox"/> 8 - Metadona _____
<input type="checkbox"/> 9 - Outros opioides _____	<input type="checkbox"/> 10 - Inalantes _____	
<input type="checkbox"/> 11 - Outras (inclui nicotina) _____		
HISTÓRIA FAMILIAR DE 1º GRAU: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Familiar	Dependência de substância	Quais substâncias? (códigos acima)
MÃE	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
PAI	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
IRMÃOS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	Se sim, quantos? _____	
Idade em que recebeu tratamento específico (em anos):		
Número de internações hospitalares para DQ (com a atual):		
Idade da primeira internação (em anos):		
TENTATIVA DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/> Sim. Quantas _____ <input type="checkbox"/> Não		
TIPOS DE TENTATIVA:		
<input type="checkbox"/> 1 - Arma de fogo	<input type="checkbox"/> 2 - Enforcamento	<input type="checkbox"/> 3 - Cortar pulsos
<input type="checkbox"/> 4 - Medicação	<input type="checkbox"/> 5 - Pular de local alto	<input type="checkbox"/> 6 - Outro. Qual?
EPISÓDIO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA <input type="checkbox"/> Sim. Quantas _____ <input type="checkbox"/> Não		
HISTÓRICO POLÍCIA/LEGAL <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> 1 - Ocorrência	<input type="checkbox"/> 2 - Detenção	<input type="checkbox"/> 3 - Condenação
<input type="checkbox"/> 4 - Outro, qual?		
PESO ATUAL (medido)/kg:	ALTURA (medida)/m:	IMC [peso/(altura <sup>2</sup> ):
ALERGIA MEDICAMENTOSA:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais?		
ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais?		

## ANEXO B : ASI-6

ASI6

## Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

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

Dr. Felix Kessler:

[kesslercz@uma.com.br](mailto:kesslercz@uma.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:

[fpechans@ufmg.com.br](mailto:fpechans@ufmg.com.br)

Estudo: _____
Número Protocolo: _____
Examinador: _____
Data da Aplicação: ____/____/____

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escala	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0-1-2-3-4	M24	0-1-2-3-4
Emprego/S.	---	---	E23	0-1-2-3-4
Alcool	D22	0-1-2-3-4	D23	0-1-2-3-4
Drogas	D47	0-1-2-3-4	D48	0-1-2-3-4
Legal	L25	0-1-2-3-4	---	---
Carer	F22	---	---	0-1-2-3-4
Família/Soc.	F14	0-1-2-3-4	F15	0-1-2-3-4
Trauma	F78	0-1-2-3-4	F79	0-1-2-3-4
Filhos	F48	0-1-2-3-4	F49	0-1-2-3-4
Poliquímica	P20	0-1-2-3-4	P21	0-1-2-3-4

Códigos para aplicação  
do instrumento:

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

Resultado do teste de urina:

- Positivo     Negativo



ASI6

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

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

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se não souber]  
 H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para pacientes psiquiátricos, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
000 → 118	

De quantas noites, quantas foram em:

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

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

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

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

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

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

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
000 → 119		

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

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

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

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

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

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

- [Marque todas que se aplicam] – se morou sozinho pulse para seção Médica
- 1. Solzinho
  - 2. Cônjuge/Parceiro
  - 3. Filho(s) < 18 anos
  - 4. Pais
  - 5. Outros parentes adultos
  - 6. Outros adultos não parentes
  - 7. Não responde
  - 8. Outros

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

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

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

- [Marque todas que se aplicam]
- 1. Nenhum (SI/S)
  - 2. Seguro privado, plano de saúde privado ex. Unimed, IPA, Golden Cross, Itaúsaúde Saúde
  - 3. Convênio público
  - 4. Convênio militar
  - 5. Outros (especificar: \_\_\_\_\_)
  - 6. Não responde

[NOTA: Se homem, Pulse a M2.]

M2. Você está grávida neste momento?  1 – Sim, 0 – Não  2 – Não tem certeza

Alguma vez algum médico ou um profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças? 1 – Sim, 0 – Não

- M3. Pressão Alta.....
- M4. Diabetes.....
- M5. Doença Cardíaca.....
- M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral).....
- M7. Epilepsia ou convulsões.....
- M8. Câncer.....
- M9. HIV/AIDS.....
- M10. Tuberculose.....
- M11. Hepatite.....
- M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado.....
- M13. Doença renal crônica.....
- M14. Problema respiratório crônico ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite.....
- M15. Outro problema ou doença crônica ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo, etc. "Sim" especifique.....
- M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos? ex. "Sim" especifique.....

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

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma de suas condições?  0 – Não  1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito  2 – Sim, e deixei de tomar, mas não entoo (ou tomei apenas alguns)  3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de cuidado para doença física ou incapacidade?  1 – Sim, 0 – Não  ex. sua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?  0 – Excelente  3 – Ruim  1 – Muito boa  4 – Muito ruim  2 – Boa

ASI6

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

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

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?          
 ex. dorça, tont, dor, desconforto, incapacidade  
 - inclua problemas dentários  
 Dias

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

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?  
 0 - Nada 3 - Consideravelmente  
 1 - Levemente 4 - Intense  
 2 - Moderadamente

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?  
 0 - Nada 3 - Consideravelmente  
 1 - Levemente 4 - Intense  
 2 - Moderadamente

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?  
 0 - Nada 3 - Consideravelmente  
 1 - Levemente 4 - Intense  
 2 - Moderadamente

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?  
 - não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/drogas ou psiquiátricos, ou parto não complicados  
         
 A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

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

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

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?  
 ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou dorça.  
 - não inclua tratamento para álcool/drogas ou psiquiátricos.  
         
 000 → M28  
 A. B.

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

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

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?  
 1 - Ensino Fundamental 4 - Bacharelado  
 2 - Ensino Médio 5 - Mestrado ou mais  
 3 - Ensino Superior (Faculdade) 6 - Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal? 1 - Sim, 0 - Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?  
 01 = Não alfabetizado 16 = 3ª ou 4ª ano de faculdade  
 02 = 1ª a 4ª série 17 = 5ª ou 6ª ano de faculdade  
 12 = 5ª a 8ª série 18 = 1ª ao 2ª ano de pós-g. (mestrado)  
 13 = 1ª ou 2ª ano do S.M. 19 = Doutorado completo ou não  
 14 = 3ª ano Ensino Médio 20 = Pós-doutorado completo ou não  
 15 = 1ª ou 2ª ano de faculdade

E4. Você prestou serviço militar? 1 - Sim, 0 - Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?   
 0 - Não, 1 - Meio-Turno, 2 - Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 - Sim, 0 - Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 - Sim, 0 - Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de mau de transporte? 1 - Sim, 0 - Não

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

E9. Você consegue (português) suficientemente bem para preencher esta ficha de emprego? 1 - Sim, 0 - Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]  
 \_\_\_ 1. Turno Integral (TI) (25+ h/trabalho) → E12  
 \_\_\_ 2. Meio Turno (< 33 h/trabalho) → E12  
 \_\_\_ 3. Desempregado ativamente procurando por trabalho "diapena temporária", → E14  
 \_\_\_ 4. Fora do mercado de trabalho - não trabalha e não procura ativamente por trabalho  
 \_\_\_ 5. Fico (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

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

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



## ASI6

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

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

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

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

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de tempo integral, mais longo?   
- com um empregador ou como autônomo  
Meses  
000 → 117

E15. Há quanto tempo ele terminou?   
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo]  
Meses  
000 → 117

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

E17. Nos últimos 6 meses (desde \_\_\_\_\_), quantas semanas você teve um trabalho pago?   
- inclui licenças, férias,  
- dias como autônomo, trabalho informal e bicos.  
Semanas,  
Máx. = 26  
00 → 102

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

(E19 - E22) Nos últimos 30 dias:  
E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?   
- inclui licenças, férias, dias como autônomo,  
trabalho informal e bicos.  
Dias  
00 → 102

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? - incluir bicos RS

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?   
ex. baixa produtividade, distúrbios,  
se chamando atenção, stress, etc.  
Dias

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

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

## ASI6

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

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

Nas últimas 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

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

E25b... últimos 6 meses? R\$

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

E26b... últimos 6 meses? R\$

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

E27b... últimos 6 meses? R\$

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

E28b... últimos 6 meses? R\$

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

E29b... últimos 6 meses? R\$

E29c. bônus? R\$

E29d... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. prêmio empresarial/trabalho distribuído da família ou renda incorporada (herança, imposto, loteria, etc.) R\$

E30b... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outros dispêndios de vida? (Marque todas que se aplicam)

- \_\_\_1. Trabalho
- \_\_\_2. Aposentadoria
  - \_\_\_ ex. pensão, seguro social (INSS)
- \_\_\_3. Invalidez / Incapacidade
  - \_\_\_ ex. pensão, seguro social (INSS) indenização
- \_\_\_4. Seguro desemprego
- \_\_\_5. Assistência pública ou governamental
  - \_\_\_ ex. previdência social, vale-mercado, moradia subsidiada
- \_\_\_6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- \_\_\_7. Família, amigos ou vizinhos
- \_\_\_8. Dinheiro ilegal
- \_\_\_9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
  - \_\_\_ ex. Hospital, pensão previdenciária, albergue ou prisão
- \_\_\_10. Outros, ex. economia, etc.
  - \_\_\_ Inquilinato
- \_\_\_11. Bônus
- \_\_\_12. Nenhum

I32. Você alguma vez declarou falência?   
1 - Sim, 0 - Não

I33. Você já deu ou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada?   
ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 - Sim, 0 - Não

I34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma conta?   
ex. habitação, serviços, cartão de crédito, pensão de filho, outros empréstimos/dívidas (contas telefônicas, cartão legião, empréstimos pessoais) 1 - Sim, 0 - Não

I35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependentes de você para o sustento financeiro regular?   
ex. para moradia, comida, sustento de filho, moradia, etc. inclua pessoas que o sustento sustente, bem como aquelas que você é obrigado a sustentar

I36. Você tem renda suficiente para pagar suas atividades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes?   
- exceto dinheiro de atividades ilegais 1 - Sim, 0 - Não

Comentários:

---



---



---



---



---



---

## AS16

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

Histórico de Tratamentos

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

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas?  
A. Últimos 6 meses 00 → D6 B. 30 Dias 00 → D6
- D5. Tivemos medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?  
ex. disulfiram, naltrexona (Revia), acamprosato (Campral), medicação para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.  
– cada medicação para depuração de toxinas. 00 → D6
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → 00] 00 → D6
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos 00 → D6 Meses 00 → D6

Uso de Alcool

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

- D14. Quando você bebeu pela última vez?  
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.] 00 → D10

- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinks em um dia? 00 → D10

- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$ 00 → D10

Sintomas de Alcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;  
ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões;  
ou teve problema com a lei? 1 – Sim, 0 – Não
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D10

- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Intensamente  
2 – Moderadamente

- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Intensamente  
2 – Moderadamente

- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Intensamente  
2 – Moderadamente

Comentários:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Um drink: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 copo de vinho ou uma lata de cerveja.

ASI6

Tabela de Uso de Drogas - Substâncias Individuais

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

- P6-A. Você já experimentou ou usou \_\_\_\_\_ (mesmo se foi somente uma vez ou presente)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez \_\_\_\_\_?
  - B. Por quantos anos de sua vida você usou \_\_\_\_\_ 3 ou mais dias por semana? - Se dois períodos sem a droga
  - C. Você já usou \_\_\_\_\_ em 50 ou mais dias na sua vida?
  - D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou \_\_\_\_\_?
  - E. Nos últimos 30 dias, você usou \_\_\_\_\_ [0] - somente como presente, ou [1] - ilegalmente ou mais do que foi presente?

**NOTA:** Se o entrevistado relata:

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

	A. Idade de 1º uso? [N -- próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 -- D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 - Sim, 0 - Não]	D. Uso nos últimos 30 dias? [00 -- próxima A]	E. Usou como Tio (últimos 30 dias)? [0 - como Tio, 1 - Não Tio]
D25. Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Solúveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína inalada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Crack/Merla/Oxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D29. Estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários adicionais:

.....

.....

.....

## AS16

Uso de Substâncias - Categorias Problema

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

**Rotas de Administração**

De que forma você já usou \_\_\_\_\_?

	A. Categoria	B. Navegação [sempre todas que se aplicarem]	C. Últimos 30 Dias [sempre todas que se aplicarem]
<b>Problema Primário</b> D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a <b>1ª</b> maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<input type="checkbox"/> 12 → 037	<input type="checkbox"/> 3. Injetada <input type="checkbox"/> 4. Injetada <input type="checkbox"/> 2. Inalada <input type="checkbox"/> 5. Outra <input type="checkbox"/> 3. Fumada	<input type="checkbox"/> 1. Injetada <input type="checkbox"/> 4. Injetada <input type="checkbox"/> 2. Inalada <input type="checkbox"/> 5. Outra <input type="checkbox"/> 3. Fumada <input type="checkbox"/> 6. Sem uso
<b>Problema Secundário</b> D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a <b>2ª</b> maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<input type="checkbox"/> 12 → 037	<input type="checkbox"/> 3. Injetada <input type="checkbox"/> 4. Injetada <input type="checkbox"/> 2. Inalada <input type="checkbox"/> 5. Outra <input type="checkbox"/> 3. Fumada	<input type="checkbox"/> 1. Injetada <input type="checkbox"/> 4. Injetada <input type="checkbox"/> 2. Inalada <input type="checkbox"/> 5. Outra <input type="checkbox"/> 3. Fumada <input type="checkbox"/> 6. Sem uso
<b>Problema Terciário</b> D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a <b>3ª</b> maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<input type="checkbox"/> 12 → 037	<input type="checkbox"/> 3. Injetada <input type="checkbox"/> 4. Injetada <input type="checkbox"/> 2. Inalada <input type="checkbox"/> 5. Outra <input type="checkbox"/> 3. Fumada	<input type="checkbox"/> 1. Injetada <input type="checkbox"/> 4. Injetada <input type="checkbox"/> 2. Inalada <input type="checkbox"/> 5. Outra <input type="checkbox"/> 3. Fumada <input type="checkbox"/> 6. Sem uso

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

Comentários adicionais:


---



---



---



ASI6

**Legal** - As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal em atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas?  1 - Sim, 0 - Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso?  1 - Sim, 0 - Não Se L1 e L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez?   >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi pego por? [Marque todos que se aplicam]  
 1. Crime violento ou crime contra pessoas  
 ex. roubo, agredida estupro  
 2. Atos ilícitos ligados a drogas  
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas  
 3. Crime visando lucro ou contra a propriedade  
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, furto  
 4. Infrações praticadas somente por jovens  
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem  
 5. Outras infrações (especificar: \_\_\_\_\_)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos?   Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)?   Meses

(L7 - L14) Desde os 18 anos:

- Pré-A. Você já foi preso ou detido por \_\_\_\_\_  
 [NOTA: Se Não, codifique 00 para A, e passe para o próximo item]
- A. Quantas vezes no total?  
 B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?
- |  | A. Total             | B. 6 Meses           |
|--|----------------------|----------------------|
| L7. Porte de drogas? _____<br>- ou equipamento de droga (máquina)  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas? _____<br>- vender (inclui tráfico) / distribuir   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9. Roubo? _____<br>- roubo à força, ou sob ameaça de força  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro? _____<br>- fraude venda de objetos materiais, vandalismo, furto - em loja  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L11. Crime violento? _____<br>- violência doméstica, estupro, assalto  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo? _____<br>- incluir caça-furto, dinheiro por sexo, pornografia  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado? _____<br>- ou sob efeito de drogas   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal? _____<br>- violação da condicional, conduta de conduta, -través violação de ordem restritiva, negligência ou descuido, etc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer crime? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]  
 Anos  Meses
- L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade?  Vezes
- L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos  Meses

- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça?  1 - Sim, 0 - Não ex. um juiz, a requisição
- Você está atualmente envolvido com a Justiça criminal de alguma das seguintes formas?  1 - Sim, 0 - Não
- L19. Investigado em inquérito policial \_\_\_\_\_
- L20. Suspensão condicional do processo \_\_\_\_\_
- L21. Aguardando julgamento ou sentença \_\_\_\_\_
- L22. Serviu ou em liberdade condicional \_\_\_\_\_
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica \_\_\_\_\_
- L24. Outros \_\_\_\_\_   
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?  
 0 - Nada 3 - Consideravelmente  
 1 - Levemente 4 - Muito gravemente  
 2 - Moderadamente

(L26 - L30) Nos últimos 6 meses:

- Pré-A. Você \_\_\_\_\_?  
 [NOTA: Se Não, codifique 00 para A, e passe para o próximo item]
- A. número de dias, últimos 6 meses  
 B. número de dias, últimos 30 dias
- A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
- L26. Venda ou fabricação de drogas? \_\_\_\_\_    
 - tráfico ou distribuir para fazer distribuir, por ser o ou lucro de qualquer outra maneira
- L27. Roubou alguma? \_\_\_\_\_
- L28. Furto, roubo, arrombamento, fraude, falsificação prescrições ou cheques, distração propriedade ou inatencioso algo? \_\_\_\_\_    
 Se L28 = 0 → L29
- L28a. Roubo em loja \_\_\_\_\_
- L28b. Praticou arrombamento \_\_\_\_\_
- L28c. Roubo veículo a motor \_\_\_\_\_
- L28d. Falsificou \_\_\_\_\_
- L28e. Fraudou \_\_\_\_\_
- L28f. Cometeu vandalismo \_\_\_\_\_
- L28g. Provocou indivíduo (premeditado) \_\_\_\_\_
- L28h. Roubo / distração propriedade \_\_\_\_\_
- L29. Ameaça ou agrediu alguém? \_\_\_\_\_    
 - com ou sem uma arma Se L29 = 0 → L30  
 - inclui violência doméstica, estupro e assalto  
 - cacha roubo
- L29a. Ameaça sem agressão física \_\_\_\_\_
- L29b. Agrediu fisicamente com arma \_\_\_\_\_
- L29c. Agrediu fisicamente sem arma \_\_\_\_\_
- L29d. Agrediu sexualmente \_\_\_\_\_
- L29e. Assaltou alguém \_\_\_\_\_
- L29f. OUTRO \_\_\_\_\_

AS16

- L30. Ter qualquer outra coisa ilegal?  
- portou arma sem licença,  
envolveu-se com prostituição,  
cafeinagem ou jogo ilegal, etc.  
[inclui uso de droga prescrita ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30a. Carregar arma sem licença.....
- L30b. Prostituição / cafeinagem.....
- L30c. Jogo ilegal.....
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você  
fez qualquer uma das atividades/crimes acima?
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu  
sob efeito de drogas ou álcool?

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

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual  
com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não  
[NOTA: Se não, pule a coluna A (F2A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros<sup>2</sup> você tem?  
- inclui parceiros sexuais/cônjuge,  
e quaisquer outros familiares adultos.  
[NOTA: Se 06, pule a coluna C (F2C-F9C).]

**NOTA: Para F3 – F9:**  
A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro  
B. Refere-se a qualquer outros membros adultos da família ou parentes,  
ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, irmãos, primos  
C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

**Nos últimos 30 dias, você:**  
(1 – Sim, 0 – Não)

- |   | A. Parceiro(a)           | B. Parentes Adultos      | C. Amigos Íntimos        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| F3. <u>passou tempo</u> (pessoalmente) com<br>(ou <u>Alguém</u> B,C).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. teve qualquer <u>contato</u> , correio, cartas,<br>telefone ou e-mail (outras) com:<br>- se F3=0=0, Pule para F9  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus<br>sentimentos ou problemas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. teve problema de relacionamento c/.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. teve qualquer <u>discussão</u> com.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um<br>problema atual com álcool<br>ou uso de drogas?<br>- inclui somente aqueles pessoas com<br>quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F9. Se você precisa de ajuda,<br>você pode contar com.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial  
de afastamento contra alguém? 1 – Sim, 0 – Não

**Comentários:**  
.....  
.....  
.....

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

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

**Nos últimos 30 dias (F19-F22):**

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

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

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



ASI6

F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém?  0 → F29

F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F28. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'   Anos   Meses   Anos

F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? - crimes familiares, amigos e pessoas com quem você abusou como descrito em F26 e experiência de guerra  0 → F32

F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F31. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'   Anos   Meses   Anos

F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? ex. desastre, acidente gravíssimo, guerra - crimes abusos, crimes violentos como descritos acima  0 → F32

F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F34. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'   Anos   Meses   Anos

F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? - crimes desastres/acidentes graves ou infantes e guerra como descrito acima em F32  0 → NOTA

F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F37. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'   Anos   Meses   Anos

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (ex., F22, F26, F28, F32, e F35. São todos 0 - Não), pule para F40]

F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? - inclui pesadelos/vômitos, lembrança (flashback), etc.  0 - Nada  3 - Consideravelmente  1 - Levemente  4 - Intensamente  2 - Moderadamente

F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?  0 - Nada  3 - Consideravelmente  1 - Levemente  4 - Intensamente  2 - Moderadamente

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

F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?  00 → F40

F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?

Filho 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filho 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Filho 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filho 7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Filho 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filho 8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Filho 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filho 9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Filho 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Filho 10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

F42. Existe algum processo de guarda aberto na mão/pai ou qualquer outro parente?  1 - Sim, 0 - Não

F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? - inclui também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial   Filhos

F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo?   Filhos

F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (então-adulto/criança(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? - codifique crianças que passaram noite regularmente ou que estavam ficando na sua casa por longo período de tempo  1 - Sim, 0 - Não

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

F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizagem que requerem cuidado profissional, tratamento ou encaminhamento especializado?   Crianças  0 → F48

F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?  0 - Nada  3 - Consideravelmente  1 - Levemente  4 - Intensamente  2 - Moderadamente

F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?  0 - Nada  3 - Consideravelmente  1 - Levemente  4 - Intensamente  2 - Moderadamente

F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? - aconselhamento atual ou adicional  0 - Nada  3 - Consideravelmente  1 - Levemente  4 - Intensamente  2 - Moderadamente

F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalho/estudo ou procurar trabalho?  1 - Sim, 0 - Não

F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?  1 - Sim, 0 - Não

[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos para ser investigado]

F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa?  1 - Sim, 0 - Não

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? - teve seu direito de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirado pela justiça  1 - Sim, 0 - Não

F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?  1 - Sim, 0 - Não

AS16

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

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos (ex. em hospital ou clínica (incluindo por álcool/drogas))  vezes
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? 1 - Sim, 0 - Não  0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? A. 0 a 6 meses  B. 30 Dias  000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – Inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não se guiasse de tratamento – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos  
0 - Nenhuma 1 - 1-5 sessões 2 - 26-50 sessões 3 - 51-100 sessões 4 - mais de 100 sessões  
A. 0 a 6 meses  B. 30 Dias  000 → NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P5. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?  idade
- P6. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidar psicológica? 1 - Sim, 0 - Não

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

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

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., "Sim" geralmente; "Isso foi APENAS sob efeito de drogas ou em abstinência?" e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

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

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

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

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

(P18 - P20) Nos últimos 30 dias: – inclua P8 (problema com o sono) para P18 - P21

- P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?  Dias
- P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?  Dias
- P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?  
0 - Nada 1 - Levemente 2 - Moderadamente 3 - Consideravelmente 4 - Intenamente
- P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?  
0 - Nada 1 - Levemente 2 - Moderadamente 3 - Consideravelmente 4 - Intenamente
- G15. Hora de Término:

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

## ASI6

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

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

1 – **Ruim**,                    2 – **Satisfatória**,                    3 – **Bom**                   

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

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

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

AS16

## Lista de Álcool e Outras Drogas

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

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

**Sedativos** – Barbitúricos – Gardinal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Diahadon, Epe lin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compax, Somaplux, Ansilive, Letansil), clonazepam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clonazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), clonazepam (Clozal, Eum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alprax, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Alivan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmador, Dalmare), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepam, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somatim, Sulpan, Umbromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

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

**Estimulantes** – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagja, Imibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Modrine, Fluril e Fluramina Alderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemotidex), Absen, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos inermantas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

**Alucinógenos** – LSD, ácido, bad trips, seio, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenilamina) e 2-CF-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propilfenilamina), 4MTA (metiloxanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilamfetamina), “Mitsubishi”.

**Heroina** – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marron, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chrouk, H, heroína, pó, poeira, castanha, merla, bomba, veneno, barra, goió, bacalhau, élixir, baque, cocada preta.

**Outros Opióides** – Demerol, ópio, codeína, peidina, percocet/percodan, darvon/darvonet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, bucarfanol, buprenorfina (emgesic), naloxona (narcan), naltrexona (revia), diprenorfina,  $\beta$ -funaltrexamina, naloxonazina, naltorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anagor, dorkess, syladol, timasen, tramadol, tramal, zamadol), meperidina (dotantina, dolosat, dormol), propofeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

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

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

ASI6

### Principais Grupos de Ocupação

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

AS16

**Escala de Intensidade**

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

## ANEXO C : ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRAT (BIS)

### Escala de Impulsividade de Barrat

PROCOLO: \_\_\_\_\_ INICIAIS: \_\_\_\_\_

AVALIADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Marque apenas uma alternativa para cada questão. Não pense em nenhuma das questões. Responda rápida e honestamente.	Raramente /Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
1. Eu planejo minhas atividades com cuidado				
2. Eu faço as coisas sem pensar				
3. Eu sou despreocupado, "cuca fresca"				
4. Meus pensamentos são rápidos				
5. Eu planejo minhas saídas ou passeios com antecedência				
6. Eu sou uma pessoa controlada				
7. Eu me concentro com facilidade				
8. Eu tenho facilidade para economizar dinheiro				
9. Eu acho difícil ficar sentado por muito tempo				
10. Eu costumo pensar com cuidado em tudo				
11. Eu quero ter um trabalho fixo para poder pagar minhas despesas				
12. Eu falo as coisas sem pensar				
13. Eu gosto de ficar pensando sobre problemas complicados				
14. Eu troco de trabalho frequentemente ou não fico muito tempo com a mesma atividade (cursos, esportes)				
15. Eu faço as coisas no impulso				
16. Eu me canso com facilidade tentando resolver problemas mentalmente, de cabeça				
17. Eu me cuido para não ficar doente				
18. Eu faço as coisas no momento em que penso				
19. Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão				
20. Eu troco de casa com frequência ou não gosto de viver no mesmo lugar por muito tempo.				
21. Eu compro coisas impulsivamente, sem pensar				
22. Eu termino o que começo				
23. Eu caminho e me movimento rápido				
24. Eu resolvo os problemas com tentativa e erro				
25. Eu gasto mais do que ganho ou do que posso				
26. Eu falo rápido				
27. Enquanto estou pensando um uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ao mesmo tempo.				
28. Eu me interesso mais pelo presente do que pelo futuro				
29. Eu me sinto inquieto em aulas ou palestras				
30. Eu faço planos para o futuro				

## ANEXO D: CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ)

### QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMA NA INFÂNCIA (CTQ)

PROTÓCOLO: \_\_\_\_\_ INICIAIS: \_\_\_\_\_

AVALIADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Enquanto eu crescia, até os 17 anos...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Eu não tinha comida suficiente para comer.					
Eu sabia que havia alguém para me cuidar e me proteger.					
As pessoas, na minha família, me chamavam de coisas do tipo "estúpido", "preguiçoso" ou "fêlo de doer".					
Meus pais estavam sempre muito bêbados ou drogados para cuidar da família.					
Havia alguém na família que ajudava a me sentir especial ou importante.					
Eu tinha que usar roupas sujas.					
Eu me senti amado.					
Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.					
Eu apanhei tanto de alguém da família que por isto tive que ir ao hospital ou consultar um médico.					
Não havia nada que eu desejasse mudar em minha família.					
Alguém, em minha família, me bateu tanto que isso me deixou com marcas e contusões (roxo).					
Eu apanhei com cinto, vara, corda ou várias outras coisas que machucavam.					
As pessoas em minha família cuidavam umas das outras.					
Pessoas, em minha família, disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
Eu acredito que fui fisicamente abusado (machucado).					
Eu tive uma infância perfeita.					
Eu apanhei tanto que isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.					
Eu sentia que alguém na minha família me odiava.					
As pessoas da minha família se sentiam próximas umas das outras (como uma família).					
Alguém tentou me tocar de maneira sexual ou me obrigou a tocá-lo.					
Alguém ameaçou me machucar, ou contar mentiras sobre mim, se eu não fizesse algo sexual com ele ou ela.					
Eu tive a melhor família do mundo.					
Alguém tentou me obrigar a praticar algo sexual, ou a assistir algum ato sexual, ou coisas relativas a sexo.					
Alguém já me molestou (importunou, boinou, "se passou" comigo).					
Eu acredito que fui emocionalmente maltratado (humilhado, ofendido, desvalorizado)					
Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisasse.					
Eu acredito que fui sexualmente abusado.					
Minha família foi uma fonte de força e apoio sempre que precisei.					



## ANEXO E: MEASURE OF PARENTAL STYLE (MOPS)

### MOPS

PROTOCOLO: \_\_\_\_\_ INICIAIS: \_\_\_\_\_

AVALIADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Durante seus primeiros 16 anos, quão verdadeiras são as seguintes afirmações sobre o comportamento da sua **MÃE** e do seu **PAI** a seu respeito. Pontue cada afirmação como:

0 – De forma alguma verdadeira

1 – Um pouco verdadeira

2 – Moderadamente verdadeira

3 – Extremamente verdadeira

	MÃE	PAI
1. Superprotegeu-me		
2. Era verbalmente agressiva comigo		
3. Controlava-me demais		
4. Procurava fazer eu me sentir culpado		
5. Ignorava-me		
6. Era crítica comigo		
7. Era imprevisível comigo		
8. Negligente (descuidada) comigo		
9. Era fisicamente violenta ou agressiva comigo		
10. Rejeitava-me		
11. Deixou-me muito por minha conta		
12. Esquecia-se de mim		
13. Era desinteressada por mim		
14. Fazia eu me sentir em perigo		
15. Fazia eu me sentir inseguro		