

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina (UFRGS)  
Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas



**Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6)  
para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica  
de usuários de drogas que buscam tratamento no país**

**Felix Henrique Paim Kessler**

**Junho de 2011**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina (UFRGS)  
Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas



**Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6)  
para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica  
de usuários de drogas que buscam tratamento no país**

Tese de Doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Médicas: Psiquiatria como requisito para  
obtenção do título de Doutor em  
Psiquiatria.

**Felix Kessler**

Autor

**Prof. Flavio Pechansky**

Orientador

**2011**



**Para Fernanda,**

**Luís Fernando e Livia**

“Ter que se enganar ao se encontrar  
Com mecanismos de uma bruta ilusão  
E não sentir o que é real  
O que é viver, o que é ser...  
A droga é a ânsia de não querer  
De fugir...  
Há tanta coisa para saber,  
São tantos rumos para tomar,  
São tantas provas para vencer...”

*Adaptação da Canção: Droga.*

“A paixão e as palavras são as mais poderosas  
drogas utilizadas pela humanidade”.

Adaptação de Rudyard Kipling

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

Ao Flavio Pechansky, pelas idéias, incentivo e apoio durante o período do doutorado, assim como pelos ensinamentos. Tem sido um orientador motivado em transformar a obra em realidade, atendendo às demandas com rara presteza. Agradeço pelo convívio harmonioso, afetuoso, estimulante, e, muitas vezes, divertido nos últimos 15 anos. Além da sua imensa produção acadêmica, somada a outras inúmeras atividades, tem sido um exemplo de equilíbrio entre trabalho, amigos, lazer, esporte e vida familiar, que certamente tentarei seguir.

Aos vários colegas americanos que colaboraram para o desenvolvimento desta tese, principalmente aos Drs. John Cacciola, Arthur Alterman, Megan Beauchamp, Deni Carisi e Thomas McLellan, pela disponibilidade em transmitir os seus conhecimentos e dados de pesquisa, além de sua receptividade e hospitalidade durante os períodos que convivemos.

À Sibelee Faller que compartilhou alegremente as suas idéias, e trabalhou incansavelmente ao meu lado nesses 6 anos, sendo co-autora de todos os artigos e praticamente de toda a tese.

À Daniela Bumaguin Benzano, que foi a responsável por todas as análises relacionadas à tese, pela simpatia e voluntariedade em colaborar sempre de boa vontade, além de discutir e ensinar sobre a temática da epidemiologia e estatística, algumas vezes, com o auxílio do Diego Bassani.

Aos vários colegas dos outros centros de pesquisa que coordenaram as coletas, em nome de:

Rio de Janeiro (PROJAD): Marcelo Cruz, Márcio Moreno Barbeito e Ana Carolina Mathias

São Paulo (PROMUD): Sílvia Brasiliano e Andresa Cazarine

São Paulo (UDED): Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Laisa Marcorela Sartes e Eroy Aparecida Silva

Bahia (CETAD): Antônio Nery Filho, Esdras Moreira e George Soares

À Lísia von Dimen que, como uma irmã, nesses últimos anos, esteve sempre ao meu lado, propiciando-me alegrias, e ajudando-me com dicas inteligentes a lidar com as ansiedades e frustrações inerentes a uma tese como essa.

Às psiquiatras Larriany Giglio e Carolina Moser, que foram incansáveis no início dessa jornada.

Aos estudantes de medicina e psicólogos que trabalharam com competência e afinco nas coletas e na logística do estudo: Luísa Soriano, Cristine Costa, Ana Lúcia Golin, Franciny Port, Pedro Santos, Mariana Santos.

À equipe da SENAD, pelo apoio logístico, organizacional e financeiro do projeto, em nome de Paulina Arruda Duarte, Débora Cruz, Márcia Lopes, Cejana Passos e Vladimir Stempliuk.

À Cleide Bittencourt, Cíntia Souza e Andreia Diel, pelo inestimável apoio na secretaria e em questões burocráticas vinculadas ao projeto, assim como Myriam Coutinho Pereira pelo apoio nas questões financeiras.

Ao Nino Marchi, ao Anderson Stolf e à Bárbara Ponzi Holmer, que dedicaram vários finais de semana para me auxiliar a compilar todos os materiais e referências bibliográficas, a fim de terminar a tese.

Aos co-autores e amigos, Ana Carolina Peuker, Mauro Terra, Neusa Rocha e Ana Flávia Silva Lima.

A todos os colegas e amigos do CPAD que de alguma forma colaboraram para o trabalho. À colega Raquel De Boni que acompanhou de perto o trabalho e, com disponibilidade, oferecendo-se para colaborar em vários momentos.

À Denise Arend, pelo empenho e seriedade com que colaborou na tradução dos artigos para o inglês, com críticas ao formato e conteúdo dos mesmos.

A Fundação Médica, pelo apoio logístico e burocrático nas questões financeiras e materiais vinculados ao Projeto ASI6. A UFRGS pelo apoio científico desde o início da minha faculdade. A CAPES pelo auxílio financeiro, e demais instituições que participaram direta ou indiretamente deste projeto.

À banca examinadora, em nome dos Professores Marcelo Fleck, Jorge Béria, Ana Regina Noto e Clarissa Gama, que prontamente aceitaram avaliar a tese.

Aos professores do Departamento de Psiquiatria da UFRGS, pelo afeto, exemplo e incentivo nos últimos 15 anos.

Aos pacientes que tornaram possível esta pesquisa, assim como a todas as equipes clínicas que deram suporte às entrevistas.

Aos inúmeros amigos pessoais e colegas da área da saúde que torceram e me incentivaram durante todos esses anos, além de me propiciarem muitas alegrias e afeto, que me fortaleceram.

Aos meus tios Flavio Borges e Luís Paulo Paim Santos, que sempre foram exemplos de pais de família e de excelência no exercício da medicina.

Aos meus pais, pela dedicação, carinho e amor com que me criaram, além do estímulo intelectual e dos valores em prol de fazer o bem.

A minha esposa, que sempre esteve ao meu lado, com amor, alegria, carinho, compreensão e continência nos momentos difíceis, assim como pelo otimismo e apoio em relação à vida acadêmica.

Aos meus filhos, por me tornarem mais sensível e me ensinarem a enxergar um mundo melhor.

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ABEAD:** Associação Brasileira de Estudo do Álcool e Outras Drogas
- ADS:** Alcohol Dependence Scale
- ASI:** Addiction Severity Index
- AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test
- BA:** Bahia
- CAGE:** Cut Down, Annoyed, Guilty and Eye Opener Screening
- CAGE-AID:** Cut Down, Annoyed, Guilty and Eye Opener Screening - Adapted to Include Drugs
- CBI:** Coping Behaviours Inventory
- CDC:** Center for Disease Control
- CEBRID:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- CEMOT-DQ:** Centro Municipal de Tratamento ao Dependente Químico/São Gonçalo/RJ
- CENTRA-RIO/SES:** Centro Estadual de Tratamento e Recuperação de Adictos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
- CEP:** Código de Endereçamento Postal
- CETAD:** Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
- CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão
- CIDI:** Composite International Diagnostic Interview
- CIWA-A:** Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale
- CNPJ:** Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
- CNPq:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CPAD:** Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
- CTR:** Confiabilidade no Teste-Reteste
- CUAD:** Chemical Use, Abuse, and Dependence Scale
- CVM:** Comissão de Valores Mobiliários
- DASES:** Drug Avoidance Self-Efficacy Scale
- DAST:** Drug Abuse Screening Test
- DOJ:** Departamento de Justiça
- Dr.:** Doutor; **Dra.:** Doutora
- DrInC:** Drinker Inventory of Consequences

**DSM-III-R:** Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais – 3ª Edição Revisada

**DSM-IV:** Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais – 4ª Edição

**DUSI:** Drug Use Screening Inventory

**ECs:** Escores Compostos

**EGE:** Escores de Gravidade do Entrevistador

**ESA:** Escala de Seguimento de Alcoolistas

**EUA:** Estados Unidos da América

**FAM:** Family Assessment Measure

**FAMED:** Faculdade de Medicina

**FAPERJ:** Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

**FBI:** Federal Bureau of Investigation

**FES:** Family Environment Scale

**FIPE:** Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

**FM:** Fundação Médica

**FMUSP:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**F-SMAST:** Adapted Short Michigan Alcoholism Screening Test for Fathers

**FTQ:** Family Tree Questionnaire

**FUJB:** Fundação Universitária José Bonifácio

**GAF:** Global Assessment Function

**GREA:** Grupo Interdisciplinar de Estudos do Alcool e Outras Drogas

**HCPA:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**HIV:** Human Immunodeficiency Vírus

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ICF:** Índices Clínicos Fatoriais

**IDS:** Impaired Driving Screening

**IDTS:** Inventory of Drug-Taking Situations

**IFAs:** Índices Fatoriais de Avaliação

**IPUB/UFRJ:** Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil/Universidade Federal do Rio de Janeiro

**LDQ:** Leeds Dependence Questionnaire

**LSD:** Ácido Lisérgico

**MAST:** Michigan Alcoholism Screening Test

**MD:** Medical Doctor

**MINI:** Mini International Neuropsychiatric Interview

**MS:** Ministério da Saúde

**M-SMAST:** Adapted Short Michigan Alcoholism Screening Test for Mothers

**Nepad/UERJ:** Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Rio de Janeiro

**NIAAA:** National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

**NIAID:** National Institute of Allergy and Infectious Diseases

**NIBRS:** National Incidence Based Reporting System

**NIDA:** National Institute on Drug Abuse

**OBID:** Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

**PhD:** Doctor of Philosophy

**PNAD:** Política Nacional Antidrogas

**POA:** Porto Alegre

**POSIT:** Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers

**PRISM:** Program of Research for Integrating Substance use Issues into Mainstream healthcare

**PROJAD:** Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas

**PROMUD:** Programa de Atenção à Mulher Dependente Química

**QF:** Quantity – Frequency

**QFV:** Quantity-Frequency Variability Index

**RDS:** Restrained Drinking Scale

**RG:** Registro Geral

**RJ:** Rio de Janeiro

**RS:** Rio Grande do Sul

**SADD:** Short Alcohol Dependence Data

**SADQ:** Severity of Alcohol Dependence Questionnaire

**SCID-P:** Structured Clinical Interview for DSM-III-R–Patient Edition

**SCL-90:** Symptom Checklist-90

**SCQ:** Situational Confidence Questionnaire

**SENAD:** Secretaria Nacional Antidrogas

**SES/RJ:** Secretaria do Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

**SMAST:** Short Michigan Alcoholism Scceening Test

**SMS/RJ:** Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**SP:** São Paulo

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**SS-R:** Escores Sumários de Funcionamento Recente (últimos 30 dias) do ASI-6

**T-ASI:** Teen Addiction Severity Index

**TCC:** Terapia Cognitivo Comportamental

**TSR:** Treatment Service Review

**UDED:** Unidade de Dependência de Drogas

**UFBA:** Universidade Federal da Bahia

**UFRGS:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UFRJ:** Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UNIFESP:** Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo

**USA:** United States of América

**USP:** Universidade de São Paulo

**WHOQOL:** World Health Organization Quality of Life Instrument

**WHOQOL-BREF:** Versão reduzida do instrumento WHOQOL

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas.....	09
Lista de figuras e Tabelas.....	16
Prólogo.....	18
Resumo.....	20
Abstract.....	23
Introdução.....	25
1. O uso de drogas no Brasil.....	25
2. A psicometria e as ciências psicossociais.....	27
3. Adaptação e Validação Transcultural de Instrumentos de Pesquisa na área do uso de substâncias psicoativa.....	30
4. Addiction Severity Index (ASI).....	32
5. Diferenças entre a quinta e a sexta versão do ASI.....	37
5.1 Importâncias entre a Quinta e a Sexta Versão do ASI.....	37
5.2 Limitações dos Índices Sumários do ASI.....	38
5.3 Esforços para Alcançar Índices Sumários Melhores.....	39
5.4 Desenvolvimento do ASI.....	39
6. Mudanças no ASI6 de acordo com cada área.....	41
6.1 Área Médica.....	41
6.2 Área Ocupacional.....	41
6.3 Uso de Álcool e Drogas.....	41
6.4 Área de Aspectos Legais.....	42
6.5 Área Sócio-familiar.....	42
6.6 Área Psiquiátrica.....	43
Objetivos Gerais da Tese.....	44
Resumo do Método.....	45
Considerações Éticas.....	49
Adaptação do ASI6 Para a Cultura e Idioma Brasileiros.....	51

<u>Artigos</u> .....	53
Artigo 1 Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade da Dependência.....	54
Artigo 2 Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil.....	77
Artigo 3 Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals.....	100
Artigo 4 Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems.....	119
Artigo 5 Quality of life and severity of problems in alcohol misusers and relations between the ASI-6 and WHOQOL-BREF.....	142
Considerações Finais.....	163
Referências Bibliográficas.....	170
<u>Anexos</u> .....	174
Carta ao editor - Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil.....	175
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	180
Premiações recebidas durante o período do doutorado e relacionadas à tese.....	183
Outro artigo publicado relacionado ao estudo e aos escores do ASI6.....	183
Outros dados relacionados à amostra e apresentados na forma de pôster (resumo) durante o período de doutorado.....	184
Manual e Instruções para os o cálculo dos escores do ASI6.....	188
Centros de pesquisa envolvidos no projeto ASI6.....	190
Regras para autoria de artigos do projeto ASI6.....	195
Instrumentos.....	198
Addiction Severity Index (sexta versão em inglês).....	199
Escala de Gravidade de Dependência adaptada para o português.....	221
MINI.....	232
ASRS.....	257
ASSIST.....	258
Escala de Ambiente Familiar-FES.....	261
WHOQOL-BREF.....	264

Manual de Aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6).....	268
--	-----

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 Resultado dos escores de gravidade.....	66
Tabela 2 Resultado dos escores de gravidade após 3 meses de tratamento.....	69

### Artigo 2

Table 1. Sample Characteristics in all centers.....	87
Table 2: Test-retest: Summary Scores (SS-R) of the ASI-6 (three to seven days after initial interview).....	87
Table 3: Inter-rater reliability: ASI-6 Summary Scores (SS-R) between interviews.....	88
Table 4: Internal consistency of ASI-6 subscales and correlation between Summary Scores (SS-R) of each área.....	88
Table 5: Correlations between ASI-6 Summary Indexes and Concurrent Validity Measures.....	89

### Artigo 3

Table 1. Sample characteristics of substance abusers who sought treatment.....	106
Table 2: Use of alcohol and other drugs at the five research centers assessed.....	107
Table 3: Characteristics of alcohol use at the five research centers assessed.....	107

Table 4: Summary scores of the Addiction Severity Index (SS-Rs, ASI-6) obtained at the five research centers involved.....	108
--	-----

Table 5: Drugs motivating treatment seeking at the different centers assessed.....	109
--	-----

#### **Artigo 4**

Table 1 – Social and demographic characteristics.....	127
---	-----

Table 2 – Psychiatric comorbidities in the past 12 months evaluated by the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) at three centers.....	129
---	-----

Table 3 – Summary scores of the Addiction Severity Index (ASI-6) in the 30 days prior to the interview at five centers.....	130
---	-----

Table 4 – Violent and/or illegal activities in the past 6 months according to ASI-6 at five centers.....	131
--	-----

#### **Artigo 5**

Table 1: Sample characteristics of alcohol misusers in three Brazilian state capitals.....	150
--	-----

Table 2: Regarding the use of alcohol in the whole sample divided by tertiles using the ASI-6 alcohol severity score for recent functioning (SS-Rs).....	151
--	-----

Table 3: Quality of life of the whole sample divided by tertiles using the ASI-6 alcohol severity score for recent functioning (SS-Rs).....	152
---	-----

Table 4: Correlations between the ASI-6 summary scores (SS-Rs) and WHOQOL domains.....	153
--	-----

Table 5: Regression analysis for quality of life domains regarding demographics and ASI-6 summary scores.....	154
---	-----

<b>Carta ao editor (anexada)</b> .....	175
--	-----

Figura 1: Apresentação das etapas metodológicas de tradução e adaptação transcultural da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil.....	177
---	-----

## Prólogo

Há aproximadamente 6 anos, o Prof. Flavio Pechansky, idealizador desse projeto, sugeriu-me que validássemos o Addiction Severity Index para a cultura brasileira, e que isso fosse objeto de um doutorado. Nessa época, estava bem claro que, no Brasil, existia uma carência de instrumentos de pesquisa que avaliassem os diversos problemas associados com o abuso ou dependência de drogas, sendo essa validação, portanto, extremamente relevante para o desenvolvimento e aprofundamento da pesquisa e do tratamento nessa área no país. Eu tinha a noção de que coordenar uma tarefa como essa representaria um grande desafio, em função da complexidade do instrumento e da nossa população, mas resolvi aceitar. Dessa forma, então, iniciamos a escrita do projeto e a discussão de qual das versões do instrumento iríamos trabalhar.

Logo em seguida, oportunamente, firmou-se uma parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que ciente da importância do tema, decidiu financiar o estudo, desde que o mesmo tivesse uma amplitude nacional. Ficou estabelecido que a validação realizar-se-ia através do esforço conjunto de pesquisadores especializados na área de álcool e drogas dos principais centros de investigação relacionados ao estudo e pesquisa com dependentes químicos no país. Posteriormente, em conjunto, optamos pela sexta e última versão do instrumento, que ainda estava sendo desenvolvida por colegas da Universidade da Pensilvânia, com a qual o CPAD já tinha uma parceria.

Várias das informações contidas na introdução da tese sobre o desenvolvimento da última versão do Addiction Severity Index (ASI6) foram obtidas através do contato pessoal com os Drs. Johh Cacciola e Arthur Alterman, em um período de estágio em Philadelphia, e, por isso, não possuem referência bibliográfica específica. De certa forma, a validação do instrumento no Brasil e nos Estados Unidos ocorreu de forma simultânea; a fórmula para calcular os escores sumários somente foi finalizada no ano de 2009. Interessantemente, os artigos da validação brasileira e americana foram aceitos simultaneamente, em março de 2011, em periódicos diferentes. O acordo com os colaboradores americanos foi de que trabalharíamos concomitantemente, a fim de acelerar a utilização do instrumento, abrindo-se também a possibilidade de futuramente podermos comparar os dados dos dois países.

Foram feitos acordos de publicação entre os centros brasileiros, sendo que o Rio Grande do Sul ficou responsável pela adaptação e pela divulgação dos primeiros dados relativos à validação do instrumento por meio de análises psicométricas clássicas, além de outros assuntos que serão apresentados nessa tese em forma de artigos. Outro centro de pesquisa (UDED), lotado em São Paulo, ficou com o encargo de complementar a validação através de análise dos dados da amostra pela vertente da Teoria de Resposta ao Item, sendo que os primeiros resultados já foram apresentados por meio de outra tese de doutorado no ano passado. Esses dados serão discutidos nas considerações finais da tese.

Enfim, cabe novamente salientar que todo esse trabalho é fruto do interesse e dedicação de dezenas de pessoas, e, ao longo de toda a caminhada, tivemos o apoio irrestrito de todas as instituições vinculadas ao estudo e já citadas nos agradecimentos acima.

## Resumo da Tese

Conforme revisão da literatura, existem poucos instrumentos de pesquisa no Brasil que avaliam de forma mais ampla os problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Neste contexto, a sexta versão do Addiction Severity Index (ASI6) foi escolhida para ser validada no Brasil. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que foi planejada de forma multidimensional para obter informações sobre os problemas de abuso de substância e outros aspectos da vida como: médico, ocupacional, aspectos legais, sócio-familiar e psiquiátrico. Essa tese descreve na sua introdução as modificações dessa versão do instrumento, que foi desenvolvida para aprimorar seu conteúdo e corrigir as principais limitações das versões anteriores.

A tese contém 5 manuscritos e teve como objetivos principais: adaptar a escala traduzida como Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para a cultura brasileira (carta ao editor anexada), apresentar o instrumento através de um caso clínico (artigo 1), além de testar algumas de suas propriedades psicométricas em uma população clínica (artigo 2). Para isso, um estudo transversal multicêntrico foi conduzido em 4 capitais de estados brasileiros, e as características da amostra foram descritas (artigo 3) e comparadas entre os cinco centros de pesquisa que coordenaram o estudo. Foram entrevistados por cinco centros de pesquisa 150 pacientes adultos internados ou em tratamento ambulatorial que buscaram tratamento em centros especializados em dependência química. Um total de 740 abusadores ou dependentes de substâncias foi selecionado. A qualidade dos dados coletados foi assegurada pelo treinamento e supervisão dos entrevistadores. A maioria dos pacientes entrevistados era do sexo masculino (78%) e a média de idade foi de 36 anos, e as drogas mais consumidas nos últimos 30 dias foram: álcool (82%), cocaína/crack (51%) e maconha (41%). No geral, não houve grandes diferenças significativas entre os centros no que tange aos escores de gravidade do ASI6.

Na análise psicométrica, a maioria das áreas da ASI demonstrou boa confiabilidade, sem diferenças estatisticamente significativas entre os Escores Sumários de Funcionamento Recente (SS-Rs) da ASI-6 no teste-reteste e entre entrevistadores. O alfa de Cronbach para as subescalas da ASI-6 variou de 0,64 a 0,95. Correlações entre os escores da área Álcool e Drogas da ASI-6 e o instrumento concorrente (ASSIST) foram altas (0,72 e 0,89, respectivamente). Encontrou-se

também uma correlação negativa, estatisticamente significativa entre os escores nas áreas psiquiátrica, médica e drogas, e os escores da WHOQOL. Esses primeiros resultados apontam para uma boa confiabilidade e validade da Escala de Gravidade de Dependência para a cultura brasileira.

Além dos aspectos acima mencionados, a tese também inclui outras análises relacionadas a essa amostra na forma de artigos científicos. O primeiro deles (artigo 4), compara 293 usuários de crack com 126 usuários de cocaína e 324 pacientes que apresentaram uso de álcool e outras drogas, e demonstrou que o grupo de usuários de crack apresentou mais indivíduos (25%) com personalidade antissocial do que usuários de cocaína (9%) e usuários de outras drogas (9%), mesmo depois de ajuste para idade e gênero, com uma Razão de Prevalência de 2,6 (IC 95%: 1,10-6,40). Através dos escores de gravidade do ASI, os usuários de crack também demonstraram significativamente mais problemas ocupacionais, familiares e legais, principalmente devido ao envolvimento em atividades ilegais como tráfico de drogas e outros crimes, quando comparados a outros usuários de substâncias psicoativas.

Por fim, um outro estudo (artigo 5) avaliou a qualidade de vida (QV), através do WHOQOL-BREF, de 174 sujeitos que consideraram o álcool como causador de sérios problemas em suas vidas e os fez buscar tratamento especializado para esse problema. Quando comparados os SS-Rs entre tercís de gravidade de problemas de álcool, encontraram-se diferenças significativas ( $p=0,002$ ) nos domínios físicos e psicológicos que eram mais baixos no grupo com mais problemas relacionados ao álcool. Além disso, o aumento da gravidade dos problemas desses pacientes, especialmente nas áreas médica e psiquiátrica, avaliados pelos SS-Rs do ASI6 também apresentou uma correlação negativa com os escores do WHOQOL-BREF.

Através dos achados dessa tese, conclui-se que o ASI6 poderá ser incorporado ao arsenal diagnóstico de pacientes usuários de drogas que buscam tratamento, a fim de auxiliar a avaliar a sua problemática, e melhorar as estratégias de abordagem e intervenção relacionadas às necessidades específicas dessa população. Sem dúvida, serão necessários novos estudos de avaliação psicométrica com outras amostras de consumidores de substâncias psicoativas. Os resultados da tese também sugerem que os usuários de crack devem ser melhor avaliados com o ASI6 ou com outros instrumentos que abordam sintomas psiquiátricos, especialmente quanto a comportamentos antissociais, que provavelmente estão relacionados aos inúmeros problemas legais, familiares e sociais dessa população. Ademais, os achados finais

indicam que alcoolistas que buscam tratamento devem ser avaliados quanto aos seus sintomas psiquiátricos e que a diminuição da gravidade dos problemas relacionados ao álcool poderá melhorar a qualidade de vida psicológica desses pacientes.

Palavras-chave: avaliação; instrumento; ASI; escala; validação; abuso de substâncias; multi-cultural;

## **Abstract**

A review of the literature demonstrated that there are few instruments in Brazil to assess the problems related to alcohol and other drugs in a more general manner. In this context, the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) was chosen to be validated in Brazil. This instrument consists of a semi-structured interview that was designed in a multidimensional way to collect data about problems related to substance abuse and other aspects of life in the medical, occupational, legal, social relations and family, and psychiatric domains. This version of the instrument was modified with the purpose of improving its content and solving the major limitations of the previous versions.

The present dissertation includes five manuscripts and its main objectives were: to adapt the ASI-6 to the Brazilian culture (letter to the editor attached); to present this instrument based on a clinical case (manuscript 1); and to test some of its psychometric properties in a clinical population (manuscript 2). In order to reach these objectives, a multicenter study was conducted in four Brazilian state capitals. The characteristics of the sample were described (manuscript 3) and compared between the five research centers that coordinated the study. A total of 150 adult inpatients or outpatients who sought treatment at five specialized centers for substance abuse were interviewed. A total of 740 substance dependent or abusers were selected. Interviewers were trained and supervised to ensure the quality of the data collected. Most patients were male (78%) and their mean age was 36 years. The most abused drugs in the previous 30 days were: alcohol (82%), cocaine/crack (51%), and marijuana (41%). Overall, there were no major differences between the research centers regarding the ASI-6 severity scores.

According to the psychometric analysis, most areas of the ASI demonstrated good reliability, with no statistically significant differences between the ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs) in the test-retest and between interviewers. The Cronbach's alpha for the ASI-6 subscales ranged from 0.64 to 0.95. The correlations between the ASI-6 and the other instrument (ASSIST) scores for the alcohol and drugs area were high (0.72 and 0.89, respectively). There was also a negative statistically significant correlation between the scores of the psychiatric, medical and drugs areas and the scores of the WHOQOL. These initial results suggest a good reliability and validity of the ASI for the Brazilian culture.

In addition to the above mentioned aspects, this dissertation also includes additional analyses related to this sample presented in two other scientific papers. The first study (manuscript 4) compared 293 crack users with 126 cocaine users and 324 patients who used alcohol and other drugs. The results demonstrated that the group of crack users had more individuals (25%) with antisocial personality than the group of cocaine users (9%) and the users of other drugs (9%) even after adjusting for age and gender, with a Prevalence Ratio of 2.6 (CI95%: 1.10 to 6.40). Based on the ASI severity scores, crack users also showed significantly more occupational, family and legal problems, mainly in terms of involvement in illegal activities such as drug dealing and other crimes, when compared with other drug users of psychoactive substances.

Finally, another study (manuscript 5) used the WHOQOL-BREF to evaluate the quality of life (QoL) of 174 subjects who considered that alcohol was causing serious problems in their lives and led them to seek specialized treatment. When the SS-Rs between the severity tertiles of alcohol problems were compared, there were significant differences ( $p = 0.002$ ) in the physical and psychological domains, which were lower in the group with more alcohol-related problems. Furthermore, the increased severity of these patients' problems, especially in the medical and psychiatric areas assessed by the ASI-6 SS-Rs, also showed a negative correlation with the WHOQOL-BREF scores.

Based on these findings, it is possible to conclude that the ASI-6 may be included in the set of diagnostic instruments of drug users seeking treatment to help assess their problems and improve the approach and intervention strategies related to the specific needs of this population. Indeed, further psychometric assessment studies involving other samples of psychoactive substance users are needed. The results of this dissertation also suggest that crack users should be better evaluated using the ASI-6 or other instruments dealing with psychiatric symptoms, especially regarding antisocial behaviors, which are probably related to the high rate of legal, family and social problems of this population. In addition, the final findings indicate that alcoholics who seek treatment should have their psychiatric symptoms assessed and that a decrease in the severity of alcohol-related problems may improve the psychological quality of life of these patients.

Keywords: Evaluation; instrument; ASI; scale; validation; substance abuse; cultural diversity.

## Introdução

### 1. O uso de drogas no Brasil

O consumo de drogas psicoativas sempre existiu na história da humanidade, variando quanto ao tipo e à forma de seu uso e, atualmente, os transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas salientam-se como um grave problema de saúde pública. A ênfase em um ou outro tipo de consumo em determinada época se deve a fatores específicos e característicos do momento histórico. No fim da década de 70, em função do movimento norte-americano de "guerra às drogas" e da carência de estudos epidemiológicos brasileiros, a imprensa nacional começou a divulgar uma série de especulações sobre uma suposta "explosão" do uso de drogas ilícitas, como maconha, cocaína, ácido lisérgico (LSD) e heroína, sobretudo entre estudantes brasileiros (Carlini et al., 1995).

Os primeiros estudos epidemiológicos realizados no Brasil no fim da década de 80 mostraram que, até aquele momento, a realidade era muito diferente da alardeada pela imprensa: o número de estudantes usuários de substâncias ilícitas era relativamente pequeno e estável. No entanto, alguns anos mais tarde, no início da década de 90, o número de usuários de maconha e cocaína de fato começou a aumentar, passando a justificar um posicionamento de maior preocupação e atenção a essa área (Galduroz, Noto and Carlini, 1997) (Noto and Galduróz, 1999).

No Brasil, inquéritos epidemiológicos têm sido realizados com objetivo de estudar as prevalências de uso de drogas. Além do álcool e do tabaco, os indicadores disponíveis apontam para uma prevalência de uso de dois grupos de drogas dos quais pouco se fala nos países industrializados: os solventes e os medicamentos (Deitos, *et al.*, 1998; Muza, *et al.*, 1997).

O Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas- CEBRID, realizou cinco levantamentos sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino médio e fundamental em dez capitais brasileiras, em 1987, 1989, 1993 e 1997 e nas 27 capitais em 2004, revelando um aumento significativo de uso na vida, uso frequente (seis vezes ou mais no mês) e uso pesado (vinte vezes ou mais no mês) de vários tipos de drogas psicoativas. A comparação entre os quatro levantamentos anteriores mostrou que as drogas mais utilizadas foram o álcool, o tabaco e os solventes. Revelou ainda que o

uso pesado de maconha aumentou nas 10 capitais pesquisadas, bem como o uso de álcool em oito delas (Galduroz, *et al.*, 1997; 2004).

No levantamento de 2004, realizado com estudantes do ensino médio e fundamental das 27 capitais brasileiras, foi confirmada a predominância de indivíduos do sexo masculino para uso de drogas ao longo da vida como maconha, cocaína, solventes, anticolinérgicos, tabaco, crack, energéticos e esteróides anabolizantes. Enquanto as mulheres usaram durante a vida, mais álcool e drogas em forma de medicamentos sem prescrição médica, principalmente os ansiolíticos e anfetamínicos. De uma forma geral, o nível socioeconômico não foi estatisticamente significativo em relação ao uso de drogas (Galduroz *et al.*, 2004).

No primeiro levantamento domiciliar realizado no Brasil, a prevalência de dependência de álcool foi de 11,2% no total, e 17,1% entre os homens maiores de 12 anos e de 5,2% na faixa dos 12 a 17 anos (Carlini *et al.*, 2002). Esse mesmo levantamento mostrou o consumo na vida de outras drogas, como maconha (6,9%), solventes (5,8%), cocaína (2,3%) e anfetaminas (1,5%), sendo que 19,4% das pessoas haviam utilizado alguma droga que não álcool ou tabaco. Além disso, os levantamentos entre os estudantes de ensino médio e fundamental mostram uma elevação no consumo de álcool e outras drogas, de 1987 a 1997, sendo as mais utilizadas a maconha, cocaína e anfetaminas (Galduróz and Caetano, 2004). Observou-se também um aumento estatisticamente significativo do *uso na vida* de anfetamínicos, maconha e cocaína ( $p < 0,01$ ).

Segundo Noto e colaboradores, o tema "drogas" envolve várias questões que vão além da saúde, como, por exemplo, tráfico, violência, delinquência, aspectos morais, entre outros. Contudo, a população recebe, pela imprensa e outros meios de comunicação, informações contraditórias em alguns aspectos. Um evidente descompasso diz respeito ao conjunto de informações sobre drogas ilícitas (maconha, cocaína, entre outras) em comparação às lícitas (álcool e tabaco). De um lado, a população recebe mais informações sobre a violência relacionada ao tráfico e sobre os perigos causados pelas drogas e, de outro, é alvo de sofisticadas propagandas para estímulo da venda de bebidas alcoólicas e cigarro. Nesse contexto, esses grupos de drogas, semelhantes em vários aspectos farmacológicos, são vistos de modo distinto pela opinião pública, gerando posturas extremamente incoerentes sob a ótica da saúde (Noto, 2003)

Enfim, o consumo abusivo de drogas é tanto um sintoma como causa de problemas em nossa sociedade e deve ser tratado sob a ótica da complexidade e magnitude do assunto. A forma mais eficaz de minimizar o problema é diagnosticá-lo e avaliá-lo corretamente em seus aspectos social e individual, além do desenvolvimento de ações preventivas específicas para cada segmento e faixa etária, tendo como objetivo a valorização da saúde e o respeito à vida. Por fim, devem também ser desenvolvidas estratégias de tratamento para os indivíduos e as famílias que sofrem de problemas associados ao uso de álcool ou drogas (Cooper, 1999) (Marlowe et al., 2001).

Para uma adequada avaliação dos dependentes químicos, assim como dos tratamentos propostos para eles em um determinado país, é necessário o desenvolvimento e a padronização de instrumentos de pesquisa, no intuito de proporcionar uma linguagem comum aos profissionais que atuam nessa área. No sentido de padronizar adequadamente esses instrumentos, técnicas de pesquisa foram desenvolvidas a fim de comprovar cientificamente a sua validade e confiabilidade (Degenhardt, Bohnert and Anthony, 2008) (Cooper, 1999).

## 2. A psicometria e as ciências psicossociais

Até o momento, não se dispõe de marcadores biológicos ou representações objetivamente mensuráveis para a maioria dos transtornos psiquiátricos, como o abuso de substâncias e o diagnóstico clínico ou dos problemas associados a eles pode variar bastante de acordo com a forma com que são avaliados, especialmente quando são realizados por diferentes avaliadores. Por isso, as escalas padronizadas, questionários ou outros instrumentos são, hoje, indispensáveis a qualquer pesquisa na área da psiquiatria. Contudo, essas escalas devem ser continuamente revisadas e testadas conforme a população e a cultura em que estão inseridas (Menezes, 1998).

A teoria e a técnica de medida dos processos mentais aplicadas à área da Psicologia e Educação são chamadas de Psicometria. A psicometria moderna tem duas vertentes: a teoria clássica (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TCT, de modo geral, procura explicar o sentido das respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente compostas por itens, a fim de garantir a qualidade do teste como um todo, enquanto a TRI está mais preocupada com a qualidade de cada um dos itens e a dimensionalidade do instrumento (Pasquali, 2009), mas não será objeto de estudo na introdução dessa tese.

Pela TCT, a qualidade de uma avaliação é tipicamente caracterizada pela validade e confiabilidade, que constituem as duas principais propriedades psicométricas de um instrumento, escala ou medida. Para que um instrumento seja cientificamente útil, é necessário que seja válido e confiável. Validade é a melhor aproximação da verdade para uma dada proposição, inferência ou conclusão. Confiabilidade é a reprodutibilidade de uma medida, mesmo que realizada por diferentes pessoas, em diferentes momentos e sob diferentes condições. Com isso, já se pode inferir que confiabilidade é condição necessária, mas não suficiente, para garantir validade. Um indicador só será válido se for confiável (reproduzível), mas ele pode ser confiável e não ser válido (Menezes,1998).

#### Validade:

O conceito de validade envolve um processo de aperfeiçoamento contínuo na detecção do conceito de interesse da forma mais acurada possível. Para tanto, faz-se necessário um entendimento teórico deste conceito e uma avaliação da relação empírica entre instrumento e critério escolhidos para aferição. Validade inclui um componente conceitual e um componente operacional. O primeiro é um julgamento subjetivo, não submetido à análise estatística por parte do pesquisador, se o instrumento mede o que deveria medir. Já o componente operacional, envolve uma avaliação sistemática com análise estatística, geralmente comparando o instrumento em estudo com um critério externo existente considerado como “padrão-ouro”. Embora este tipo de validação seja considerado objetivo, o “padrão-ouro” é, na maioria das vezes, o diagnóstico clínico ou algum outro tipo de critério previamente estabelecido como padrão; o que implica na existência de um componente arbitrário em qualquer investigação de validação de um instrumento. (Menezes, 1998).

Há 3 aspectos de validade que podem ser avaliados operacionalmente: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção.

A validade de conteúdo refere-se à propriedade de um instrumento realmente abranger os diferentes aspectos do seu objeto de interesse e não conter elementos que possam ser atribuídos a outros objetos. Não é passível de avaliação por meios estatísticos, mas pode ser analisada quanto à representatividade do conjunto de itens escolhidos e o tipo de construção usado para medir o conceito em questão. Depende, essencialmente, da precisão do conteúdo avaliado ou de um consenso entre especialistas, e da adequação com que os itens são colocados na escala. A validade de

critério diz respeito ao grau com que o instrumento discrimina sujeitos que diferem em determinada(s) característica(s) de acordo com um critério-padrão. Tem-se validade concorrente quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente; e, validade preditiva, quando o critério é avaliado no futuro. A validade de critério é estimada estatisticamente, sendo expressa através de sua sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta. Já a validade de construção refere-se à demonstração de que o instrumento realmente mede aquilo que se propõe a medir. Para este tipo de validação, as evidências necessárias são obtidas através de uma série de estudos inter-relacionados das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas, utilizando-se para isso métodos estatísticos (Menezes, 1998) (Gorenstein, Andrade and Zuardi, 2000).

Um estudo apenas não pode validar a medida de um conceito, uma vez que requer um padrão de achados consistentes entre vários estudos envolvendo amostras e locais diferentes (Gorenstein et al., 2000).

#### Confiabilidade:

A aplicação de instrumentos de diagnóstico ou de avaliação está sujeita a várias fontes de viés que podem afetar a confiabilidade dos dados colhidos (Klerman, 1985). Podem ocorrer erros durante a fase de obtenção de informações (viés de informação); o fenômeno clínico que está sendo avaliado pode ser instável (viés de situação); e, ainda, o entrevistador pode acabar usando critérios diagnósticos particulares em sua avaliação (viés de critério). Dois aspectos da confiabilidade são os mais frequentemente avaliados: a confiabilidade entre diferentes avaliadores, em que os mesmos indivíduos são avaliados por dois ou mais entrevistadores, a fim de investigar a concordância na aferição e/ou interpretação dos resultados; e a confiabilidade teste-reteste, na qual um grupo de indivíduos é avaliado em dois momentos diferentes, para estabelecer o grau com que o instrumento é capaz de reproduzir os resultados. A confiabilidade entre diferentes avaliadores pode ser analisada através de anotações sobre os pacientes, entrevistas gravadas ou ao vivo. Estudos que utilizam os registros para esta função acabam tendo menor consistência, uma vez que este método acaba por negligenciar importantes diferenças interentrevistador, que se expressam no contato com os pacientes, no estilo de entrevistar e na interpretação de comportamentos não verbais dos indivíduos avaliados (Menezes, 1998) (Gorenstein et al., 2000).

Na realização de teste-reteste, mudanças biopsicossociais que ocorram com o entrevistado ou mudanças na situação da entrevista ou na forma de entrevistar que aconteçam entre a primeira e a segunda avaliação tendem a reduzir a estimativa de confiabilidade. Por outro lado, se o entrevistado lembra as respostas dadas na primeira entrevista e as repete, a confiabilidade pode ser superestimada. Assim sendo, o intervalo entre as avaliações deve ser suficiente para que as respostas da segunda entrevista não sejam influenciadas pela resposta da primeira, mas não grande o bastante para que possa ter ocorrido uma mudança real em relação ao aspecto que está sendo avaliado no indivíduo (Menezes, 1998).

O grau de concordância entre as avaliações é quantificado por coeficientes da confiabilidade. Dentre os mais adequados, citam-se o Kappa (Cohen, 1960) para medidas categóricas, o Kappa ponderado para categorias ordenadas e o coeficiente de correlação intraclassa (Bartko, 1966) para valores numéricos discretos ou contínuos.

Resumidamente, a confiabilidade é propriedade que geralmente pode ser obtida com a estruturação e padronização do procedimento de aferição, com o maior treinamento da equipe que vai aplicar o instrumento e com o cálculo da média de aferições repetidas. Novas populações requerem nova avaliação da confiabilidade de uma medida. E, a variabilidade do fator estudado em uma nova população também afeta a confiabilidade das medidas.

### 3. Adaptação e Validação Transcultural de Instrumentos de Pesquisa na área do uso de substâncias psicoativas

Apesar da necessidade crescente da padronização de critérios diagnósticos e instrumentos de avaliação, tanto em pesquisa quanto em clínica, não se pode ignorar as numerosas variações etnoculturais nas manifestações psicopatológicas. Fatores socioculturais estão presentes em quaisquer indivíduos que apresentem sinais e sintomas psiquiátricos. Constatou-se, por exemplo, a influência da raça e da cultura inclusive na farmacocinética, farmacogenética e farmacodinâmica da maioria dos medicamentos psicotrópicos (Lin, Poland and Nagasaki, 1993) (Rudorfer, 1993).

Miguel Jorge (2003) afirma que os fatores socioculturais devem ser considerados na avaliação psiquiátrica, o que inclui a linguagem utilizada no instrumento de avaliação, as relações interpessoais envolvidas por ocasião da coleta dos dados, a técnica de coleta, as questões formuladas, as tarefas requeridas, as

normas, as escalas e os conceitos investigados. A linguagem, segundo ele, complementada pela comunicação não verbal e comportamento interpessoal, seria o principal meio pelo qual os pacientes transmitem seus sintomas. Diferenças no dialeto entre pessoas de diferentes regiões geográficas, etnias ou classes sociais são freqüentes, em particular quando envolvem experiências subjetivas. A comunicação verbal também pode afetar as comunicações escritas na forma de questionários, escalas e testes psicológicos (Jorge 2003). Por isso, abordagens epidemiológicas e antropológicas têm sido combinadas para incluir questões abertas em instrumentos de pesquisa, para modificar algoritmos diagnósticos, adaptando-os à fenomenologia da cultura local, a fim de adicionar questões culturalmente relevantes a questionários estruturados, e na condução de grupos focais ou de trabalho etnográfico antecedendo levantamentos epidemiológicos (Canino and Bravo, 1994) (Rogler, 1996).

De fato, a grande maioria dos instrumentos de avaliação elaborados para uso em pesquisa e clínica psiquiátrica teve origem em países ocidentais desenvolvidos, envolvendo conceitos, formatos, normas e expectativas prevalentes nesses países. Desse modo, sua aplicação em realidades socioculturais distintas, sem um processo de tradução e adaptação abrangentes, acaba por produzir inferências bastante questionáveis (Jorge 2003). Segundo Flaherty e colaboradores, essa equivalência transcultural, que não se alcança apenas com técnicas de tradução e retrotradução, deve ser avaliada em cinco dimensões: semântica (mesmo significado), de conteúdo (itens relevantes), técnica, de critério (mesma interpretação normativa) e conceitual (mesmo construto teórico). Além disso, deve-se considerar a equivalência conotativa e denotativa entre as linguagens, haja vista as dificuldades impostas pela tradução de sintomas subjetivamente experienciados (Flaherty et al., 1988) (Flaherty and Gaviria, 1987).

Formigoni e Castel (1999) descrevem o procedimento básico na adaptação transcultural de instrumentos de avaliação, que consistiria na tradução por bilingües, retrotradução por pessoa não familiarizada com a versão original, análise das três versões por um painel de peritos (nas duas línguas, no instrumento de avaliação e nas condições psicopatológicas em foco), estudo piloto na população-alvo e reavaliação com base nos dados resultantes do estudo piloto. Variantes mais completas incluem o envolvimento de pessoas sociodemograficamente diversas no processo de tradução, testagem da versão retrotraduzida por pessoas com educação limitada (para verificação da compreensibilidade dos diferentes itens) e condução do estudo piloto em amostras

constituídas por diferentes indivíduos da população-alvo. Segundo eles, a escolha de escalas de avaliação, deve considerar o objetivo e a utilidade clínica, a população-alvo, o tipo de administração, o nível de treinamento necessário e o custo. No caso das escalas relacionadas à dependência química, em relação aos seus objetivos, podem ser classificadas em oito categorias: instrumentos para triagem (AUDIT, CAGE, DUSI, MAST); para diagnóstico (SADD, SADQ, PRISM, CIWA-A); para avaliação do consumo de álcool e drogas (ADS, DAST); para avaliação de comportamentos associados ao consumo de álcool e drogas (IDS, IDTS, DASES, CBI); para avaliação do comprometimento em outras áreas (ASI, SADD, ADS, DAST, M-SMAST, F-SMAST, FES, FAM); para planejamento do tratamento (ASI, T-ASI, FTQ, IDS); para análise do processo de tratamento (TSR); e, para avaliação dos resultados (ASI, LDQ, ESA) (Formigoni and Castel, 1999).

Enfim, a escolha final de um instrumento a ser utilizado também deve considerar a existência de tradução e validação no meio em que se pretende estudar e, a área de Transtornos por Substâncias Psicoativas é particularmente suscetível a variáveis culturais, o que torna o processo de validação de escalas ainda mais complexo. Após a revisão da literatura, torna-se evidente a necessidade de um instrumento de pesquisa que contemple as várias áreas relacionadas aos problemas com o uso de álcool e drogas e que possa proporcionar um diagnóstico desses problemas, além de servir também de base para o delineamento de tratamentos efetivos e do prognóstico desses indivíduos. O Addiction Severity Index (ASI) preenche todos os critérios acima descritos e, por isso, foi escolhido pelos autores para ser validado para o nosso meio, permitindo uma melhor compreensão das características dos dependentes químicos no Brasil, tanto no contexto clínico como de pesquisa.

#### 4. Addiction Severity Index (ASI)

Primariamente destinado a propósitos de pesquisa, o Addiction Severity Index (ASI), foi desenvolvido em 1979 por A. Thomas McLellan e colegas do Center for Studies of Addiction, em Philadelphia, USA (McLellan et al. 1980). No Brasil, a sua quinta versão vinha sendo utilizada com o nome de Escala de Severidade de Dependência (ASI5), porém sem uma validação formal. É um instrumento bastante completo e relativamente breve, delineando para fornecer informações importantes

sobre os vários aspectos da vida de um paciente, os quais costumam estar relacionados aos problemas de abuso e dependência de substâncias psicoativas. Acabou tornando-se instrumento amplamente aceito, inclusive na prática clínica, não só nos Estados Unidos como também em outros países para a avaliação de indivíduos adultos com uso de álcool e drogas (Alterman et al., 2000).

A quinta versão do ASI tratava-se de uma entrevista semi-estruturada, com duração de 45 a 60 minutos, que pode ser aplicada por um médico ou mesmo por entrevistadores treinados não médicos. Avaliava a gravidade de problemas em 7 áreas: médica, status ocupacional, aspectos legais, sócio-familiar, psiquiátrica, uso de álcool e uso de outras drogas. Em cada área, questões objetivas estimavam o número, a extensão e a duração dos sintomas-problema durante toda a vida do indivíduo e, especificamente, nos 30 dias que antecedem a avaliação. Além disso, o relato subjetivo do paciente sobre a gravidade dos problemas atuais, e a necessidade de intervenção em cada área eram analisados em conjunto. Da integração destes dados, o entrevistador determinava o nível de gravidade em cada área e a necessidade de tratamento adicional, usando uma escala de 0 a 10 (*Interviewer Severity Ratings*). No final, o escore de cada área, o *Composite Score*, era obtido a partir dos dados objetivos e dos escores subjetivos de cada seção do instrumento (McLellan et al., 2006).

Evidências positivas sobre a validade e confiabilidade das várias versões do ASI têm sido demonstradas na sua aplicação em homens e mulheres, em pessoas de diferentes raças (brancos e negros), indivíduos com uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes em tratamentos ambulatorial e/ou hospitalar dos Estados Unidos (Kosten, Rounsaville and Kleber 1983) (McLellan et al. 1985) e de outros países (Bilal 1988b) (Hendriks et al. 1989b) (Sandí Esquivel and Avila Corrales 1990). Os autores do ASI não recomendam seu uso em dependentes mais velhos cognitivamente prejudicados, jovens com problemas legais e adolescentes (McLellan, Hersen and Belack, 1988).

O primeiro estudo que avaliou a validade e a confiabilidade do ASI em pacientes com graves transtornos mentais utilizou um subgrupo de 152 dependentes químicos com comorbidades psiquiátricas. Obtiveram-se escores compostos (*Composite Scores*) semelhantes àqueles da amostra original de McLellan (McLellan et al. 1980). Em 5 das 7 áreas a que a escala se propõe avaliar, obteve-se alta correlação entre *Interviewer Severity Ratings* e *Composite Scores* (as exceções foram as áreas das condições legais e de emprego). Observou-se uma relativa independência

entre os problemas encontrados em cada área (houve uma pequena correlação positiva entre problemas das áreas psiquiátrica, uso de álcool e sócio-familiar). Detectou-se também uma menor necessidade de ajuda para dificuldades nas áreas médica e legal. Resultados similares foram encontrados em outros estudos (Kosten et al., 1983) (Bilal, 1988) (Hendriks et al. 1989a) (McLellan et al. 1985). Uma das amostras foi composta por pacientes voluntários, em tratamento ambulatorial em Hospital Universitário dos Estados Unidos. A maioria era do sexo masculino, raça branca, solteiros, desempregados, com idade média de 35,7 anos e média de 3 internações psiquiátricas prévias. Dentre as comorbidades psiquiátricas, a mais prevalente era o Transtorno do Humor Maior (42%), seguida de Transtornos Ansiosos (19%) e Esquizofrenia (19%). Problema maior com álcool foi obtido em 47% da amostra, enquanto que 32% relataram problemas com o uso de múltiplas drogas, e 21% com uma classe de droga específica, diferente do álcool (Hodgins and El-Guebaly, 1992).

Dois estudos de validação do ASI salientam-se entre as publicações nessa área. O primeiro deles foi realizado na França, por Krenz e colaboradores (2004). Nesse estudo, 54 pacientes, tendo a maioria deles os opiáceos como principal droga, foram submetidos à quinta edição do ASI. Os pacientes eram provenientes do ambulatório ou da internação. Todos preenchiavam critérios conforme o DSM-IV para dependência de opiáceos. Foram excluídos os pacientes com transtorno mental severo, deteriorização física, pobreza de linguagem e intoxicação que pudesse limitar a aplicação do ASI, sendo que esses critérios de exclusão eram avaliados subjetivamente por assistentes de pesquisa treinados. Noventa e um pacientes foram randomicamente escolhidos, sendo que 25% desses pacientes não concordaram em participar do estudo e 15% tiveram dados perdidos. Dos 54 sujeitos que ficaram no estudo 46% eram internos, 54% ambulatoriais, e 32% mulheres. Para esse estudo foi utilizada a validação francesa da terceira edição do ASI, validada por estudo realizado por McLellan, em 1980, com 524 pacientes, havendo apenas adaptações nos trechos alterados da quinta edição. Um item pertinente na avaliação dos resultados foi o diagnóstico de HIV e hepatite em alguns dos pacientes (Krenz et al. 2004) (McLellan et al., 1980).

O coeficiente de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna e o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar a convergência e validade discriminante. Para a avaliação da concordância foi utilizado teste e re-teste e os coeficientes de concordância entre observadores. Os achados foram consistentes com vários outros estudos de validação. Fatores legais e familiares mostraram uma

validade interna baixa. A correlação entre os escores das subescalas do ASI é geralmente baixa, exceto pela correlação entre as áreas psiquiátrica e familiar. Os estudos de validação feitos nesse campo mostram que esses pacientes dão respostas menos coerentes (diminuindo a consistência interna dos questionários) e a correlação interexaminador é baixa. Além disso, muitas características dos transtornos mentais podem influenciar na compreensão e resposta dos itens. As limitações encontradas no estudo deveram-se à pequena amostra e ao fato dessa ser composta por pacientes de ambulatório e internação. Concluiu-se que esta validação permite utilização transcultural e clínica deste instrumento (Krenz et al. 2004).

O segundo estudo relevante de validação do ASI foi realizado na Holanda, por Scheurich e colaboradores. Nesse estudo, alguns itens foram incluídos na versão em holandês como, por exemplo, a idade de início de uso da droga, a qual foi considerada importante pelos autores. Foi realizado em um centro de desintoxicação, no qual 142 pacientes foram submetidos à aplicação do ASI por membros da equipe treinados. O treinamento incluía a observação de uma série de entrevistas: entrevistas práticas sobre supervisão, estudo do manual, discussão de pontuação e itens individuais. O instrumento foi aplicado no primeiro ou segundo dia de admissão. Os resultados foram os seguintes: a idade média dos pacientes era de 27,8 anos; 69% tinham a heroína como primeira droga de escolha; o número médio de tratamentos prévios era de 6,5 e 75% estavam desempregados nos 6 meses anteriores. A medida de confiabilidade entre entrevistadores foi testada através da repetição das avaliações sob as mesmas circunstâncias por diferentes examinadores. Com exceção da escala de transtornos psiquiátricos, a comparação dos dados com critérios externos validados que o medem não foi possível, porque as mesmas escalas do ASI não existem em outras escalas holandesas. Para demonstrar validade concorrente dos itens, eles devem correlacionar-se fortemente, e os escores dos entrevistadores devem ser altos naqueles que indicam severidade (leia-se gravidade) nas áreas indicadas. Subgrupos com escores divergentes de gravidade devem mostrar diferenças significativas nos itens que indicam severidade do problema. Uma grande proporção de variação de escores de severidade deve ser levada em consideração pelos itens das áreas problemáticas. A conclusão do estudo foi que o instrumento foi válido, que as subescalas tiveram concordância independente e que os escores de severidade tiveram boa validade concorrente (Scheurich et al., 2000).

Em recente revisão de 37 estudos, realizada de forma bastante crítica, que visava avaliar as propriedades psicométricas do ASI, encontrou-se ampla variação na confiabilidade dos *Interviewer Severity Ratings* e *Composite Scores* entre entrevistadores e após teste-reteste (Makela 2004). Em grande parte, tal discrepância ocorreu na medida em que o instrumento foi sendo mais amplamente utilizado, em diferentes populações, em diferentes países, aplicado por entrevistadores com variados níveis de treinamento. De fato, conforme dados da literatura, a validade e a confiabilidade dos *Interviewer Severity Ratings* são maiores quando a escala é aplicada por entrevistadores melhor treinados e, periodicamente, supervisionados em seu trabalho (Makela 2004). Entretanto, avaliações objetivas com os *Composite Scores* não mostraram redução na confiabilidade, quando realizadas por indivíduos menos treinados (Alterman et al., 2001).

Revisões prévias sobre o relato do uso de álcool e drogas injetáveis encontraram razoável validade e confiabilidade, quando os eventos são recentes e os entrevistados não antevêm conseqüências negativas com esse comportamento. A maioria dos estudos que compararam os resultados de questionários auto-aplicáveis com os de entrevistas não mostrou diferenças significativas. Contudo, Ronsen mostrou que os pacientes tendem a responder mais sobre o uso de drogas e sintomas psiquiátricos quando se utiliza o formato do ASI auto-aplicável. Sugere-se, então, uma alternativa factível à monitorização do tratamento de dependentes químicos (Rosen et al., 2000).

De forma ampla, os dados acima apresentados também corroboram que o ASI pode ser útil na distinção de grupos de pacientes psiquiátricos e na caracterização de indivíduos com necessidade de diferentes abordagens de tratamento. No que se refere à subescala da área psiquiátrica do ASI, os estudos indicam baixa confiabilidade dos resultados obtidos, e é válido salientar que, há mais de 10 anos, a subescala da área relacionada a problemas referentes a emprego vem requerendo modificações para que possa reproduzir dados mais fidedignos (Appleby et al., 1997).

Assim, apesar de apresentar algumas limitações, o ASI tem respondido às demandas de clínicos e pesquisadores, determinando as prioridades terapêuticas, bem como o manejo dessas. Um aspecto que diferencia o ASI de outros instrumentos de avaliação é a sua abordagem multidimensional – característica considerada fundamental para uma estimativa mais próxima da realidade de cada paciente. Se ele for usado somente como uma entrevista clínica, deve ser descrito como o primeiro

passo na compreensão do leque abrangente de problemas pelos quais o paciente está procurando ajuda e a base para o plano inicial de tratamento. Se o ASI for usado somente com finalidade de pesquisa, o entrevistador deverá explicar ao paciente que a entrevista ajudará a fornecer uma descrição de sua condição antes e depois da internação ou procedimento pelo qual ele/ela passará. Enfim, cada vez mais o ASI tem sido apontado como um dos principais instrumentos de avaliação para fins de pesquisa ou terapêutico, devendo ser validado no Brasil, a fim de reproduzir seus dados com maior fidedignidade (Cacciola et al., 2011).

## 5. Diferenças entre a quinta e a sexta versão do ASI

### 5.1 Importância da Revisão do Instrumento

Segundo o criador do instrumento (Thomas McLellan), o ASI teve um grande impacto na área da dependência química como também influenciou a política pública e o financiamento de decisões relacionadas ao abuso de substâncias em vários países. Contudo, nos últimos 25 anos, houve consideráveis mudanças no perfil das populações com abuso ou dependência de substâncias químicas, bem como no conhecimento geral sobre as adições e no seu tratamento. Vários fatos ocorreram desde o desenvolvimento da primeira versão do ASI. Por exemplo, as epidemias de cocaína e metanfetamina (nos Estados Unidos), os aumentos no uso de várias drogas ao mesmo tempo (poliuso de drogas) e o avanço da epidemia de AIDS e hepatite C. Além disso, criaram-se novos tipos de tratamentos como o uso de naltrexone para a dependência do álcool, técnicas psicoterápicas (Entrevista motivacional e Prevenção de recaída), além da redução das internações e a identificação de traumas comuns em populações abusadoras de substâncias. Portanto, considerando as revisões relativamente menores e os incrementos do ASI ao longo dos anos, havia uma clara necessidade de modificar substancialmente o instrumento, a fim de mantê-lo atualizado com tais mudanças (McLellan et al., 2006).

Além disso, com o uso disseminado do ASI, problemas de confiabilidade e validade apareceram, em parte, por que se tornou difícil manter o nível do treinamento e qualidade assegurados. Claramente, haveria benefícios se o treinamento e a aplicação do ASI fossem mais fáceis. Uma vez que o ASI é extensamente utilizado, qualquer aperfeiçoamento na sua confiabilidade, validade e eficiência, teriam efeitos positivos

nessa área, e futuras iniciativas de pesquisa baseadas no ASI seriam mais precisas. Clínicos e administradores poderiam confiar ainda mais nos achados do ASI e poderiam interpretá-lo melhor. Portanto, uma decisão clínica poderia ser melhorada, assim como o planejamento do tratamento. Os usuários entrevistados pelo instrumento ASI poderiam assim contribuir para uma medida mais adequada na avaliação multidisciplinar do problema de abuso de substâncias (McLellan et al., 2006).

Há um pressuposto básico na construção de instrumentos de avaliação pelo qual nenhum instrumento deve ser visto como algo imutável. De preferência, um instrumento precisa ser uma construção dinâmica, reavaliada periodicamente, com o objetivo de assegurar sua consistência em relação ao conhecimento. Um elemento essencial na revisão de um instrumento de avaliação consiste na seleção e no refinamento dos domínios que devem servir para representar as construções de interesse - nesse caso, aquelas que circundam o abuso/dependência de substâncias (Haynes et al., 1995); (Nunnally and Bernstein, 1994).

## 5.2 Limitações dos Índices Sumários do ASI

a. Escores de Gravidade do Entrevistador (EGE): pesquisas de mais de uma década produziram evidências a respeito das falhas em um dos grupos originais desses índices sumários, os EGEs. Os EGEs eram escalas globais de 10 pontos em cada área do ASI, baseadas na impressão subjetiva do entrevistador sobre o funcionamento passado e recente (últimos 30 dias). Embora McLellan e cols. relatassem inicialmente elevadas confiabilidades entre os entrevistadores para os EGEs quando codificados por entrevistadores altamente treinados, evidenciou-se que os EGEs eram geralmente mais modestos. Quando o treinamento tinha menor qualidade ou intensidade, os EGEs também eram menos válidos, por isso, o seu uso passou a ser menos recomendado (Alterman et al., 2001); (McLellan et al., 1980).

b. Escores Compostos (ECs). Os ECs eram aritmeticamente computados e baseados diretamente na soma bruta de um número fixo de itens em cada área funcional do ASI. A escala de ECs variava de 0 (nenhum problema) a 1 (problema grave). Pesquisas revelaram diversos problemas com os ECs, incluindo a evidência de que diversos índices não eram claramente unidimensionais. Quando as confiabilidades internas de cada um dos ECs individuais foram relatadas como uniformemente altas nos

estudos, outras investigações mostraram coeficientes alfa inaceitáveis em diversas áreas, em particular para emprego/financeiro, legal, família-social e drogas. Outra limitação era que, embora os ECs teoricamente variassem de 0 a 1, a escala variava entre as áreas problemáticas e, assim, as contagens de diferentes domínios não podiam ser comparadas diretamente. Adicionalmente, a falta de padronização resultava em dificuldades na interpretação dos ECs (McLellan et al., 2006) (Makela, 2004) (Cacciola et al., 2011).

### 5.3 Esforços para Alcançar Índices Sumários Melhores

Devido às deficiências dos ECs, gerou-se uma necessidade de medidas padronizadas e psicométricas dos problemas atuais avaliados no ASI. As análises para construir e confirmar a validade de novos índices para que o ASI verificasse (após 30 dias) os problemas atuais identificaram cinco escalas psicométricas integrais, padronizadas e generalizáveis. As escalas resultantes (psiquiátrica, drogas, álcool, família-social, e problemas legais) tiveram uma consistência interna alta e uma estrutura geral estável, tanto na entrada do estudo quanto no acompanhamento (follow-up). Entretanto, as áreas médicas e de emprego/financeira não obtiveram índices robustos e generalizáveis, corroborando a idéia de que a análise de conteúdo de pelo menos duas áreas do ASI precisaria ser revisada (McLellan et al., 2006) (Alterman et al., 2000).

### 5.4 Desenvolvimento do ASI6

Tendo em vista as limitações do ASI5 descritas acima, Cacciola e colaboradores encarregaram-se de realizar uma grande revisão do ASI, designada de ASI6. O instrumento resultante é mais estruturado do que o ASI5, o que deverá simplificar o treinamento dos entrevistadores. Um estudo de grande monta está sendo preparado para validar o ASI6 também nos EUA. A análise estrutural desses dados será realizada e as normas dos grupos e subgrupos serão estabelecidas. Os manuais de treinamentos preliminares e outros instrumentos de instrução estão sendo revistos e finalizados e irão incluir as normas e outros resultados relevantes (McLellan et al., 2006). O escore computadorizado também vem sendo testado há vários anos e poderá ser útil nessa última versão (Cacciola et al., 1997).

Para aperfeiçoar o conteúdo da cobertura de cada seção do ASI5 identificaram-se inúmeras limitações. Várias alterações foram realizadas para que o ASI seja mais útil a pesquisadores, clínicos e profissionais envolvidos com políticas públicas para álcool e drogas. Os itens do ASI foram feitos para traçar, mais diretamente, paralelos com dados oficiais. Uma crítica às versões anteriores do ASI versava que o tempo de 30 dias era curto demais para avaliar adequadamente a base funcional e para os intervalos maiores que 30 dias. Reciprocamente, o intervalo de 30 dias foi considerado muito impreciso para avaliar com acuidade os problemas. Considerando essas limitações, adicionou-se um intervalo de 6 meses para os itens principais. Esses intervalos são seletivamente utilizados em adição ao padrão de 30 dias de intervalo. Itens com pouca confiabilidade no ASI5 foram excluídos ou aprimorados. Também, foi provida mais estrutura para os itens da entrevista, tendo em vista aumentar a confiabilidade e simplificar o treinamento. Por exemplo, a maioria dos itens podem ser lidas literalmente por quem está aplicando o instrumento, contrastando com o ASI5 onde isso não era especificado e, portanto, dependia de cada entrevistador. Os itens, contudo, não estão totalmente estruturados, permitindo que clínicos treinados possam elaborar melhor certas questões. Para ajudar o entrevistador a entender a intenção do item e elucidar o entrevistado, o ASI6 inclui sondagens adicionais e informações precisas, quando necessário. Desde as versões anteriores do ASI que falharam em explicar certas questões, considerável esforço foi feito para informar aos entrevistadores em treinamento a intenção de itens específicos. Todas essas modificações para acrescentar estrutura ao ASI devem diminuir a variância quanto ao treinamento e a habilidade do entrevistador e, no final, resultar em entrevistas mais uniformes e de melhor qualidade (McLellan et al., 2006) (Cacciola et al., 2011).

Decidiu-se também que era importante desenvolver o ASI6 primariamente para adultos que estão em tratamento para abuso de substâncias ou em pesquisa. Todavia, sabia-se que o ASI estava sendo utilizado em outras populações. Adicionalmente, foram mantidos três identificadores do ASI: 1) intervalo de 30 dias como o principal método de avaliação de intervalos. 2) itens objetivos e subjetivos. 3) os sete subtipos do ASI (médica, financeira, drogas, álcool, família/social, legal e psiquiátrica). Entretanto, novos itens foram adicionados (uso do tempo livre, trauma, etc.). O formato dos itens dos ASIs anteriores foi mantido no ASI6. Embora se reconheça que possivelmente haverá vantagens em adotar um padrão Likert ou itens dicotômicos em escala de construção (Clark and Watson, 1995), multiformatos de resposta são mais

naturais e apropriados para o tipo de informação que o ASI espera obter. Além disso, recente sumarização e procedimentos analíticos superaram as dificuldades da estrutura multiformato do ASI. Também, mais medidas objetivas de gravidade podem ser construídas como foi feito no ASI5. Finalmente, para poder coletar mais informação e manter o tempo de entrevista em menos de uma hora, perguntas de triagem com “pulos” foram empregadas. Essa estratégia não foi muito utilizada no ASI5. Assim, o ASI6 obtém consideravelmente mais informações que o ASI5, embora não ocupe mais tempo para a sua administração. Por fim, o ASI6 está sendo desenvolvido e inicialmente testado como uma entrevista em papel da mesma forma que o ASI original. Assim como foram desenvolvidas entrevistas com o ASI5, auxiliadas por computador e versões auto-administradas testadas com sucesso deve-se considerar que isso também futuramente possa ocorrer com o ASI6 (McLellan et al., 2006, Cacciola et al., 1998).

## 6. Mudanças no ASI6 de acordo com cada área<sup>1</sup>

### 6.1 Área Médica

O ASI-6 inclui uma pergunta específica sobre gravidez, que é importante para finalidades clínicas e administrativas. Adicionalmente, itens que se dirigem à saúde física no geral, dor, incapacidade e preocupação, a fim de fornecer uma escala mais forte para determinar a gravidade médica atual, foram incluídos. Finalmente, são coletados dados detalhados da utilização do serviço médico durante os últimos 30 dias e períodos de 6 meses (McLellan et al., 2006).

### 6.2 Área Ocupacional

Uma informação mais detalhada (após 30 dias e 6 meses) sobre emprego e renda é coletada no ASI revisado. A categoria de emprego é definida agora com um método compatível com as bases de dados nacionais americanas. Uma escala de facetas da categoria de emprego/sustento foi adicionada ao instrumento com itens distintos relacionados aos problemas de emprego, às barreiras de trabalho, à procura de trabalho, e aos problemas financeiros (McLellan et al., 2006).

---

<sup>1</sup> Alguns dados dessa seção da tese foram obtidos através de comunicação pessoal com John Cacciola.

### 6.3 Uso de Álcool e Drogas

Decidiu-se solicitar para os entrevistados com o ASI6 sua idade de primeiro uso para cada substância e idade da primeira entrada em um tratamento de abuso de substância. Os anos de uso regular da substância foram operacionalizados formalmente como 3 ou mais dias de uso por semana. As definições formais do uso têm o poder de negligenciar testes padrões erráticos de abuso de substância, como “bebedeiras” ou “porres”. A fim de capturar tais experiências de uso de substâncias, um item sobre vida foi incluído no ASI6: uso durante 50 ou mais dias, se nenhuma história de uso for identificada. Adicionalmente, uma série de perguntas foi incorporada para avaliar o apogeu do uso do álcool e da droga dentro dos últimos 6 meses. Esses itens podem fornecer uma melhor medida do uso típico se o entrevistado permanecer em um ambiente controlado (isto é: cadeia, prisão, ou hospital) na maioria dos últimos 30 dias. O uso recente da substância pode agora ser avaliado mais precisamente, caso tenha ocorrido nos últimos 30 dias. O uso de drogas de prescrição pode ser examinado através de um item que se dirige especificamente a essa forma de uso de substância. Adicionalmente, após 30 dias e após 6 meses de tratamento relacionado ao abuso da substância, são coletadas informações relatadas sobre abuso de substância no ASI-6, como itens em riscos para a saúde (risco para HIV e consumo do tabaco). Finalmente, duas perguntas que examinam jogo patológico foram incluídas (McLellan et al., 2006).

### 6.4 Área de Aspectos Legais

Quatro mudanças principais foram feitas a essa área do ASI-6. Primeiramente, os itens sobre envolvimento criminal na juventude, incluindo a idade da primeira apreensão, foram adicionados ao instrumento. As categorias novas incluem os delitos por droga, crimes contra pessoas, crimes contra a propriedade, crimes contra a sociedade, direção sob a influência de substâncias, e outros crimes menos sérios. Em terceiro lugar, foram incluídos itens sobre apreensão e atividades ilegais na vida e nos últimos seis meses. Finalmente, itens adicionais que fornecem mais detalhes a respeito do envolvimento atual com a justiça foram adicionados ao ASI-6, permitindo maior compreensão da avaliação da gravidade do problema legal (McLellan et al., 2006).

## 6.5 Área Sócio-familiar

Esta área recebeu a revisão mais extensiva de todas as áreas do ASI. Um segmento sobre os últimos 30 dias e 6 meses de moradia foi incluído no começo da entrevista. Os entrevistados são perguntados sobre o tempo dedicado a situações específicas de estilo de vida. Esses itens executam três importantes funções: fornecem um contexto para o restante da entrevista, auxiliam no planejamento do tratamento e avaliam informação essencial para resultados e análises de custo. Os problemas interpessoais eram o foco preliminar nas versões anteriores da área família/social do ASI. O ASI6 dispensou consideravelmente mais atenção ao apoio social, uso da substância dentro da rede social do entrevistado, tempo para lazer, trauma/vitimização e relacionamento com crianças (McLellan et al., 2006).

## 6.6 Área Psiquiátrica

Três modificações principais foram feitas na área psiquiátrica. Itens sobre a época do primeiro tratamento e (últimos 30 dias e seis meses) uso recente de serviços de psiquiatria foram incluídos. Os sintomas e problemas associados à doença mental foram operacionalizados mais distintamente, e as categorias de resposta distinguem especificamente entre experiências com substâncias relacionadas e não-relacionadas. Finalmente, os entrevistados são solicitados a fornecer a data de seus mais sérios problemas psiquiátricos, e se tais problemas ocorreram dentro dos últimos 30 dias. Esse item final foi incluído para melhorar as avaliações de risco e decisões terapêuticas, similares aos últimos itens da área relacionada ao uso de álcool e drogas (McLellan et al., 2006).

## **Objetivos Gerais da tese**

- Realizar a tradução e adaptação transcultural do ASI6 para o Brasil.
- Desenvolver e iniciar o processo de validação do ASI6 para o Brasil.
- Avaliar as propriedades psicométricas do instrumento em usuários de álcool e outras drogas, através da Teoria Clássica.
- Apresentar o instrumento ASI6 para a comunidade científica através de um artigo clínico.
- Descrever características amostrais nos centros de pesquisa envolvidos no estudo.
- Comparar as comorbidades psiquiátricas e outros problemas psicossociais entre usuários de crack, cocaína e outras drogas.
- Avaliar a qualidade de vida e a gravidade de dependência de álcool em abusadores ou dependentes que buscam tratamento especializado.
- Avaliar as relações entre os escores do WHOQOL-BREF e o ASI6 em uma amostra de alcoolistas.

## Resumo do Método

### Delineamento

Trata-se de um estudo de validação multicêntrico com corte transversal.

### Amostra

A amostra foi obtida, por conveniência, em quatro capitais brasileiras (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo) em centros (internações e ambulatórios) para o tratamento de dependentes químicos. Os centros de pesquisa, que farão parte do estudo, foram selecionados pela SENAD, também por conveniência, levando-se em conta a sua capacidade logística e eficiência em pesquisas<sup>2</sup>.

### **Tamanho amostral**

Considerando os objetivos principais e a intenção de validar as subescalas do ASI para desfechos mais raros, como a população feminina com problemas legais, estimou-se um coeficiente de consistência (reliability coefficient) de aproximadamente 0,6 com uma margem de erro máxima de 0,05, foi calculado um tamanho de amostra de pelo menos 600 indivíduos (Streiner e Norman, 1995).

Em acordo com a SENAD e com os autores americanos, decidiu-se que cada um dos centros deverá coletar 150 casos com o ASI6.

### **Amostra e instrumentos da validação concorrente**

Em relação à validação concorrente, planejou-se que cada centro de pesquisa será responsável pela aplicação de mais 2 instrumentos em 100 sujeitos, que servirão como base de comparação para os escores do ASI 6 em cada uma das áreas (exceto a área legal). Antes do início do estudo, os centros de pesquisa serão contatados a fim de decidirem quais dos questionários da validação concorrente deverão ser aplicados em cada centro. Esses instrumentos deverão ser aplicados concomitantemente ao ASI6, com o intuito de se evitar perdas. O centro coordenador aplicou todos os instrumentos

---

<sup>2</sup> São Paulo contará com 2 centros, sendo um deles (PROMUD) direcionado a uma clientela predominantemente feminina, o que diversifica a amostra. Além disso, essa região abriga, proporcionalmente, um maior número de usuários de drogas e de locais para tratamento de dependentes químicos.

da validação concorrente, no intuito de aumentar a amostra (300 casos por instrumento) e coordenou o treinamento de cada um dos questionários.

Como ainda não existe um padrão-ouro para a comparação desses escores, optou-se por instrumentos que avaliam o indivíduo globalmente ou questionários que apresentam questões semelhantes ao ASI6 e também proporcionam escores de gravidade. Os instrumentos escolhidos foram:

- WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)
- Escala de Ajustamento Social (EAS)
- ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)
- Escala de Ambiente Familiar (FES)
- MINI (Mini International Neuropsychiatry Interview)

Cada instrumento será aplicado em 3 centros segundo a seguinte divisão:

CPAD – WHOQOL, MINI, ASSIST

UDED – FES, WHOQOL, EAS

PROMUD – MINI, EAS, ASSIST

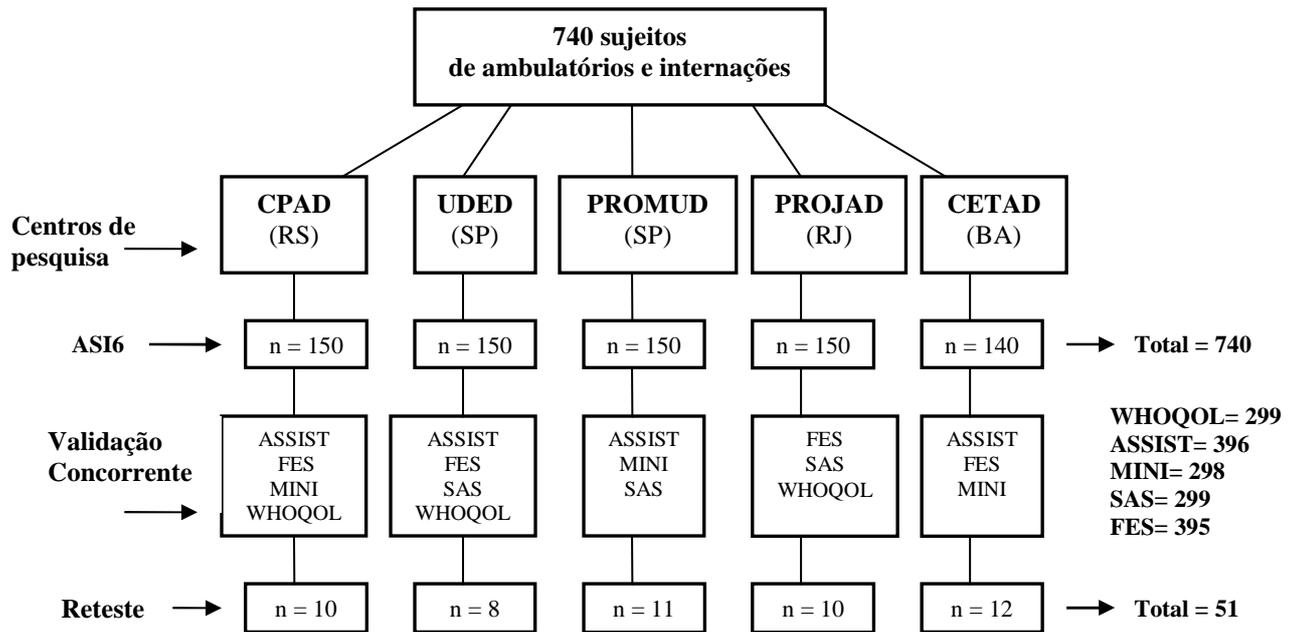
PROJAD – EAS, FES, WHOQOL

CETAD – MINI, FES, ASSIST

### **Confiabilidade teste-reteste**

A confiabilidade (teste-reteste) do instrumento foi medida em uma outra subamostra de 50 pacientes que deverá repetir a entrevista inicial em um período de 3-7 dias, com o mesmo entrevistador. Cada centro de pesquisa deverá ficar responsável pela coleta de 10 retestes.

**Figura 1: Fluxograma do método e amostragem**



### Sujeitos e 'setting'

Resumidamente, os sujeitos selecionados foram indivíduos adultos em uso recente de álcool ou droga e o recrutamento será realizado em internações psiquiátricas e ambulatórios especializados no tratamento de dependente químicos. Os critérios de exclusão do estudo foram restritos, pois a intenção dos investigadores era poder avaliar e discriminar os dependentes químicos nas várias fases do uso de substâncias e/ou do tratamento. Os critérios de inclusão e exclusão serão descritos a seguir.

### Critérios de Inclusão:

- Idade superior a 18 anos.
- Indivíduos em avaliação ou em o tratamento em clínicas e/ou unidades de internação especializadas no tratamento de abuso/dependência de substâncias.
  - a) Pacientes de ambulatório – em início de tratamento (no máximo 2 semanas) e com uso de álcool ou drogas nos últimos 30 dias.

b) Pacientes de internação - nos primeiros 10 após a admissão, sendo que a entrevista deverá referente ao período anterior à admissão e não à data da entrevista.

#### Critérios de Exclusão:

- Presença de transtorno psiquiátrico grave com vigência de sintomas no momento da entrevista (sintomas psicóticos, déficits cognitivos graves, alterações do estado de consciência, agitações psicomotoras com necessidade de contenção, sintomas de abstinência graves ou efeitos agudos do uso de substâncias no momento da entrevista), que impossibilitem a realização da mesma.

- Não aceitar participar do estudo ou não assinar o consentimento informado.

#### Recrutamento e logística:

Todos os pacientes que foram admitidos nos referidos serviços no período do estudo e que preencheram os critérios de inclusão do estudo foram submetidos a uma entrevista utilizando o ASI6. Em cada centro, a equipe teve, no mínimo, uma reunião por semana de supervisão da coleta dos dados e demais problemas de logística, e contou com um coordenador de pesquisa, um assistente de pesquisa, e um grupo de coletadores formado por 5 indivíduos, que tiveram a função de ir aos centros de tratamento, triar os pacientes e aplicar o instrumento.

Após a coleta, os instrumentos preenchidos retornaram aos Centros de Pesquisa de origem. Cada centro ficou responsável por copiar os questionários e arquivar essas fotocópias, enviando os originais a Porto Alegre.

Ao receber os questionários, o centro coordenador em Porto Alegre teve um responsável por catalogar os instrumentos em uma planilha de controle, de acordo com o local de origem, data de aplicação e de envio. Estes dados foram introduzidos em banco de dados informatizado e avaliados por uma estatística participante do grupo de pesquisa. A contratação dos participantes do estudo e a supervisão semanal era responsabilidade dos coordenadores de cada um dos centros envolvidos no estudo.

#### Treinamento dos entrevistadores:

O primeiro treinamento da versão brasileira da escala foi realizado no Congresso da ABEAD, entre os dias 31 de agosto e 02 de setembro de 2005 e contou com a presença de uma pesquisadora (Deni Carise) com grande experiência na

aplicação desse instrumento, ligada ao centro de pesquisa na Filadélfia, onde o ASI foi criado. Um dos criadores do ASI (Thomas McLellan) também esteve presente em Ouro Preto, contribuindo para o treinamento e supervisionando o projeto com os coordenadores de centro de pesquisa. O treinamento ocorreu em um período de 1 dia (8 horas), com os supervisores de pesquisa de cada um dos centros envolvidos no projeto de validação transcultural do instrumento para o Brasil e grande parte dos assistentes de pesquisa que irão aplicar o ASI-6 na etapa subsequente do projeto. Durante esse treinamento foram registradas informações para a elaboração do manual de instruções para o entrevistador, que deverá acompanhar o ASI6.

Foi realizado o treinamento padrão do ASI adaptado para a versão 6 e orientado pelo desenvolvedor da mesma (John Cacciola). O evento foi composto basicamente por elementos teóricos, fornecendo-se uma visão geral do instrumento, assim como guias para uma entrevista geral e regras de codificação do ASI-6. Ao mesmo tempo, foi realizada revisão minuciosa de cada seção e de cada item da escala.

Outros treinamentos e um estudo piloto foram realizados em cada capital antes do início do estudo. Posteriormente, foi realizada supervisão contínua da qualidade de coleta dos dados ao longo de todo o estudo.

### Considerações Éticas

O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética dos respectivos Centros de Pesquisa envolvidos nessa pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se anexado a essa tese (Anexo 2). O presente projeto seguiu princípios éticos para a proteção dos direitos e promoção do bem-estar dos sujeitos (participantes) de um projeto de pesquisa como a Validação Transcultural do ASI6. De acordo com essa premissa, todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, no sentido de possibilitar a utilização tanto de suas informações pessoais relatadas. Além disso, durante a condução da pesquisa, os entrevistadores foram orientados a esclarecer dúvidas dos participantes em relação aos objetivos do projeto, ao caráter confidencial das informações fornecidas, aos potenciais riscos associados, à possibilidade de interrupção da participação no estudo e, de maneira geral, a outras questões sobre o envolvimento do sujeito no projeto. Primou-se também pela segurança do sigilo das informações.

Considerando a importância do processo da entrevista e o papel do entrevistador na condução adequada da mesma, enfatizou-se a responsabilidade do entrevistador sobre a integridade da informação coletada. Eles foram também orientados a repetir, mudar as palavras e questionar até que o paciente entendesse as questões dos instrumentos, a fim de que a sua resposta refletisse o melhor julgamento e estimativa. Receberam treinamento para melhorar o estabelecimento de um vínculo razoável com o paciente, que assegurasse a consistência e a qualidade dos dados coletados, sendo desestimulados a demonstrações de preconceito, insensibilidade, desconfiança ou inabilidade em esclarecer respostas inicialmente confusas. Coube ainda ao entrevistador identificar a incapacidade de entendimento básico da entrevista ou de questões específicas por parte do paciente, a fim de julgar uma possível interrupção da entrevista.

## **Adaptação do ASI6 para a cultura e idioma brasileiros**

A adaptação do Addiction Severity Index para a cultura brasileira e língua portuguesa, agora traduzida como Escala de Gravidade de Dependência, foi fruto de trabalho conjunto com especialistas de outras regiões do país. Com a Coordenação do CPAD do HCPA/UFRGS, o instrumento ASI6 adaptado para o português ao longo do ano de 2005, a fim de ser entregue à SENAD no início de outubro. O resumo do método de adaptação do ASI6 foi publicado na forma de carta ao editor da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (Anexo 1). Nesse período, também foram realizados os contatos com os outros centros de pesquisa nos outros estados que não o Rio Grande do Sul, discutindo-se a metodologia e as preparações logísticas para o início do estudo multicêntrico de validação.

A revisão final da adaptação do instrumento e o primeiro treinamento da versão brasileira da escala foram realizados no Congresso da ABEAD, em Ouro Preto, entre os dias 31 de agosto e 02 de setembro de 2005. Contou-se com a presença de especialistas em dependência química, provenientes de quatro estados brasileiros, uma pesquisadora americana (Deni Carise) especialista na escala e do próprio criador do instrumento (Thomas McLellan) ligados ao centro de pesquisa em Filadélfia.

Durante o processo de tradução e retradução observou-se aspectos lingüísticos, semânticos e conceituais do instrumento. Alguns exemplos de modificações, que não foram citados no artigo 1 da tese podem ser citados como importantes ao longo da adaptação:

Na seção de “Informações Gerais”, as opções de resposta à questão relativa à raça/cor que a pessoa se considera (“G10”), originalmente “preto ou afro-americano”, “asiático”, “havaiano” e “índio americano” foram substituídas por “negra/preta”, “amarela/oriental”, “parda/mestiça” e “indígena” respectivamente, sendo excluída a opção “alaskan native”. A alteração nos termos sobre etnia obedeceu a um padrão de categorias determinado pelo IBGE. Esta classificação foi considerada oficial em 1991 e vem sendo utilizada em instrumentos de pesquisa reconhecidos no Brasil. Considerou-se que o item “G11”, sobre etnia hispânica ou latina na versão americana não se adequava à versão brasileira, tendo sido esse item substituído por uma questão sobre local de tratamento, importante para o estudo de validação. As questões presentes nessa seção não são consideradas no cômputo dos escores, servindo apenas como informação demográfica do paciente.

Nas alternativas da questão “E3” da área “emprego/sustento”, houve modificações com a finalidade de contemplar a realidade brasileira de ensino, como a inserção do item “não alfabetizado”, com intuito de, futuramente, realizar validação para esse tipo de população, visto que esta ainda é uma parcela significativa da população (10,9%) (16). Da mesma forma, os itens “bicos” (presente nas questões “E10”, “E17”-“E20”, “E29” e “E31”) e “procura por trabalho” foram adicionados devido aos altos índices de informalidade e desemprego do país, especialmente em amostras de pessoas com problemas devidos ao abuso e/ou dependência de álcool ou drogas <sup>17</sup>.

A seção “legal” foi a que causou maior dificuldade na sua adaptação, devido às diferenças na própria legislação brasileira quando comparada com a americana. Foram necessárias modificações para adequar os itens ao contexto judicial brasileiro como, por exemplo, em questões sobre o número de condenações por crime cometido (L16), definição de *sursis* (L19) e diferenciação entre julgamento, pena (L21) e sentença (L22). Na área sobre “drogas”, o “crack” foi acrescido na questão “D27” para facilitar a compreensão, pois vários pacientes testados não identificavam o crack e cocaína como sendo diferentes preparações da mesma substância. Em relação às questões sobre “jogo”, além dos citados na versão em inglês, foram incluídos outros exemplos de jogos típicos do Brasil como “jogo do bicho”. Na questão “F26” (seção “abuso/trauma”) foi retirada a expressão “alguém conhecido”, uma vez que os autores brasileiros consideraram importante avaliar também abusos por desconhecidos.

Ao final de cada seção, espaços para comentários foram inseridos para que o entrevistador possa registrar inconsistências aparentes. Ao longo do instrumento, algumas indicações para supressão de questões que não se aplicam dependendo da resposta às questões anteriores (“pule para a questão X”) foram adicionadas, a fim de facilitar o preenchimento, porém sem modificar a estrutura do instrumento americano. Todas as alterações foram realizadas com o intuito de manter a equivalência entre os itens. As características gerais do instrumento original foram conservadas.

# Artigos

Os artigos abaixo estão formatados de acordo com o respectivo periódico:

# Avaliação Multidimensional do Usuário de Drogas e a Escala de Gravidade de Dependência (ASI)

*Multidimensional evaluation of drug users and the Addiction Severity Index (ASI)*

Título Resumido: Avaliação do Usuário de Drogas e a ASI

**Felix Henrique Paim Kessler<sup>I</sup> – Kessler F.H.P.; Sibeles Faller<sup>I</sup> – Faller S.;  
Maria Lucia O. Souza-Formigoni<sup>II</sup> – Souza-Formigoni M.L.O; Marcelo  
Cruz<sup>III</sup> – Cruz M.; Sílvia Brasiliano<sup>IIII</sup> – Brasiliano S.; Flavio Pechansky<sup>I</sup> –  
Pechansky F.**

<sup>I</sup>Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. End.: Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2201A CEP 90035-903 –RS.

<sup>II</sup> Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), SP, Brasil. End.: Rua Botucatu, 862 - 1º Andar, Edifício de Ciências Biomédicas CEP 04023-062 – SP.

<sup>III</sup> Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas – PROJAD – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil. End: Av. Venceslau Brás, 71 Fundos CEP 22290-140 – RJ.

<sup>IIII</sup> Programa de Atenção à Mulher Dependente Química – PROMUD – do Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. End: R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 CEP 01060-970 – SP.

Financiamento: Este estudo foi apoiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

Conflito de Interesse: nenhum

Aprovação pelo Comitê de Ética: (GPPG-HCPA - protocolo nº 05-460)

Classificação do Artigo: Revisão

**Endereço para correspondência:**

Felix Henrique Paim Kessler, MD, MSc

R: Itaqui, 89/103

CEP: 90460-140. Porto Alegre, RS, Brasil.

**Resumo**

Antes de iniciar um tratamento para abuso de substâncias psicoativas (SPA) é primordial avaliar os prejuízos que estas acarretam na vida dos usuários. Considerando a complexidade dessa avaliação, o instrumento atualmente mais utilizado no mundo para abordagem multidimensional de problemas relacionados ao abuso de substâncias é a Escala de Gravidade de Dependência (ASI). Além de uma revisão da literatura, decidiu-se incluir um caso clínico e alguns aspectos da própria escala ASI, a fim de ilustrar os tópicos contemplados no processo avaliativo, além de auxiliar na sua aplicação. Na literatura, há uma carência de artigos sobre esse tema e, no Brasil, ainda não existem instrumentos que se proponham a avaliá-los de forma tão ampla como a ASI. A utilização de uma escala com essas características pode ser útil para o sistema de saúde brasileiro, favorecendo a identificação

precoce de problemas e propiciando melhora na qualidade da assistência prestada.

Descritores: Avaliação, tratamento, alcoolismo, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

### **Abstract**

Before initiating treatment for substance abuse, the assessment of all problems related to consumption is of paramount importance. Considering the complexity of this evaluation, the current most widely used instrument for a multidimensional approach is the Addiction Severity Index (ASI). By means of a literature review, a clinical case vignette, comments on different aspects of the scale, and the discussion of topics covered in evaluation process, this article aims at providing support to health professionals to help systematize the assessment of these individuals. There is a paucity of descriptions about examination of substance users in the literature. In Brazil, there are no other instruments that offer such overview of the patients. The utilization of an instrument with these characteristics is useful for the Brazilian public health system, providing early identification of problems and promoting improvement in the quality of treatment.

Descriptors: Assessment, treatment, alcoholism, substance-related disorders.

## Introdução

Avanços recentes têm contribuído para o conhecimento referente à temática relacionada ao consumo de substâncias psicoativas (SPAs). Tornou-se evidente que antes de iniciar um tratamento, além de investigar um possível diagnóstico de abuso e dependência, é primordial avaliar características do uso da droga tais como frequência, quantidade e duração, assim como os prejuízos que estas acarretam à vida dos usuários. O conceito de avaliação nesse campo se expandiu, considerando a sua complexidade e passando a incluir outros aspectos igualmente importantes da vida do indivíduo. Problemas clínicos como dores crônicas, por exemplo, podem ser causados ou exacerbados pelo uso de drogas, assim como o uso das mesmas pode ser fonte de alívio dessas dores. Achados como este geraram uma série de hipóteses etiológicas como a denominada “teoria da automedicação” (1), que propõe que o ambiente sócio-cultural e os relacionamentos interpessoais influenciam claramente no uso drogas, buscando, através dos seus efeitos, um melhor equilíbrio do “meio interno”.

Nesse contexto, foi desenvolvido por McLellan e colaboradores um instrumento para a abordagem multidimensional das questões relacionadas ao abuso de substâncias, incluindo a gravidade e a necessidade de tratamento para os problemas clínicos e psicossociais. O Addiction Severity Index (Escala de Gravidade de Dependência – ASI) (2, 3) consiste em uma entrevista semi-estruturada, que proporciona uma avaliação global da situação atual (últimos 30 dias) e passada do paciente (6 meses), ponderando a gravidade dos problemas em sete áreas: médica, ocupacional, aspectos legais, sócio-familiares, psiquiátricos, uso de álcool e uso de outras drogas. Recentemente,

a ASI foi adaptada para o contexto brasileiro e submetido a um estudo de validação, visto que o país ainda necessita de protocolos mais completos de avaliação dirigidos ao dependente químico no sistema público de saúde (4, 5). A sexta versão do instrumento adaptada para o português encontra-se disponível nos sites [www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br) e [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br) .

O presente artigo tem a finalidade de auxiliar o profissional de saúde a sistematizar e melhorar o atendimento desses pacientes na sua prática clínica através de uma revisão sobre o tema. Contudo, a fim de torná-lo mais didático, em vez de apenas resumir os achados da literatura e criticar os estudos, decidiu-se priorizar a inclusão de um caso clínico e de alguns aspectos da própria escala ASI, que servirão como guia a fim de ilustrar os tópicos contemplados no processo avaliativo, além de auxiliar na sua aplicação.

## **Método**

Foi realizada uma revisão dos estudos relacionados à avaliação de usuários de álcool e outras SPA, os artigos foram identificados nas bases de dados internacionais MEDLINE, LILACS e PsycInfo. Para tanto, foram selecionados os descritores *Assessment* e *Evaluation*,. Essas palavras-chave foram cruzadas com os seguintes termos, extraídos do Medical Subject Headings (MeSH): [\*Substance-Related Disorders\*](#), que engloba as expressões *Drug Dependence*, *Drug Addiction*, *Drug Abuse*, *Drug Use Disorder*, *Substance Use Disorders*, *Substance Abuse*, *Substance Dependence* e *Substance Addiction*.

Foram considerados estudos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês e excluídos estudos de avaliação de serviços para o dependente químico, de validação e avaliação psicométrica de instrumentos,

entrevistas e estudos realizados com crianças e adolescentes: capítulos de livros e artigos não indexados também foram usados como forma de complementação.

## **Resultados**

Foram encontrados 5357 estudos contendo descritores no título do artigo. Do total, somente 68 foram incluídos na revisão após leitura do resumo, por versarem, especificamente, sobre a importância da avaliação ou de como avaliar os referidos aspectos no usuário de SPAs.

Notou-se que, no final da década de 60 a ciência reconhecia a importância de avaliar o usuário de álcool e outras drogas (6-19), mas foram nos anos 90 que as publicações cresceram exponencialmente nesse campo. (20-56). Desde então e cada vez mais, os estudos vêm se referindo a populações, locais e problemas específicos, sem a preocupação de abordar o assunto de forma geral (57-67).

## **Elementos essenciais na avaliação do DQ**

### **Apresentação de Vinheta Clínica**

Aos 48 anos, João (nome fictício) foi encaminhado para sua segunda internação devido ao uso problemático de álcool e cocaína. Ele é zelador casado e pai de dois adolescentes. Fuma 20 cigarros por dia há 30 anos e consome bebidas alcoólicas há 20 anos, mas de forma mais intensa nos últimos 10 anos. Atualmente, ingere aproximadamente uma garrafa de cachaça por dia, quatro dias por semana. Bebe a maior parte do dia, aborrecendo-se

quando não pode beber. Iniciou o uso de cocaína inalada há dois anos, pois assim “conseguia energia para trabalhar”. Em seu tratamento ambulatorial mais recente para o abuso de substâncias, João foi diagnosticado como dependente de álcool, cocaína e nicotina.

No início do presente tratamento, João foi submetido a uma avaliação multidimensional na qual a ASI foi utilizado como base do processo avaliativo.

### **Relação Terapêutica / Vínculo**

*Quando João chegou ao tratamento, demonstrou uma compreensão pobre sobre os prejuízos relacionados ao seu consumo de bebidas alcoólicas e de cocaína, apresentando-se um pouco resistente a qualquer intervenção no sentido de investigar padrões de uso. Afirmava que não percebia o uso dessas substâncias como seu maior problema, mas sim como seu modo de lidar com as dificuldades impostas pelo trabalho: insistia que, se pudesse ficar afastado do serviço por um período de 15 dias, com certeza apresentaria melhoras em sua saúde.*

A ambivalência quanto ao uso de SPAs é comum no início do tratamento e muitos pacientes só irão à consulta por imposição de familiares, amigos ou do sistema judiciário (68). A opção mais adequada, no início, pode ser manter o foco na redução da ansiedade do paciente, realizando entrevistas com perguntas abertas e não confrontativas. Em alguns casos, é preciso postergar o uso de protocolos estruturados de avaliação. Um vínculo terapêutico genuíno estabelecido com o paciente e um contrato de comum acordo entre as partes servem como base para o tratamento, podendo garantir sua continuidade e qualidade. Essa abordagem, comprovadamente, diminui resistências (69) e,

com isso, aumenta a motivação do paciente para cooperar e participar do que está sendo proposto (70).

*João foi informado de que o objetivo da avaliação era obter informações que subsidiassem futuras intervenções para que houvesse uma melhora na qualidade de sua vida e saúde. Foi encorajado a falar sobre o que considerava serem seus problemas atuais, assim como as fontes de prazer, aproveitamento de seu tempo livre e sua rotina, sem perguntas diretas sobre abuso de SPAs. Tal estratégia permitiu ao paciente se sentir mais à vontade em relação ao processo terapêutico.*

## **Anamnese**

Os principais objetivos de uma anamnese são: favorecer o engajamento ou adesão ao tratamento; colher dados sobre o histórico da evolução do consumo e de como a droga influenciou os problemas apresentados na vida do indivíduo; identificar fatores que favoreceram a instalação do uso e mantêm a dependência; fatores que favorecem a abstinência bem como reunir informações para estabelecer hipóteses diagnósticas. (71).

Um levantamento completo e detalhado da história do indivíduo é necessário para avaliar a gravidade da dependência bem como dos aspectos físicos, psicológicos e sociais de sua vida, fundamentais para determinar o tipo de tratamento mais adequado. Investigar a respeito de aspectos da personalidade, crenças e valores pessoais do paciente, antes e depois do início do abuso de drogas, contribui para uma visão geral da pessoa e do seu estilo de interação com o mundo e com os demais. Comumente, a fim de

complementar a avaliação e obter informações de forma mais objetiva e completa, deve-se solicitar entrevistas com familiares.

### **Problemas clínicos**

É conhecida a relação entre o uso de álcool e drogas e uma vasta gama de complicações clínicas, como doenças cardíacas, hepáticas, renais, respiratórias, gastrointestinais e neurológicas. Além disso, uma série de outras doenças vinculadas a comportamentos de risco devido a esse consumo, também podem ocorrer: como AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (72-75). A ASI aborda as principais doenças relacionadas, de forma direta ao uso de álcool e outras SPAs.

*João, ao ser perguntado sobre freqüência e gravidade de sintomas físicos no mês prévio à avaliação, revelou sentir dores na região torácica e sintomas de complicações gástricas que, posteriormente, demonstraram ser uma gastrite não infecciosa.*

### **Problemas Legais**

Apesar de ser um item frequentemente desprezado em avaliações de dependentes químicos, a investigação de problemas com a justiça e participação em atividades ilegais faz-se muito necessária (76, 77). Essas dificuldades exercem influência em vários âmbitos da vida, prejudicando sua qualidade e ameaçando a integridade física e psicológica do indivíduo e dos demais. A ASI tem papel facilitador para que esse tema venha a ser discutido, sendo essencial que, durante sua aplicação, o tom não preconceituoso e a imparcialidade predominem.

*Antes da aplicação do instrumento, João nada havia comentado sobre problemas legais. A partir das respostas fornecidas na ASI, constatou-se que o paciente havia sido denunciado duas vezes pela ex-mulher: os processos judiciais acarretaram ao paciente alguns meses de detenção.*

### **Problemas Sócio-familiares**

É muito improvável que o uso abusivo de alguma substância psicoativa não cause algum grau de impacto na família do usuário. A violência é uma das consequências mais nocivas que uma família pode experimentar, sendo as crianças e os adolescentes especialmente vulneráveis a ela (78). Em 3 áreas da ASI (problemas legais, familiares e psiquiátricos), são investigados indícios de violência e pobre capacidade de controle dos impulsos. Dúvidas podem ser objeto de esclarecimentos sempre que surgir alguma incoerência no relato do paciente. Caso houver dúvidas e/ou incoerências, estas devem ser esclarecidas, sejam elas referentes à família ou a outras relações (amigos, por exemplo).

*As perguntas realizadas nessas 3 sessões ajudaram a coletar informações complementares sobre o comportamento impulsivo de João, (e) sua interação com os filhos e sua ex-mulher. O paciente já havia comentado, na área legal, que sofrera detenções devido ao não pagamento da pensão alimentícia, o que deixou o avaliador mais atento às perguntas sobre os filhos na área das relações familiares: havia, também, agredido a ex-mulher e tinha relação distante com os filhos, situação agravada após sua detenção.*

## **Escolaridade, Emprego, Renda e Sustento**

Atualmente, é consenso na literatura científica que o uso de SPAs é responsável por casos de baixo rendimento e absenteísmo no trabalho. Entretanto, muitas vezes, a relação é inversa e as más condições ocupacionais tornam o ambiente hostil, de modo que o funcionário pode buscar no uso de álcool ou outras substâncias um alívio para esse desconforto. A relação do paciente com outras formas de adição, como o jogo patológico, deve ser avaliada, pois, freqüentemente, acarreta dificuldades financeiras ao indivíduo.

*João trabalha há 28 anos no mesmo local, exercendo a mesma função. Interrompeu seus estudos aos 14 anos e, em sua vida inteira, teve somente dois empregos na mesma área, não possuindo diploma de qualquer outro curso ou treinamento. Seu cargo como zelador obrigava-o a residir no local, onde ficava envolvido 24 horas por dia: por falta de mão-de-obra, cumpria atribuições de outros profissionais. João considerou extremamente importante receber orientação para lidar com problemas profissionais ao longo do tratamento, uma vez que não se sentia capaz de resolver os conflitos atuais e nem de procurar outro trabalho. Conforme a história relatada pelo paciente, ficou clara a relação entre os problemas profissionais e o agravamento do uso de álcool e cocaína.*

## **Qualidade de Vida e Atividades de Lazer**

Em pacientes com abuso ou dependência de álcool, a qualidade de vida está mais correlacionada à com os prejuízos do consumo do que ao seu padrão: frequência e quantidade de uso. Um estudo brasileiro, por exemplo,

demonstrou que a gravidade da dependência pode ser um importante indicativo de diminuição na qualidade de vida (79, 80).

*Durante a aplicação da ASI, foi constatado que João não participava de nenhuma atividade religiosa e/ou de lazer. De acordo com a própria percepção, apresentava dificuldade em aproveitar momentos destinados ao descanso, estando sempre sob o efeito do uso de alguma substância – consumia bebidas alcoólicas para conseguir relaxar, descansar e conseguir desempenhar suas funções: no momento de voltar ao trabalho, usava cocaína.*

### **Comorbidades Psiquiátricas**

As comorbidades psiquiátricas são muito prevalentes em usuários de álcool e outras SPAs (81-86), sendo capazes de mascarar a sintomatologia comumente encontrada em dependentes químicos e interferem, geralmente, no plano de tratamento, influenciando na prescrição de psicofármacos e na indicação do tipo de psicoterapia (87-89). A impulsividade se configura como característica comum a vários transtornos psiquiátricos associados à dependência química, merecendo avaliação específica por contribuir para o aumento do número de recaídas e exposição a situações de risco (90).

*Através das respostas à área psiquiátrica da ASI, a equipe tomou conhecimento de que João nunca havia realizado alguma avaliação que contemplasse problemas psicológicos e psiquiátricos. No entanto, afirmou perceber indicativos de impulsividade e episódios de alterações no humor, relatando dificuldades no controle de seu temperamento, ansiedade e tristeza por períodos prolongados, mesmo em momentos da vida onde o abuso de drogas não estava presente. Posteriormente, esses sintomas foram melhor*

*investigados e ficou confirmado o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático – surgido após sua prisão e que ele relacionava ao aumento do uso de álcool – e Transtorno do Humor Bipolar.*

## Resultados e Plano Terapêutico

O plano terapêutico de João foi elaborado de acordo com os resultados da aplicação da ASI – os escores de gravidade, que variam de 0 a 4. Seu resumo pode ser conferido na tabela a seguir.

*Tabela 1: Resultado dos escores de gravidade.*

Subescalas	Questão	Grau de Preocupação	Questão	Necessidade de Tratamento
Drogas	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?	4	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?	4
Família/Soc.	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?	4	Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?	4
Lazer	Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?	0*	---	---
Emprego/S.	---	---	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?	4
Trauma	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?	3	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?	3
Psiquiátrica	Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?	3	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?	3
Médica	Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?	3	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?	3
Álcool	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado	2	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou	2

	você tem estado com esses problemas com álcool?		adicional) para o seu uso de álcool?	
Legal	Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?	0	---	---

\* Esse escore específico não reflete o grau de preocupação do paciente em relação ao lazer, e sim a satisfação com a forma como o tempo livre é aproveitado.

Após um cuidadoso *feedback* da avaliação realizada, partindo de suas próprias respostas João pareceu compreender que seus problemas estavam inter-relacionados e que não havia somente um comportamento ou aspecto da vida que estava disfuncional. O consumo de bebidas alcoólicas, assim como o abuso de cocaína, que eram vistos inicialmente como um apoio para poder enfrentar as dificuldades com o trabalho, gradualmente foram sendo percebidos como uma estratégia pouco eficaz que desencadeava e agravava a maioria dos problemas apresentados. Assim, a ASI também foi utilizada para motivar João para o tratamento, pois houve a organização de informações relevantes, mostrando em forma de resultado objetivo – os escores de gravidade – informações subjetivas relatadas pelo próprio paciente.

Como se pôde observar na Tabela I, as áreas de maior preocupação à época da avaliação, eram uso de SPAs, família, lazer e emprego. João considerou ser muito importante um aconselhamento para ajudá-lo a lidar com problemas ocupacionais, no intuito de encontrar outro emprego. Em segundo lugar, os problemas com a família eram os que mais o preocupavam.

Concluiu-se que a violência doméstica era uma constante em sua vida conjugal, instalando-se um círculo vicioso de hostilidade e culpa. Na questão referente à forma de aproveitar o tempo livre, João referiu não encontrar nenhuma satisfação nos períodos de folga e atividades de lazer. Em relação ao uso de cocaína, disse estar extremamente preocupado em como enfrentar a

intensa compulsão, afirmando ser extremamente importante desenvolver uma estratégia especial para este problema.

Como o prognóstico inicial do paciente era reservado, devido à gravidade dos problemas, foi sugerido que fossem incluídos, no plano terapêutico, todos os aspectos descritos anteriormente através de uma abordagem multidisciplinar.

Inicialmente, o paciente permaneceu em regime de internação durante um período de 30 dias para, posteriormente, seguir tratamento ambulatorial com frequência mínima de duas vezes por semana.

João recebeu uma abordagem psicoeducacional e motivacional para reforçar a implicação da ingestão do álcool na sua saúde física, sua problemática ocupacional e a relação com seu uso de cocaína. Além disso, ele foi orientado sobre a compulsão e os sintomas de abstinência, o que serviu para reduzir sua ansiedade e aumentar a sua auto-eficácia. Foram trabalhadas, também, estratégias de prevenção de recaída, de enfrentamento e resolução de problemas. Como complemento, João frequentou grupos de auto-ajuda durante 4 meses.

Os problemas ocupacionais mereceram um tópico especial no planejamento do tratamento, como foi solicitado pelo paciente. Foi acordado com seu chefe, uma diminuição de atribuições no trabalho e delimitado um horário fixo para a realização de suas tarefas. A família de João concordou em participar efetivamente do tratamento através de sessões de terapia familiar.

Após 3 meses de tratamento ambulatorial, João foi submetido a uma nova avaliação através da ASI (Tabela II): útil para acompanhamento e avaliação do tratamento (3).

Tabela II: Resultado dos escores de gravidade após 3 meses de tratamento.

Subescalas	Questão	Grau de Preocupação	Questão	Necessidade de Tratamento
Drogas	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?	2	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?	2
Família/Soc.	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?	2	Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?	2
Álcool	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?	2	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?	2
Psiquiátrica	Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?	2	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?	2
Emprego/S.	---	---	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?	2
Médica	Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?	1	Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?	1
Trauma	Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?	1	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?	1
Lazer	Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?	3*	---	---
Legal	Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?	0	---	---

\* Esse escore específico não reflete o grau de preocupação do paciente em relação ao lazer, e sim a satisfação com a forma como o tempo livre é aproveitado.

Pelo tabela acima, pode-se observar que João reduziu seu grau de preocupação nas subescalas Drogas, Família/Soc. e Emprego e aumentou seu grau de satisfação com suas atividades de lazer. Devido ao fato do paciente apresentar progressos significativos, a frequência de sessões de psicoterapia foi reduzida para 1 encontro por semana. É importante salientar que este artigo não tem o objetivo de sugerir ou testar a eficácia do tratamento descrito, mas apenas ilustrar como ele pode ser avaliado através da escala. Além disso, ressalta-se que se pode utilizar ainda o chamado escore composto das seções que é calculado a partir desses escores subjetivos e de outras questões objetivas. Esse tema será focado no artigo sobre a validação brasileira do instrumento que está sendo preparado para publicação.

## **Discussão**

Na literatura nacional e internacional há uma lacuna na descrição do exame conjunto dos problemas de usuários de álcool e outras SPAs. Apesar de haver outras escalas de avaliações, não existe nenhuma entrevista adaptada para a cultura brasileira que se proponha a avaliar estes problemas de forma tão ampla como a ASI. A existência de um instrumento de avaliação com essas características é de grande valia pela facilidade e possibilidade de padronização das informações.

Instrumentos como a ASI podem ser muito úteis tanto na pesquisa quanto na avaliação clínica. Para evitar que o uso desta entrevista semi-estruturada se torne impessoal, o avaliador deve utilizar sua experiência e empatia, considerando a individualidade do paciente e suas opiniões sobre o

tratamento e o uso de SPAs. O grande diferencial e ponto positivo da ASI, em relação à maioria dos instrumentos de avaliação disponíveis, são os escores de gravidade, uma vez que estes permitem ao avaliador – ao considerar a percepção do próprio indivíduo – não se afastar do foco predominante de cuidado para com o paciente. Há algumas limitações do instrumento, como a falta de perguntas sobre sexualidade, por exemplo, além do tempo de entrevista que costuma ser longo. Contudo, se por um lado a ASI não se destina a triar pacientes devido a essa questão, por outro ele permite ir além do processo avaliativo e acompanhar o paciente em diversas fases do tratamento, revelando a capacidade de detecção de mudanças (91).

Segundo a opinião destes autores, o uso da ASI poderia ser útil para o sistema de saúde brasileiro, auxiliando na avaliação e acompanhamento de dependentes químicos. O uso deste instrumento propiciaria a melhora na qualidade da assistência prestada para a referida população, favorecendo a identificação precoce de problemas e evitando encaminhamentos equivocados. Facilitaria, também, o desenvolvimento de planos de tratamento que pudessem contemplar as complexas necessidades desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Khantzian EJ. The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders. Focus on Heroin and Cocaine Dependence. 1985.
2. McLellan A, Luborsky L, Woody G, O'Brien C. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis. 1980 Jan;168(1):26-33.
3. Thomas McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. Am J Addict. 15(2):113-24.
4. KESSLER FHP. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2007. p. 335-6.

5. Kessler F, Woody G, De Boni R, Von Diemen L, Benzano D, Faller S, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure. *Public Health*. 2008 Dec;122(12):1349-55.
6. Paton W. Drug dependence--a socio-pharmacological assessment. *Adv Sci*. 1968 Dec;25(124):200-12.
7. Louria D. Drug abuse: a current assessment. *Am Fam Physician GP*. 1970 Jun;1(6):74-80.
8. Morselli P, Placidi G, Maggini C, Gomeni R, Guazelli M, De Lisio G, et al. An integrated approach for the evaluation of psychotropic drug in man. I. Studies on amphetamine. Relationship between drug levels and psychophysiological measurements. *Psychopharmacologia*. 1976 Mar;46(2):211-7.
9. Carroll J, Malloy T, Kenrick F. Drug abuse by alcoholics and problem drinkers: a literature review and evaluation. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1977;4(3):317-41.
10. Holsten F, Waal H. Evaluation of the drug taker. A step to an evaluation of treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1980;284:29-41.
11. Gitlow S. Considerations on the evaluation and treatment of substance dependency. *J Subst Abuse Treat*. 1985;2(3):175-9.
12. Stacy AW, Widaman KF, Hays R, DiMatteo MR. Validity of self-reports of alcohol and other drug use: A multitrait-multimethod assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985;49.
13. Castillo Pérez P. [Ethical aspects of drug evaluation in human beings]. *Rev Clin Esp*. 1986 Jun;179(1):42-9.
14. Hasin D, Grant B. Assessment of specific drug disorders in a sample of substance abuse patients: a comparison of the DIS and the SADS-L procedures. *Drug Alcohol Depend*. 1987 Mar;19(2):165-76.
15. Stein J, Newcomb M, Bentler P. Structure of drug use behaviors and consequences among young adults: multitrait-multimethod assessment of frequency, quantity, work site, and problem substance use. *J Appl Psychol*. 1988 Nov;73(4):595-605.
16. Sweeney J, Meisel L, Walsh V, Castrovinci D. Assessment of cognitive functioning in poly-substance abusers. *J Clin Psychol*. 1989 Mar;45(2):346-51.
17. Richardson H. Volatile substance abuse: evaluation and treatment. *Hum Toxicol*. 1989 Jul;8(4):319-22.
18. Nuckols C, Greenson J. Cocaine addiction. Assessment and intervention. *Nurs Clin North Am*. 1989 Mar;24(1):33-43.
19. Kauffman J, Shaffer H, Burglass M. A strategy for the biological assessment of addiction. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 3(1-2):7-18.
20. Gaulier B, Butler S, Haller D. Problems associated with the assessment of personality disorders in substance abusers. *NIDA Res Monogr*. 1990;105:599-600.
21. Fagerstrom K, Heatherton T, Kozlowski L. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J*. 1990 Nov;69(11):763-5.
22. McLellan A, Randall M, Joseph N, Alterman A. Categorizing substance abusers using the ASI: implications for evaluation and treatment. *NIDA Res Monogr*. 1990;105:227-35.
23. Butler S, Gaulier B, Haller D. Assessment of Axis II personality disorders among female substance abusers. *Psychol Rep*. 1991 Jun;68(3 Pt 2):1344-6.

24. Bigelow G. Human drug abuse liability assessment: opioids and analgesics. *Br J Addict.* 1991 Dec;86(12):1615-23.
25. Lisanti P. Assessment of the adult client for drug and alcohol use. *NLN Publ.* 1991 Dec(15-2407):151-247.
26. O'Hare T. The substance-abusing chronically mentally ill client: prevalence, assessment, treatment, and policy concerns. *Soc Work.* 1992 Mar;37(2):185-7.
27. Burns C. Assessment and screening for substance abuse: guidelines for the primary care nurse practitioner. *Nurse Pract Forum.* 1993 Dec;4(4):199-206.
28. Curtiss M, Lenz K, Frei N. Medical evaluation of African American women entering drug treatment. *J Addict Dis.* 1993;12(4):29-44.
29. Sees K, Clark H. Opioid use in the treatment of chronic pain: assessment of addiction. *J Pain Symptom Manage.* 1993 Jul;8(5):257-64.
30. Simeone R, Frank B, Aryan Z. Needs assessment in substance misuse: a comparison of approaches and case study. *Int J Addict.* 1993 Jun;28(8):767-92.
31. 33rd Annual meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU). Boca Raton, Florida, June 1993. Proceedings and abstracts. *Psychopharmacol Bull.* 1994;30(1):1-141.
32. Altimir M, Serras E, Torrens M. [Detection and evaluation of drug addict patients seen at a primary care center]. *Aten Primaria.* 1994 Mar;13(5):252-4.
33. Frances R. Substance abuse in the general hospital. A priority area for evaluation and treatment. *Gen Hosp Psychiatry.* 1994 Mar;16(2):71-2.
34. Moore R. Screening and assessment of alcohol and other drug abuse. *Md Med J.* 1994 Jan;43(1):35-9.
35. Ross H, Swinson R, Larkin E, Doumani S. Diagnosing comorbidity in substance abusers. Computer assessment and clinical validation. *J Nerv Ment Dis.* 1994 Oct;182(10):556-63.
36. King C, Van Hasselt V, Segal D, Hersen M. Diagnosis and assessment of substance abuse in older adults: current strategies and issues. *Addict Behav.* 19(1):41-55.
37. McHugo G, Caspi Y, Kammerer N, Mazelis R, Jackson E, Russell L, et al. The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *J Behav Health Serv Res.* 32(2):113-27.
38. Carroll KM. Methodological issues and problems in the assessment of substance use. *Psychological Assessment.* 1995;7.
39. Santolaria-Fernández F, Gómez-Sirvent J, González-Reimers C, Batista-López J, Jorge-Hernández J, Rodríguez-Moreno F, et al. Nutritional assessment of drug addicts. *Drug Alcohol Depend.* 1995 Apr;38(1):11-8.
40. Westermeyer J. Cultural aspects of substance abuse and alcoholism. Assessment and management. *Psychiatr Clin North Am.* 1995 Sep;18(3):589-605.
41. Moffett L, Steinberg S, Rohde P. Personality assessment of substance-dependent patients in a therapeutic community. *J Subst Abuse Treat.* 13(2):127-34.
42. Vasconcelos T. [Substance dependence. Evaluation of risk and planning of care]. *Servir.* 44(5):247-50.

43. Hiller ML, Knight K, Simpson DD. An assessment of comorbid psychological problems in a residential criminal justice drug treatment program. *Psychology of Addictive Behaviors*. 1996;10.
44. Wansi E, Sam-Abbenyi A, Befidi-Mengue R, Enyme F, Ntone F. Rapid assessment of drug abuse in Cameroon. *Bull Narc*. 1996;48(1-2):79-88.
45. Planeta CdS, Delucia R, Aizenstein ML. On the evaluation of drug dependence in experimental and clinical models. *Rev ciênc farm*. 1997;18.
46. Blow F, Barry K, BootsMiller B, Copeland L, McCormick R, Visnic S. Longitudinal assessment of inpatient use and functioning of seriously mentally ill veterans with and without co-occurring substance use disorders. *J Psychiatr Res*.32(5):311-9.
47. Addiction. Screening, diagnosis, and assessment. *Rep Group Adv Psychiatry*. 1998(142):11-33.
48. Badr I, Farghaly A, Koura M, Mohamed H, Hassan E, Kotkat A. Health status assessment of drug addicts in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc*. 1998;73(3-4):275-96.
49. Mendelson J, Mello N. Diagnostic evaluation of alcohol and drug abuse problems in women. *Psychopharmacol Bull*. 1998;34(3):279-81.
50. Souza MAd. Funcionamento psicodinâmico em drogadictos através do Rorschach / Rorschach assessment of the psychodynamic functioning in drug addicts. *Bol psicol*. 1998;48.
51. Evaluation of certain veterinary drug residues in food. Fiftieth report of the joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1999;888:i-vii, 1-95.
52. Castel S, Formigoni MLOS. Scales for evaluation of treatment of alcohol and other drug dependence. *Rev psiquiatr clín*. 1999;26.
53. Cooper D. Substance-use assessment. *Prof Nurse*. 1999 Apr;14(7):449.
54. Mosegui G, Rozenfeld S, Veras R, Vianna C. [Quality assessment of drug use in the elderly]. *Rev Saude Publica*. 1999 Oct;33(5):437-44.
55. Rouse SV, Butcher JN, Miller KB. Assessment of substance abuse in psychotherapy clients: The effectiveness of the MMPI-2 substance abuse scales. *Psychological Assessment*. 1999;11.
56. Silva EAd, Formigoni MLOS. Avaliação do funcionamento familiar em farmacodependências / Evaluation of family functioning in drug dependency. *Rev psiquiatr clín*. 1999;26.
57. Smit E, Tang A. Nutritional assessment in intravenous drug users with HIV/AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000 Oct;25 Suppl 1:S62-9.
58. Marlowe D, Merikle E, Kirby K, Festinger D, McLellan A. Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychol Addict Behav*. 2001 Jun;15(2):97-108.
59. Kan C, Breteler M, van der Ven A, Timmermans M, Zitman F. Assessment of benzodiazepine dependence in alcohol and drug dependent outpatients: a research report. *Subst Use Misuse*. 2001 Jun;36(8):1085-109.
60. Menninger J. Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. *Bull Menninger Clin*. 2002;66(2):166-83.
61. Grohman K, Fals-Stewart W. The Detection of Cognitive Impairment Among Substance-Abusing Patients: The Accuracy of the Neuropsychological Assessment Battery-Screening Module. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2004;12.

62. Griffiths R, Bigelow G, Ator N. Principles of initial experimental drug abuse liability assessment in humans. *Drug Alcohol Depend.* 2003 Jun;70(3 Suppl):S41-54.
63. Oliveira ERNd, Marin IC, Ferruzzi L, Tenório MFS, Trindade E. Anthropometric evaluation and food consumption habits of drug addicts. *Arq ciências saúde UNIPAR.* 2005;9.
64. Cardoso EdS, Pruett SR, Chan F, Tansey TN. Substance abuse assessment and treatment: The current training and practice of APA Division 22 members. *Rehabilitation Psychology.* 2006;51.
65. Funada M, Aoo N. [Evaluation of drug dependence: use of a conditioned place preference paradigm]. *Nippon Yakurigaku Zasshi.* 2007 Aug;130(2):128-33.
66. Vanem P, Krog D, Hartmann E. Assessment of substance abusers on the MCMI-III and the Rorschach. *Scand J Psychol.* 2008 Feb;49(1):83-91.
67. Degenhardt L, Bohnert K, Anthony J. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: "gated" versus "ungated" approaches. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Mar;93(3):227-32.
68. Brasiliano S. Fatores psicológicos no abuso e dependência de drogas. In: Andrade A, S N, Tongue E, editors. *Drogas: atualização em prevenção e tratamento.* São paulo: Lemos; 1993.
69. Prochaska JO DC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1982.
70. Kessler FHP. Psicoterapias para o alcoolismo. Aristides Volpato Cordioli. (Org.). *Psicoterapias - Abordagens Atuais.*: Artmed; 2008. p. 585-99.
71. Figlie NB LR, Bordin S. Aconselhamento em Dependência Química. In: Laranjeira R, editor. *Como organizar uma história clínica.* Sao Paulo: Rocca; 2004.
72. de Azevedo R, Botega N, Guimarães L. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007 Mar;29(1):26-30.
73. Bastos F, Cunha C, Bertoni N. [Use of psychoactive substances and contraceptive methods by the Brazilian urban population, 2005]. *Rev Saude Publica.* 2008 Jun;42 Suppl 1:118-26.
74. Nappo S, Sanchez Z, Oliveira L, Santos S, Coradete Jr J, Pacca J, et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS. 2004.
75. Nuttbrock L, Rosenblum A, Magura S, Villano C, Wallace J. Linking female sex workers with substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2004 Oct;27(3):233-9.
76. Morawska J, Satora L. [Assessment of the legal awareness regarding drug consumption]. *Przeegl Lek.* 2004;61(4):328-31.
77. da Costa J, de Sousa M, Magalhaes T, Ribeiro C, Grams A, Ramon J, et al. Assessment of drug addiction. The experience of the Medico Legal Institute of Oporto. *Med Law.* 2000;19(2):309-19.
78. Zilberman M, Blume S. [Domestic violence, alcohol and substance abuse]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 Oct;27 Suppl 2:S51-5.
79. da Silva Lima A, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res.* 2005 Mar;14(2):473-8.

80. da Silva Lima A, Fleck M. Qualidade de Vida e Alcoolismo. In: Artmed, editor. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
81. Kessler R. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004 Nov;56(10):730-7.
82. Salloun I. Issues in dual diagnosis 2005.
83. Lehman A, Myers C, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. 1989. *Psychiatr Serv*. 2000 Sep;51(9):1119-25.
84. Trezza G, Popp S. The substance user at risk of harm to self or others: assessment and treatment issues. *J Clin Psychol*. 2000 Sep;56(9):1193-205.
85. Kubarych TS, Aggen SH, Hettema JM, Kendler KS, Neale MC. Assessment of generalized anxiety disorder diagnostic criteria in the National Comorbidity Survey and Virginia Adult Twin Study of Psychiatric and Substance Use Disorders. *Psychological Assessment*. 2008;20.
86. Grilo C, Becker D, Anez L, McGlashan T. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Feb;72(1):126-31.
87. Bischof G, Rumpf H, Meyer C, Hapke U, John U. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*. 2005 Mar;100(3):405-13.
88. Drake R, O'Neal E, Wallach M. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jan;34(1):123-38.
89. Flynn P, Brown B. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jan;34(1):36-47.
90. Dougherty D, Mathias C, Marsh D, Moeller F, Swann A. Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Dec;76 Suppl:S93-S105.
91. Formigoni ML, Castel S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999;26.

ARTIGO 2 Aceito para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria (Fator de impacto = 1,31)

## **Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil**

**Running title: Psychometric Properties of Brazilian ASI-6**

## **Propriedades psicométricas da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI-6) no Brasil**

Felix Kessler\*, John Cacciola\*\*, Arthur Alterman\*\*, Sibebe Faller\*, Maria Lucia Souza-Formigoni\*\*\*, Marcelo Santos Cruz\*\*\*\*, Sílvia Brasiliano\*\*\*\*\* and Flavio Pechansky\*

\*Center for Drug and Alcohol Research, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

\*\* Treatment Research Institute (TRI) and Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA.

\*\*\* Department of Psychobiology, Federal University of Sao Paulo, SP, Brazil.

\*\*\*\*Psychiatric Institute of the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil.

\*\*\*\*\* Women Drug Dependent Treatment Center, University of Sao Paulo.

Address for correspondence:

Felix Henrique Paim Kessler, MD, MSc

Itaqui, 89/103. Phone./Fax: (55 -51) 3332-8172

Zip code: 90460-140. Porto Alegre, RS, Brazil

## **Abstract**

**Background:** There are few research instruments in Brazil that widely evaluate alcohol and drug-related problems. **Aims:** testing the psychometric properties of the ASI, 6th version (ASI-6). **Method:** A cross-sectional, multi-center study was conducted in four Brazilian state capitals. Four research centers interviewed 150 adult patients from both inpatient and outpatient settings, and one 140 patients. A total of 740 substance abusers were interviewed. The quality of the data collected was ensured via training, supervisory oversight, and support provided to the field interviewers. **Results:** All sections of the ASI showed good reliability between the instrument and interviewers, with no statistically significant differences between the ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs) of both interviews. Cronbach's alphas for the ASI-6 subscales ranged from 0.64 to 0.95. Correlations between the ASI-6 Alcohol and Drug scores and the concurrent instrument (ASSIST) were high (0.72 and 0.89, respectively). There was a significant negative correlation between scores in psychiatric, medical and drug areas, and WHOQOL scores. **Conclusion:** The analysis of the psychometric properties of the ASI-6 in both inpatient and outpatient subjects in Brazil point to good reliability and validity of this instrument for the Brazilian culture.

Key words: Assessment; evaluation; instrument; scale; validation; substance abuse; cross-cultural.

## **Resumo em português**

**Introdução:** Existem poucos instrumentos de pesquisa no Brasil que avaliam de forma mais ampla os problemas relacionados ao álcool e outras drogas. **Objetivo:** testar as propriedades psicométricas da ASI, em sua sexta versão (ASI-6). **Método:** Um estudo transversal e multicêntrico foi conduzido em 4 capitais de estados brasileiros. Quatro centros de pesquisa entrevistaram 150 pacientes adultos internados ou em tratamento ambulatorial. Um total de 740 abusadores de substâncias foram selecionados. A qualidade dos dados coletados foi assegurada pelo treinamento e supervisão aos entrevistadores. **Resultados:** A maioria das áreas da ASI mostraram boa confiabilidade entre o instrumento e os entrevistadores, sem diferenças estatisticamente significativas entre os Escores Sumários de Funcionamento Recente da ASI-6 no teste-reteste e entre entrevistadores. O alfa de Cronbach para as subescalas da ASI-6 variou de 0,64 a 0,95. Correlações entre os escores da área Álcool e Drogas da ASI-6 e o instrumento concorrente (ASSIST) foram altas (0,72 e

0,89, respectivamente). Existiu uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os escores nas áreas psiquiátrica, médica e drogas, e os escores da WHOQOL. Conclusão: A análise das propriedades psicométricas da ASI-6 tanto em sujeitos internados quanto em tratamento ambulatorial no Brasil apontam para uma boa confiabilidade e validade deste instrumento para a cultura brasileira.

Palavras-chave: avaliação; instrumento; escala; validação; abuso de substâncias; multi-cultural;

## **Introduction**

The burden of alcohol other drug problems on the public assistance system is heavy. However, the relevance of substance abuse problems in Brazil has not been paralleled by the availability of research in this area. Lack of standardized methods for the evaluation and treatment of substance abuse or dependence may be due to the paucity of instruments tailored to Brazilian culture that ascertain the severity of problems associated with substance use in the country <sup>1-2</sup>.

Transcultural adaptation and validation of an instrument demands careful methodological steps and must consider local, social and cultural aspects <sup>3</sup>. This endeavor is particularly challenging in Brazil, where multi-center studies with substance users face the tasks of dealing with the country's large territorial size, internal cultural diversity, and the characteristics of substance-abusing populations that are specific to the different regional areas <sup>4-8</sup>. Substance use disorders are particularly susceptible to cultural variation, which makes the validation process even more complex <sup>9</sup>.

Another point of concern is that the chosen evaluation instrument must be objective, clinically useful and encompass a broad timeframe for the target population. It also must have easy rules for training in order to diminish costs for its implementation. Thus, there is a need for more comprehensive instruments with dimensional scores and good reliability to be used with substance users both for assessment and follow-up.

The ASI, developed by McLellan and co-workers <sup>10</sup> at the University of Pennsylvania has already been translated into many languages and validated in countries, such as France, Italy, Spain, Netherlands, Germany, Russia, Hungary, and Japan. It has been used by addiction specialists and clinicians, investigators, and policy makers to evaluate the severity of alcohol and drug dependence, intervention referrals, and treatment results <sup>11-16</sup>. The ASI is a semi-structured interview that provides a multidimensional assessment of a patient's lifetime and recent status in seven functional areas of life (i.e., medical, employment, legal aspects, family-social,

psychiatric, alcohol use, and other drug use). It estimates problem severity in each area, therefore making it useful for clinical evaluation and investigation. Given these advantages, the instrument may be utilized in longitudinal studies of treatment outcome<sup>17</sup>. It can also help to correct therapeutic directions, establishing lines of priority action.

The existing 5th edition of the ASI (ASI-5) has only undergone relatively minor revisions since the original ASI was developed approximately 25 years ago<sup>10, 16</sup>. Nevertheless, there has been increasing recognition over the years of a number of limitations to the ASI, yielding accumulating reasons for the modification of the instrument<sup>18</sup>. Also, in the last three decades, there have been profound changes in the nature of the psychoactive substances available, as well as both patient and treatment characteristics. Thus, over the past several years, the authors of the original instrument have undertaken a major revision of the instrument for the sixth version of the ASI. Items with poor reliability in the ASI-5 have been deleted or refined and others were included (e.g., use of free time, trauma, child burden, HIV, smoking, gambling etc.). The ASI-6 obtains considerably more information than the ASI5, but takes no longer to administer. Most items of the ASI-6 are more structured than the ASI5, which facilitates training. It has added a 6-month time frame for key items, especially those relevant for cost analysis, and a date of last occurrence probe for key items, especially those items related to critical clinical decisions. These timeframes were selectively employed in addition to the standard ASI 30-day and lifetime intervals. One change in the sixth version was the elimination of the Interviewer Severity Ratings, subjective global ratings which had variations in reliability. Another point is that ASI-5 arithmetically calculated seven Composite Scores to assess recent (past 30 day) functioning while in the ASI-6 there are 2 more problems area calculated by new Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs).

There are considerable data supporting the validity of the ASI recent status scores. This present version has undergone final reliability and validity testing and latent structure analyses have been conducted. ASI-6 summary measures for historical functioning are being developed<sup>16</sup>.

The fifth version of the instrument was used in Brazil in the 1990s to evaluate patients in treatment. However, the sixth version modification and its formal validation have not been undertaken yet. The Brazilian ASI-6 has already been translated and adapted to Brazilian Portuguese and involved efforts by investigators from many

Brazilian regions. Other details of the adaptation process are documented elsewhere<sup>3</sup>

In this study, the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) was submitted to its validation process in Brazil. Adaptation and validation to other Portuguese-speaking countries contexts will still be necessary, but the present work is the first step to make it available to the nearly 250 million Portuguese-speaking people around the world. The main aims of this study were to test the reliability, test-retest and the concurrent validity of the ASI-6 in the Brazilian context, demonstrating and discussing the instrument's psychometric properties.

## **Method**

### *Research Centers and Data Collection Sites*

This was a multi-site, cross-sectional study. The sample was collected in five research centers located in four Brazilian state capitals. These centers were strategically chosen due to their ability to conduct large studies in this area:

- The Center for Drug and Alcohol Research (CPAD) of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) was the coordinating site for this study. CPAD is located inside the Hospital de Clínicas of Porto Alegre, a large teaching hospital connected with UFRGS, which has inpatient and outpatient services for alcohol and drug problems.
- The Drug Dependence Unit (UDED) is a section of the Department of Psychobiology of the Federal University of Sao Paulo. It has an outpatient clinic for those with alcohol and drug abuse/dependence as well as their families, and is constituted by a multidisciplinary staff.
- The Women's Drug Dependent Treatment Center (PROMUD) is located at the Psychiatric Institute of Hospital das Clínicas, the largest Brazilian teaching hospital, which is connected with the University of Sao Paulo Medical School. PROMUD is a women-only treatment program, and provides mainly outpatient multidisciplinary services for alcohol and drug dependent patients.
- The Research Program and Assistance in Drug Addiction (PROJAD) develops research activities and services in the field of problems related to drug and

---

<sup>3</sup> The 1 Brazilian Portuguese version of the ASI6, its manual and a training video are available online at the Brazilian Observatory for Drug Information -OBID ([www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)) and ([www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br)). They are downloadable for free.

alcohol abuse on an outpatient basis, in connection with the Federal University of Rio de Janeiro.

- The Center for Drug Abuse Studies and Therapy (CETAD) is a permanent extension of the Department of Pathology at the Federal University of Bahia. Its outpatient clinic is responsible for psychiatric and psychosocial care of drug users and their families.

### *Sampling*

Between January and November 2006, a target sample of 740 subjects - either under assessment or already under inpatient (first 15 days after admission) or outpatient (first 10 days) treatment for substance abuse or dependence- was obtained. There were 150 subjects at each study site, except for CETAD, which could not reach the data collection goal during the programmed period and evaluated 140 patients only. Clients were included in the study if they sought medical assistance for alcohol and drug problems and had been using at least one of these substances in the 30 days prior to the interview. Exclusion criteria were neurological or severe psychiatric illness with symptoms at the moment of the interview. These parameters were clinically determined by trained interviewers. They did not use any standard instrument for this purpose. Regarding data collection in all centers, seven patients were not included in the sample due to severe depressive or psychotic symptoms and four patients did not accept to participate in the study. The strategy of including patients from both inpatient and outpatient programs was specifically intended to generate a sample with characteristics similar to that of the typical Brazilian population who seek specialized alcohol and drug treatment.

### *Instruments*

The ASI-6 is a multidimensional semi-structured interview, which takes between 45 to 90 minutes to be completed and must be administered by a trained interviewer. The instrument comprises information in seven areas of life functioning, which are as follows: medical, employment status, legal aspects, family-social, psychiatric, use of alcohol and use of other drugs. In each area, the symptoms/problems are evaluated during the patient's lifetime, the six previous months and specifically in the 30 days that preceded the evaluation. Presently one set of summary scores is available, the ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs). The SS-Rs refer to status/functioning in the past 30 days, and provides objective information derived from items based on a combination of rational and empirical methods. They are psychometrically derived using nonparametric item response theory (NIRT) and classical psychometric methods, and are standardized - which has the advantage of

reducing the extent of skewness in the scores. There is one score in each problem area - except family/social, where there are 3 such scores; problems, support, and child problems. They represent standardized T-scores with a mean of 50 and a SD of 10, theoretically ranging from 0 – 100. Higher scores indicate greater problem severity.

Concurrent Validity - Each study site was responsible for collecting ASI-6 data on 100 subjects besides three other additional instruments in order to compare them with ASI-6 scores in each area (except for the legal area<sup>4</sup>), thus generating data for concurrent validation analyses. This method was aimed at reducing interview time and expenses after calculating the power for each validation analysis. Instruments that had been previously validated for the Brazilian culture were selected according to their psychometric properties and capacity to provide individual and global estimates in each specific area, generating scores that could be compared with the SS-Rs of the ASI-6. These were:

- The WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF): a short version of the World Health Organization Quality of Life (QOL) assessment instrument that is a widely used self-report instrument to measure QOL. It comprises 26 items, which measure the following broad domains: a) physical health (pain, medication, energy, mobility, sleep, work), b) psychological health (positive feelings, spirituality, think, body, esteem, negative feelings), c) social relationships (relationships, sex, support), and environment (safety, finances, information, leisure, home, services, transport). It was developed simultaneously in 15 international centers and validated in Brazilian Portuguese, showing usefulness on the QOL evaluation and a satisfactory performance concerning all domains for internal consistency (Cronbach's alpha of 0.77) and test-retest reliability (coefficients > 0.69) <sup>20</sup>.
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): This instrument was developed by a team of investigators supported by the World Health Organization to detect substance use and abuse and was validated for Brazilian Portuguese. It shows high sensitivity and specificity in the detection of alcohol, cannabis and cocaine abuse/dependence and good reliability (Cronbach's alpha of 0.80 for alcohol, 0.79 for cannabis and 0.81 for cocaine) <sup>21</sup>.
- The Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR): The scale is a 54-item questionnaire comprised by of 2 domains, social and work-related functioning,

---

<sup>4</sup> Another study among prisoners is being conducted in order to validate the legal area.

with a 5-point response scale ranging from 1 (most positive) to 5 (most negative). The Brazilian validation of the instrument showed good internal consistency (Cronbach's alpha of 0.85). Higher scores on this instrument indicate poorer functioning.<sup>22</sup>

### *Interviewers*

The 25 interviewers were either psychologists or psychiatrists. The selection of interviewers was done based on the candidate's abilities in multiple areas, including: a) experience in dealing with sensitive questions, such as drug use and its consequences; b) comprehension of research principles and experience in obtaining informed consent; and c) interest in the objectives of the study.

### *Training*

The Principal Investigator (PI; FK) was trained by the original authors on the ASI-6<sup>16</sup>. After completion of on-site training in Philadelphia, the standard ASI training and its manual were adapted for the 6<sup>th</sup> version<sup>5 19</sup>. Co-Principal Investigators (Co-PIs) were trained in Brazil by the original authors and by the PI. Each Co-PI trained its site group, providing an overview of the instrument and general interviewing guidelines, as well as coding rules as they apply to the ASI-6. This was followed by a detailed section-by-section and item-by-item review of the instrument, according to the manual. Interview observation was conducted as part of the training. After these procedures, interviewers achieved a 90% response rate in a 30-question quiz about the ASI in order to be hired. In the final training section, the study PI conducted *in loco* visits at all centers in order to supervise and check the interviews in a pilot study. Two interviews were video-taped in order to be used for future training, in addition to the manual. Following training, interviewers independently conducted all interviews at their treatment site.

### *Logistics and quality control*

The quality of the data collected was ensured mostly via training, supervisory oversight, and support provided to the field interviewers by the research center coordinators. Throughout the entire process of data collection, each study site had a weekly meeting to oversee data collection processes, as well as to solve logistical problems. After data collection, each site was responsible for sending the original questionnaires to the coordinating site in Porto Alegre, where all data were entered into a single database by two junior statisticians. On a weekly basis, the PI called or

---

<sup>5</sup> Available at [www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br) or upon request to the authors

emailed the Co-PIs in order to discuss the flow of cases and to solve problems related to data collection.

### *Test-Retest*

A random subsample of 51 patients was asked to repeat the initial interview using the ASI-6 with a different data collector in a period ranging from three to seven days after the first interview, in order to ascertain the instrument's test-retest reliability. They had summary scores compared to calculate inter-rater reliability.

### *Inter-rater reliability*

Although other studies in the literature suggest the use of videos in order to test inter-rater reliability<sup>12</sup>, we decided not to use the taped ASI interviews. Because this instrument is a semi-structured interview, we were interested in measuring the scores in a situation where interviewers would be blind to the questions and answers of other interviewers. Therefore, we compared the scores of 41 random pairs of interviewers from all centers. They applied the questionnaires separately to the same patient (41 patients).

### *Procedures and Analyses*

Data were analyzed using version SPSS v.14.0. A statistician was responsible for checking data entry and performing quality checks. The characteristics of the sample were described with means and standard deviation when the variable was symmetrical and quantitative and by median and interquartile range when asymmetric. Qualitative variables were described in percentages. Quantitative variables were compared using Analyses of Variance (ANOVA), followed by Tukey's test; categorical variables were analyzed by Chi square test and multiple comparisons. Internal consistency of the ASI-6 SS-Rs was evaluated using Cronbach's alpha. Convergent and discriminant validity were evaluated by Pearson's correlation coefficient between items and scores, as well as within and across sections. In order to evaluate the agreement between judges, we used a paired t-test, Bland and Altman's method and intraclass coefficient correlation and the stability of measures over time with the same analyses. The significance level was set at 5% for all analyses.

### *Ethics and reimbursement*

The study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of Hospital de Clínicas of Porto Alegre and by the respective IRBs of each study site. All participants

underwent approved informed consent procedures. Patients received the equivalent of U\$15 for each interview as compensation for their costs of food and transportation.

## Results

The overall sample (n = 740) is summarized in Table 1, and consisted mostly of caucasian males in their thirties, not living with a partner. Most also had not finished high school and had no regular job. Other findings that were not included in this table showed that most subjects (81%) reported using alcohol in the 30 days prior to the interview, while 51% used cocaine/crack, followed by marijuana (41%), sedatives (27%) and stimulants (4%). Cocaine (44%) and alcohol (43%) were considered the main drugs that led patients to seek treatment.

Test-retest reliability measures showed no significant differences between summary scores of both interviews, except for the employment area, as reported in Table 2. The differences between groups means were also calculated according treatment setting and there were no statistical significances in the inpatient group while it was found significant differences in outpatient group with regard to employment subscale ( $p=0.008$  and effect size= $0.61$ ) and family/social support ( $0.038$  and effect size  $0.43$ ). The limits of agreement show that the two evaluations agree in most areas. Generally, variations are not higher than 10 points in SS-Rs (CI=95%) which is lower than most standard deviations of each ASI-6 subarea. We can observe that most correlations are also strong, especially between interviews related to alcohol and drug areas.

Inter-rater comparisons also demonstrated similar scores between interviewers in all areas of the ASI, except for employment and alcohol (Table 3). The effect size for the differences between groups means was moderate ( $0.75$ ) for the employment ASI subscale and it was small ( $0.43$ ) for the alcohol subscale. Similarly to the test-retest, the limits of agreement show that the evaluations of the two interviewers agree in most areas. Particularly, in the medical area, the agreement and correlation were lower than other areas.

Cronbach's alphas for the ASI-6 subscales ranged from 0.64 to 0.95, and correlations between these areas ranged from 0.09 to 0.40, as may be seen in Table 4. Correlations between the ASI-6 Alcohol and Drug scores and the ASSIST were high ( $0.72$  and  $0.89$ , respectively). There was a significant negative correlation between scores in psychiatric, medical and drug areas and the WHOQOL scores. The positive correlation between employment problems and social adjustment scores was significant, but moderate. These data are summarized in Table 5.

**Table 1. Sample Characteristics in all centers (n=740)**

<b>Characteristics</b>	<b>TOTAL</b>
Male sex (%)	78.0
Mean age (SD)*	36 (12)
Steady partner (%)	34.0
White ethnicity (%)	52.5
Outpatient (%)	60.5
Elementary and High School (%)	70.3
Unemployed (%)	47.4

\* Symmetric quantitative variables are described with mean and standard deviation.  
Categorical variables are described in absolute frequencies and percentages

**Table 2: Test-retest: Summary Scores (SS-R) of the ASI-6 (three to seven days after initial interview), (n=51):**

<b>ASI subscales</b>	<b>Mean SS-R*</b> <b>interview 1</b>	<b>Mean SS-R*</b> <b>interview 2</b>	<b>P-</b> <b>value</b>	<b>95% CI***</b> <b>limits of agreement</b>	<b>CCI****</b> <b>(IC95%)</b>
<b>Drug</b>	47.4 (12.4)	47.1(12.5)	0.62	-0.35 (-10.57 to 9.87)	0.92 (0.86 to 0.95)
<b>Family/Child</b>	52.2 (7.5)	51.8 (7.5)	0.25	-0.39 (-5.25 to 4.47)	0.95 (0.91 to 0.97)
<b>Alcohol</b>	58.6 (10.1)	58.5 (9.9)	0.84	-0.08 (-5.68 to 5.52)	0.96 (0.93 to 0.98)
<b>Psychiatric</b>	51.5 (7.8)	51.2 (7.5)	0.60	-0.31 (-8.87 to 8.25)	0.84 (0.74 to 0.91)
<b>Medical</b>	46.0 (8.3)	46.7 (8.5)	0.35	0.68 (-9.46 to 10.82)	0.82 (0.70 to 0.89)
<b>Legal</b>	50.4 (6.5)	50.8 (6.6)	0.47	0.39 (-7.23 to 8.01)	0.83 (0.72 to 0.90)
<b>Employment</b>	44.7 (10.3)	41.6 (7.6)**	0.002	-3.08 (-16.44 to 10.28)	0.73 (0.57 to 0.84)
<b>Family/Social Support</b>	46.3 (10.7)	44.7 (10.3)	0.10	-1.59 (-15.17 to 11.99)	0.79 (0.66 to 0.88)
<b>Family/Social Problem</b>	55.0 (10.7)	55.3 (9.9)	0.71	0.34 (-12.54 to 13.22)	0.89 (0.81 to 0.94)

\* Summary scores are described by mean (standard deviation).

\*\* Scores differ significantly from first interview.

\*\*\* Confidence Interval

\*\*\*\* Intraclass coefficient correlation

**Table 3: Inter-rater reliability: ASI-6 Summary Scores (SS-R) between interviews (n=41):**

ASI subscales	Mean SS-R* interviewer 1	Mean SS-R* interviewer 2	P- value	95% CI*** limits of agreement	ICC**** (IC95%)
<b>Drug</b>	49.3 (10.0)	48.7 (8.2)	0.44	-0.61 -10.51 to 9.29)	0.85 (0.74 to 0.92)
<b>Family/Child</b>	54.4 (9.7)	54.9 (9.8)	0.66	0.46 (-12.94 to 13.86)	0.76 (0.60 to 0.87)
<b>Alcohol</b>	55.5 (9.3)	57.5 (9.3)	0.01	2.0 (-7.28 to 11.28)	0.86 (0.78 to 0.93)
<b>Psychiatric</b>	50.9 (7.8)	49.7 (6.8)	0.21	-1.20 (-13.18 to 10.78)	0.67 (0.45 to 0.81)
<b>Medical</b>	47.6 (9.4)	48.5 (8.7)	0.54	0.83 (-16.37 to 18.03)	0.55 (0.29 to 0.73)
<b>Legal</b>	48.4 (6.5)	48.6 (6.1)	0.68	0.20 (-5.86 to 6.26)	0.89 (0.80 to 0.94)
<b>Employment</b>	44.0 (10.4)	40.1 (8.2)**	0.001	-3.90 (-14.32 to 6.52)	0.85 (0.73 to 0.92)
<b>Family/Social Support</b>	45.6 (9.2)	45.3 (8.9)	0.79	-0.29 (-14.33 to 13.75)	0.70 (0.50 to 0.83)
<b>Family/Social Problem</b>	55.7 (8.8)	55.2 (9.8)	0.61	-0.51 (-13.13 to 12.11)	0.87 (0.76 to 0.93)

\* Summary scores are described by mean (standard deviation).

\*\* Scores differ significantly from first interview.

\*\*\* Confidence Interval

\*\*\*\* Intraclass coefficient correlation

**Table 4: Internal consistency of ASI-6 subscales and correlation between Summary Scores (SS-R) of each area (n=740):**

ASI subscales	Cron- bach's alpha	Drug	Family/ Child	Alcohol	Psychi- -atric	Medical	Legal	Employ ment	Family/ Social support	Family/ Social problem
<b>Drug</b>	0.95	1	0.07	- 0.37*	0.29*	0.05	0.37*	0.09*	-0.06	0.28*
<b>Family/Child</b>	0.79		1	-0.02	0.15*	0.13*	0.08*	-0.004	-0.09*	0.22*
<b>Alcohol</b>	0.93			1	0.15*	0.18*	-0.11*	-0.03	0.10*	-0.04
<b>Psychiatric</b>	0.82				1	0.40*	0.25*	0.17*	0.11*	0.38*
<b>Medical</b>	0.82					1	0.13*	0.10*	0.11*	0.17*
<b>Legal</b>	0.73						1	0.14*	-0.02	0.29*
<b>Employment</b>	0.90							1	0.19*	0.06
<b>Family/Social Support</b>	0.81								1	-0.16*
<b>Family/Social Problem</b>	0.64									1

\* P<0.05

**Table 5: Correlations between ASI-6 Summary Indexes and Concurrent Validity Measures**

ASI subscales	Score ASSIST Alcohol	Score ASSIST Drugs**	Whoqol Physical	Whoqol Psycho-Logical	Whoqol Social Relation	Whoqol Enviro nment	SAS Work	SAS Leisure	SAS Family	SAS Finan ces
Alcohol	<b>0.72*</b>	-0.38*	-0.16*	-0.02	-0.11	0.01	0.06	0.19*	-0.05	-0.005
Family/Child	-0.07	0.06	-0.25*	-0.14	-0.08	-0.23	0.04	-0.04	0.11	
Drug	-0.39*	<b>0.89*</b>	-0.11	-0.38*	-0.07	-0.12	0.14*	0.02	0.09	0.22*
Psychiatric	0.11*	0.25*	<b>-0.76*</b>	<b>-0.75*</b>	<b>-0.43</b>	<b>-0.67*</b>	0.20*	0.17*	0.22*	0.20*
Medical	0.11*	0.06	<b>-0.41*</b>	-0.14	-0.11	-0.14	0.14*	0.21*	0.07	0.07
Legal	-0.19*	0.37*	0.35	-0.09	0.20	<b>0.42</b>	0.17*	0.001	0.20*	0.17*
Employment	-0.03	0.08	-0.31*	-0.21*	-0.10	-0.32*	<b>0.47*</b>	0.16*	0.20*	<b>0.34*</b>
Family Social Support	0.09	-0.07	-0.03	-0.06	-0.07	-0.12*	0.16*	<b>0.47*</b>	0.15*	0.15*
Family Social Problem	-0.02	0.26*	-0.16*	-0.15*	<b>-0.16*</b>	0.10	0.04	-0.01	<b>0.25*</b>	0.14*

\*P<0.05 – Pearson correlation coefficients.

ASSIST= The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

WHOQOL= World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire

SAS= Social Adjustment Scale

## Discussion

To the best of our knowledge, this is the first validation study of the Addiction Severity Index in a Latin-American country. The classical analyses of the psychometric properties of the Brazilian ASI-6 both for inpatient and outpatient subjects indicate good reliability and validity of the existing summary scores of this instrument for our culture.

### *Test-retest Reliability and Inter-rater reliability*

We used the summary scores in order to evaluate the psychometric properties of the ASI areas, as has been done in the majority of research studies with the ASI<sup>16</sup>. The reliability of the patient self-report data of the ASI-6 over a three to seven day test-retest interval was good, with the exception of the employment area. In other areas, paired statistical comparisons of the summary score measures showed no significant differences ( $p>0.10$ ) between the interviews conducted by the same technician.

Inter-rater reliability tests found similar results with significant differences only in the employment area. Based upon the data available, as well as de-briefing and discussions with the interviewers, we believe that the variation in responses to the employment section was due to difficulties in asking about finances and recalling exact figures (e.g., *how much money have you received in the last 6 months?*). Informality, unstable employment status and the multiplicity of sources of income frequently

encountered among alcohol and drug abusers may also account for difficulties in remembering and providing reliable information. It seems that information provided by the items in the employment section are not always sufficient to achieve reliable ratings of problem severity. The level of information in these areas may improve by adding more detailed questions, in particular about duration of unemployment and specific aspects of problems with significant others.

We also found a higher disagreement and lower correlation of SS-Rs in the medical area when ASI-6, which points to the need of an improvement in training related to the medical diagnosis specified in the instrument, especially when it is applied by non medical interviewers.

### *Concurrent Validity Measures*

Comparisons of ASI subscale scores with a battery of previously validated tests indicate clear evidence of discriminant validity, as discussed by Lowe<sup>23</sup>. Most validation studies show a moderate correlation between ASI summary scores and other instruments<sup>18</sup>. For instance, correlations between psychiatric problems and the WHOQOL domains would be expected. Recently, findings from the American ASI6 validation<sup>6</sup> showed that concurrent validity analyses yielded strong evidence supporting the validity of the six of the SS-R scores (Medical, Alcohol, Drug, Employment Family/Social Problems, Psychiatric). Evidence was weaker for the Legal, Family/Social Support and Child Problems SS-R.

In our study, summary scores of the psychiatric area presented good correlation with the physical, psychological and environment WHOQOL domains. Many aspects of the ASI evaluation are included in the domains of quality of life, and it has become more clear that substance abuse and other psychiatric comorbidity often lower its scores<sup>24</sup>. The ASSIST alcohol and drug scores showed high correlations with the alcohol and drug ASI sections. This is important, since it demonstrates that these essential sections of the sixth version are highly reliable. We also found a significant but moderate correlation between the employment section and the SAS work and financial scores.

While the problem areas represent distinct dimensions on a conceptual level, in real life situations it is often difficult to keep them apart. This is especially true for the psychiatric scale, because psychiatric symptoms may be induced by substance use, as has been robustly documented<sup>25-28</sup>. In these cases, the judgment of a clinician is needed in order to diagnose the symptomatology appropriately.

---

\* Cacciola, J. Personal communication

The quantity and quality of available information from the family and psychiatric sections are less detailed than the other areas, requiring analysis of specific outcomes. The structured format of the ASI and the fixed-choice questions seem adequate or better for assessing other problem areas, but this format seems less appropriate for the myriad of complex and highly individualized family problems that occur in these patients. The psychiatric summary score also should not be directly compared with psychiatric diagnoses. However, a significant positive correlation was found between ASI-5 composite scores (CSs) and DSM-IV diagnoses of dependence in both the alcohol and drug domains. Results showed good to strong prediction: ASI scores identified dependent clients with approximately 85% sensitivity and 80% specificity<sup>29</sup>. Therefore, future studies are being planned with the goal of comparing ASI scores with other scales as Family Environment Scale (FES) scores and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

#### *Internal Consistency and Correlation among Problem Areas*

In most ASI validation studies, Cronbach's alpha of subscales is usually between 0.80 and 0.95<sup>16</sup>. Despite the acceptable scores found in Table 5 that are very similar to other studies, data indicate that in some areas, such as legal and family/social, the consistency of the instrument is still unstable<sup>30</sup>. Our results confirm these findings. A recent study that also analyzed the psychometric properties of the ASI-6 translated and adapted into the Spanish language showed that the degree of the internal consistency of the standardized objective scores ranged between 0.85 and 0.95, except for legal (0.47), family/child (0.58) and family/social (0.70) problems<sup>31</sup>.

Typically, correlation among areas of the ASI is low. Two validation studies of the ASI are pointed out among the publications in that area. Daeppen et al. conducted the first in France<sup>11</sup>. In our study, the highest correlation occurred between the medical and psychiatric problem areas. The latter was also significantly correlated to the legal, employment and family areas, probably expressing the relevant role of psychiatric symptoms in the problems of substance abusers, reinforcing the importance of including innovative inpatient dual diagnosis treatment programs, especially within the public system<sup>1</sup>. The moderately high correlation between the family/social and the psychiatric summary scores may reflect self-selection, as the study sample consisted only of treatment-seeking addicts. As suggested earlier by Rounsaville and Kleber, the decision to seek treatment is often made during a crisis of a social nature, in which individuals may have the tendency to report more psychological problems<sup>32</sup>. This suggestion is supported by earlier findings that show a decrease in psychological symptoms soon after admission to treatment<sup>33-35</sup>. These findings highlight the

importance of independent measurement of different dimensions of the subject's functioning (presenting a specific problem profile) in order to identify specific treatment needs.

## **Conclusion**

The similarity in psychometric characteristics of the ASI in different sociocultural contexts advocate the use of this instrument in cross-cultural research. In this study, the internal consistency of the Brazilian version of the ASI-6 seems to be high and correlations among areas were low, corroborating other studies in the literature. With regard to test-retest reliability, the results were similar to other studies that portrait the ASI as a stable instrument, as its scores do not vary much in a short period of time. The moderate correlation between scores of each problem area with assessments on concurrent validity also confirms the validity of the ASI-6 construct. The subscales were also demonstrated to be relatively independent, and the severity ratings showed good concurrent validity; they also could be predicted, to a large extent, by the scale items. In addition, the subscales showed evidence of reliability. These findings add to the results from American and European studies that indicate good reliability and validity of the instrument. In particular, further research is needed on discriminant and predictive validity of the Brazilian version of the ASI.

The authors are aware of some limitations. Usually, a heterogeneous and diverse sample is recommended for validation studies, but the cultural differences of these regions from other Brazilian regions were not assessed by the study. Moreover, subjects were selected only from public clinics and hospitals from state capitals, which may jeopardize the generalization of findings. Nevertheless, the majority of research production in the country is developed in these states and they also represent a very broad spectrum of Brazilian culture and population, especially people who live in urban centers. It is also important to mention that other modern analysis of structural validity evaluation are beyond the scope of this manuscript and the authors intend to do it in the future.

It is relevant to mention that there is an immense difficulty with regard to standardized communication among professionals in the addiction field in Brazil, particularly with regard to the comparison of data from clinical settings in the several networks that are included by the treatment services<sup>36</sup>. Not only is the comparison of research findings problematic, but also the perspective of being able to use an instrument with characteristics that are unanimously acknowledged around the world. The use of a powerful instrument such as the ASI is essential in the country for the

reasons mentioned above, as well as the development of further computerized systems of information collection that are already available elsewhere, aiming at the development of sentinel studies (new drugs, new forms of use of drugs already known)<sup>37</sup>. The validity of the application of the ASI was shown through self-completion over the Internet. In this application type, some subjects state a reduced sensation of being judged<sup>38</sup>. Other studies confirm that patients tend to give better information about their drug use and psychiatric symptoms when the format of a self-administered ASI is used<sup>39</sup>. Thus, this is suggested as a feasible alternative to the monitoring of the client treatment. Such an application has shown to be faster in the determination of the scores, more economical and with less gauging possibility (reliability inter-interviewer)<sup>40</sup>.

At this time a number of products have already been obtained under the development of the ASI in Brazil, including an electronic database, a spreadsheet for data insertion and a collaboration with the validation process in Chile. With the validation process of the ASI-6, Brazilian investigators and clinicians will have a reliable instrument in order to document and continuously follow-up the treatment procedures that are to be offered for such clients. The development of this instrument in Brazil is an important advancement, which will certainly have an impact on the prevention, clinical research, and social rehabilitation fields. In the future, the ASI-6 will certainly be used to evaluate substance abuse treatment services and improve service quality.

## **Acknowledgment**

We are grateful to Antônio Nery Filho, Esdras Cabus, Daniela Benzano Bumaguin, Bárbara Ponzi Holmer and Anderson Ravy Stolf, who collaborated in data collection, statistics and references, respectively.

## **Funding**

This study was supported by the Brazilian Secretariat for Drug Policies – SENAD, under grant # (TC 005/2005) and NIH/NIDA (P50-DA007705) - which had no further role in the study design; data collection, analysis and interpretation of data; in writing of report; or in the decision to submit the paper for publication.

## References

1. Kessler F, Woody G, De Boni R, Von Diemen L, Benzano D, Faller S, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure. *Public Health*. 2008 Dec;122(12):1349-55.
2. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 1-64.
3. Reichenheim M, Moraes C. [Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments]. *Rev Saude Publica*. 2007 Aug;41(4):665-73.
4. Galduróz J, Noto A, Nappo S, Carlini E. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country--2001. *Addict Behav*. 2005 Mar;30(3):545-56.
5. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. p. 1-472.
6. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo M, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004 Feb;38(1):45-54.
7. Bastos F, Bertoni N, Hacker M. [Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005.]. *Rev Saude Publica*. 2008 Jun;42 Suppl 1:109-17.
8. Kerr-Corrêa F, Tucci A, Hegedus A, Trinca L, de Oliveira J, Floripes T, et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Sep;30(3):235-42.
9. Formigoni MLOS, Castel S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999;26.

10. McLellan A, Luborsky L, Woody G, O'Brien C. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 1980 Jan;168(1):26-33.
11. Daeppen J, Burnand B, Schnyder C, Bonjour M, Pécoud A, Yersin B. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol.* 1996 Nov;57(6):585-90.
12. Krenz S, Dieckmann S, Favrat B, Spagnoli J, Leutwyler J, Schnyder C, et al. French version of the addiction severity index (5th Edition): validity and reliability among Swiss opiate-dependent patients. French validation of the Addiction Severity Index. *Eur Addict Res.* 2004;10(4):173-9.
13. Gerevich J, Bácskai E, Kó J, Rózsa S. Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology.* 2005;38(6):301-9.
14. Scheurich A, Müller M, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J Stud Alcohol.* 2000 Nov;61(6):916-9.
15. Senoo E, Ogai Y, Haraguchi A, Kondo A, Ishibashi Y, Umeno M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi.* 2006 Aug;41(4):368-79.
16. McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict.* 2006;15(2):113-24.
17. Claus R, Kindleberger L, Dugan M. Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *J Psychoactive Drugs.* 2002;34(1):69-74.
18. Makela K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction.* 2004;99(4):398-410.
19. Kessler FHP, Cacciola J, Faller S, Formigoni ML, S.Cruz M, Brasiliano S, et al. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de

Dependência (ASI6) para o Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2007;29:335-6.

20. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83.

21. Henrique I, De Micheli D, Lacerda R, Lacerda L, Formigoni M. [Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)]. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):199-206.

22. Gorenstein C, Moreno R, Bernik M, Carvalho S, Nicastrí S, Cordás T, et al. Validation of the Portuguese version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *J Affect Disord*. 2002 May;69(1-3):167-75.

23. Lowe N, Ryan-Wenger N. Beyond Campbell and Fiske: assessment of convergent and discriminant validity. *Res Nurs Health*. 1992 Feb;15(1):67-75.

24. Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal*. 2003 Aug;3:694-706.

25. Herrero M, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal M. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):284-93.

26. Schuckit M, Smith T, Danko G, Pierson J, Trim R, Nurnberger J, et al. A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 Nov;68(6):805-12.

27. Bowen R, Block G, Baetz M. Mood and attention variability in women with alcohol dependence: a preliminary investigation. *Am J Addict*. 2008;17(1):77-81.

28. Lynskey M, Agrawal A. Differential criterion functioning of alcohol use symptomatology in major depressive disorder? *Psychol Med*. 2008 Mar;38(3):441-9.

29. Rikoon S, Cacciola J, Carise D, Alterman A, McLellan A. Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Jul;31(1):17-24.
30. Leonhard C, Mulvey K, Gastfriend D, Shwartz M. The Addiction Severity Index: a field study of internal consistency and validity. *J Subst Abuse Treat.* 2000 Mar;18(2):129-35.
31. Díaz Mesa E, García-Portilla P, Sáiz P, Bobes Bascarán T, Casares M, Fonseca E, et al. [Psychometric performance of the 6th version of the Addiction Severity Index in Spanish (ASI-6)]. *Psicothema.* 2010 Aug;22(3):513-9.
32. Rounsaville B, Kleber H. Psychotherapy/counseling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings. *Int J Addict.* 1985;20(6-7):869-96.
33. Sacks J, Levy N. Objective personality changes in residents of a therapeutic community. *Am J Psychiatry.* 1979 Jun;136(6):796-9.
34. De Leon G, Jainchill N. Male and female drug abusers: social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1981;8(4):465-97.
35. De Leon G. Program-based evaluation research in therapeutic communities. *NIDA Res Monogr.* 1984;51:69-87.
36. Pechansky F. Treatment for Drug and Alcohol Problems in Brazil: a puzzle with missing pieces. 1994. p. 117-23.
37. Carise D, McLellan A, Gifford L, Kleber H. Developing a national addiction treatment information system. An introduction to the Drug Evaluation Network System. *J Subst Abuse Treat.* 1999;17(1-2):67-77.
38. Brodey B, Rosen C, Brodey I, Sheetz B, Steinfeld R, Gastfriend D. Validation of the Addiction Severity Index (ASI) for internet and automated telephone self-report administration. *J Subst Abuse Treat.* 2004 Jun;26(4):253-9.

39. Rosen C, Henson B, Finney J, Moos R. Consistency of self-administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores. *Addiction*. 2000 Mar;95(3):419-25.

40. Butler S, Redondo J, Fernandez K, Villapiano A. Validation of the Spanish Addiction Severity Index Multimedia Version (S-ASI-MV). *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan;99(1-3):18-27.

## **Carta de aceite da Revista Brasileira de Psiquiatria**

21-Mar-2011

Dear Dr. Kessler:

We have completed our review of your manuscript "Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil" and are pleased to accept it for publication in Revista Brasileira de Psiquiatria.

Thank you for your contribution. We look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Dr. Marcelo Hoexter

Editor, Revista Brasileira de Psiquiatria

[mqhoexter@gmail.com](mailto:mqhoexter@gmail.com)

Artigo 3 Este artigo será submetido para o Journal of Studies on Alcohol and Drugs

(Fator de impacto = 1,88)

**Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals**

Felix Kessler\*, Ana Carolina Peuker\*, Anne Sordi\*, Daniela Benzano\*, Bárbara Ponzi Holmer\*, Sibele Faller\*, Anderson Stolf\*, Helena Moura\*, Maria Lucia Souza-Formigoni\*\*, Marcelo Santos Cruz\*\*\*, Sílvia Brasiliano\*\*\*\*, and Flavio Pechansky\*

\*Center for Drug and Alcohol Research, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

\*\* Department of Psychobiology, Federal University of Sao Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

\*\*\*Psychiatric Institute of the Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

\*\*\*\* Women Drug Dependence Treatment Center, University of Sao Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

Address for correspondence:

Felix Henrique Paim Kessler, MD, MSc

Rua Itaquí, 89/103

CEP 90460-140 - Porto Alegre, RS, Brazil

## **Abstract**

**Aims:** to assess the characteristics of alcohol and drug users who seek treatment at the Brazilian Unified Health System in Brazil. **Method:** A multicenter cross-sectional study involving five clinical and research centers located in four Brazilian state capitals was conducted between January and November 2006, and a target sample of 740 subjects was obtained. Patients were either under assessment or already being treated for substance abuse or dependence on an inpatient (first 15 days after admission) or outpatient (first 10 days) basis, and were assessed using the sixth version of the ASI. All 25 interviewers involved in the study were bachelor-degree psychologists. The quality of the data collected was ensured via training, supervisory oversight, and support provided to the field interviewers. **Results:** There were significantly more men than women in the sample; the mean age was 36 years, but users from one specific center (CETAD) were younger than those selected in other centers. The drug most frequently used at all sites was alcohol (78%), followed by cocaine/crack (51%). Marijuana (41%) was the third most frequent drug, and its use was more pronounced at CETAD (53%), in the state of Bahia. Alcohol was the drug that most commonly motivated treatment seeking in the sample assessed, at all centers. The PROJAD center showed a higher prevalence of cocaine and a lower prevalence of crack as the drugs that motivated treatment seeking. ASI6 Scores for Recent Functioning were quite similar among centers. **Conclusion:** Our findings confirm previous evidence suggesting that the management of patients seeking drug abuse treatment should take several different aspects into consideration, e.g. education, employment, and family relationships, which often appear as areas of concern for these individuals. Initiatives that do not prioritize patient's needs commonly have higher rates of treatment noncompliance.

## **Introduction**

Psychoactive drug consumption has become a serious problem in developing countries. Brazil, the largest country in Latin America, has shown important economic empowerment in the last years, being part of the BRICS (the acronym that refers to Brazil, Russia, India, China and, most recently, South Africa), the group of countries that, together, was responsible for 65% (Itamaraty, 2011) of worldwide gross domestic product (GDP) growth between 2003 and 2007. Reported prevalences of alcohol and drug abuse in Brazil vary across studies, but one common finding is the high lifetime

prevalence of use of any drug or alcohol, reaching 22.8% and 74.6%, respectively (Carlini, Galduróz et al. 2007). In the last decade, epidemiological studies conducted in Brazil have reported an increase in lifetime consumption of alcohol, tobacco, marijuana, inhalants, cocaine, and other drugs (Carlini, Galduróz et al. 2007; Bastos, Bertoni et al. 2008). In addition, it was recently shown that mental disorders, including alcohol abuse, was the main responsible for disease burden in this country (Schmidt, Duncan et al. 2011). Such scenario has implications not only for the individual user with regard to psychological and social problems, but for society as well, in terms of the significant economic impact associated with drug abuse (Rehm, Taylor et al. 2006).

In response to the increased prevalence of psychoactive drug abuse, there is growing interest in factors that may influence treatment effectiveness (Ciraulo, Piechniczek-Buczek et al. 2003; Otiashvili, Djordjevic et al. 2005; Rapp, Xu et al. 2006; Locastro, Potter et al. 2008). For example, active participation in treatment has been associated with positive outcomes among psychoactive drug users (McLellan, Alterman et al. 1994). However, many drug users do not even start treatment, many leave treatment prematurely, or yet relapse following treatment completion (Otiashvili, Djordjevic et al. 2005). In this context, several authors have focused on addictive behaviors in an attempt to better understand the factors that motivate individuals to seek treatment for substance abuse, (Otiashvili, Djordjevic et al. 2005) as well as barriers to treatment-seeking (Rapp, Xu et al. 2006) and outcome predictors (Ciraulo, Piechniczek-Buczek et al. 2003). In spite of many scientific efforts, a number of questions still remain unclear, especially regarding access to treatment, treatment compliance, and treatment effectiveness. Some studies in Brazil have assessed drug abuse characteristics in the general population, but only a few have involved clinical samples (Silva and Yonamine 2004; Bastos, Bertoni et al. 2008). Among the limitations commonly mentioned by Brazilian investigators, political and logistical issues stand out, including limited funding and staff, which result in small or nonrepresentative samples, and directly affect the quality of research. According to some authors, this scenario can be explained by the recent history of drug use research in developing nations (Laranjeira, Marques et al. 2007). Finally, research conducted in large countries, such as Brazil, have the additional limitation of dealing with cultural and social differences as a result of data collection at different sites, as well as many logistical and geographical aspects.

Having an improved knowledge of the profile of patients seeking treatment for substance abuse will ensure adequate treatment planning. For instance, many treatment seekers have psychiatric comorbidity, use multiple drugs concurrently, or present deficits in several areas of their lives. An English study that evaluated the profile of treatment-seeking drug users found a higher prevalence of psychiatric disorders among multiple drug users, and also revealed that female gender, physical health, interpersonal relationships, and drug dependence are important predictors of psychiatric symptoms (Marsden, Gossop et al. 2000).

Currently, drug abuse treatment in Brazil is available free of charge to the population via the National Unified Health System. Treatment is offered at psychosocial care centers specialized in alcohol and drug abuse and specialized hospitals. Patients are referred to these different levels of care according to case severity (Borges and Baptista 2008; Moraes 2008). In addition, nationwide preventive and treatment programs are often implemented by the government. Still, very little is known about the profile of patients that seek and benefit from these initiatives, about the reasons motivating treatment seeking, and about the severity of problems related to drug abuse in different Brazilian regions. Therefore, the objectives of the present study were to assess the characteristics of alcohol and drug users who seek treatment at the Brazilian Unified Health System in four Brazilian states, with a focus on addiction severity and the drug that motivated treatment seeking.

## **Method**

This was a multicenter cross-sectional study involving five clinical and research centers located in four Brazilian state capitals.

### *Data collection sites*

The data collection sites were strategically chosen due to their previously reported ability to conduct large studies in the field and are described below:

- The Center for Drug and Alcohol Research (Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, CPAD), at the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), was the coordinating center for this study.
- The Drug Dependence Unit (Unidade de Dependência de Drogas, UDED), a section of the Department of Psychobiology of the Federal University of São Paulo (UNIFESP).

- The Women's Drug Dependence Treatment Center (Programa de Atenção à Mulher Dependente Química, PROMUD), affiliated with the Medical School of University of São Paulo (USP).
- The Research and Assistance Program in Drug Addiction (Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, PROJAD), affiliated with the Federal University of Rio de Janeiro.
- The Center for Drug Abuse Studies and Therapy (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, CETAD), a permanent extension of the Department of Pathology at the Federal University of Bahia (UFBA).

Referrals from other treatment locations were also analyzed by all data collection sites.

### *Sample selection*

Data collection was obtained between January and November 2006 and reached a sample of 740 subjects. Only one center did not complete the collection goal, remaining 10 subjects left to the target of 150 per center. Both in and outpatients were included in order to obtain a more representative sample of individuals who seek for treatment in Brazil. The former included individuals in the first 15 days of admission and the latter, individuals in the first 10 days.

Inclusion criteria: using alcohol or other drugs in the 30 days prior to the study.

Exclusion criteria: severe psychiatric or neurological illness at the moment of the interview, based on the interviewers' own judgment.

Seven patients met exclusion criteria due to severe depressive or psychotic symptoms and four did not accept to participate on the study.

### *Instrument*

Addiction Severity Index version 6 (ASI-6): it is a multidimensional semi-structured interview that accesses symptoms and life problems across the individuals' lifetime, the six previous months and the 30 days prior to the interview. It evaluates the individual status in seven domains: medical status, employment and support, legal status,

family and social status, psychiatric status, alcohol use, and drug use. Presently, one set of summary scores is available, the ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs), comprised of nine subscales covering status/functioning in the past 30 days. The SS-Rs are psychometrically derived using the nonparametric item response theory (NIRT) and classical psychometric methods; they are standardized scores and thus have the advantage of reducing the extent of skewness in scores. One score is generated for each area/subscale, except for the family/social area, in which three scores are generated (problems, support, and child problems). The SS-Rs are standardized T-scores with a mean of 50 and a standard deviation of 10, and may range from 0 to 100, where higher scores indicate greater severity.

#### *Interviewers*

All 15 interviewers involved in the study were bachelor-degree psychologists. Interviewer selection was based on the candidate's abilities in multiple areas, including: empathy for drug and alcohol abusers, experience in collecting data and knowledge on research principles.

#### *Logistics and quality control*

All interviewers received training and supervisory oversight by the research center coordinators. Also, the main author met weekly with the Co-PI of each research center in order to identify and solve problems. . After data collection, each site was responsible for sending the original questionnaires to the coordinating center in Porto Alegre where all data were entered into a single database by two junior statisticians.

#### *Statistical analysis*

Data were entered into an Access database and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 14.0. Categorical variables were described as absolute frequencies and percentages. Quantitative variables with a symmetrical distribution were described as means and standard deviation, and those with an asymmetrical distribution were presented as medians and interquartile ranges. Quantitative variables were compared using Analyses of Variance (ANOVA), followed by Tukey's test; categorical variables were analyzed by Chi square test and multiple comparisons, and asymmetrical by Kruskal-Wallis.

### Ethical considerations

All patients were submitted to standard informed consent procedures and were only allowed to sign the forms after a thorough review of patients' rights and of the study objectives and limitations. The study was approved by the Institutional Review Board each center included in the study. Patients received the equivalent of US\$ 15 after each interview as a compensation for their costs with food and transportation.

### Results

Table 1 shows the demographic characteristics of the sample. There were significantly more men than women in the sample; the mean age was 36 years, but users from one specific center (CETAD) were younger than those selected in other centers. This center also showed a lower prevalence of white skin color. Education level was significantly lower at the PROMUD center. Unemployment was higher at the UDED center, but not significant different when compared to the other centers.

**Table 1. Sample characteristics of 740 substance abusers who sought treatment at four Brazilian state capitals, according to research center, during January to November 2006**

	<b>CETAD (BA)</b>	<b>PROJAD (RJ)</b>	<b>PROMUD (SP)</b>	<b>UDED (SP)</b>	<b>CPAD (RS)</b>	<b>P</b>	<b>TOTAL</b>
Male sex (%)	85.2 <sup>b</sup>	86.0 <sup>b</sup>	46.2 <sup>a</sup>	88.7 <sup>b</sup>	80.7 <sup>b</sup>	<0.001	78.0
Mean age ± SD	31±12 <sup>a</sup>	37±11 <sup>b, c</sup>	40±12 <sup>c</sup>	36±10 <sup>c</sup>	36±12 <sup>b</sup>	<0.001	36±12
Income (R\$ - past 6 months)	4,000 (1,835-8,400) <sup>a,e</sup>	2,400 (1,000-5,000) <sup>b,d</sup>	2,400 (1,508-4,900) <sup>a,d</sup>	5,500 (2,956-8,700) <sup>c,e</sup>	3,000 (1,237-9,700) <sup>a,b,c,d</sup>	<0.001	3,600 (1,600-7,200)
Steady partner (%)	35.0 <sup>b</sup>	33.3 <sup>a,b</sup>	20.7 <sup>a</sup>	40.0 <sup>b</sup>	40.0 <sup>b</sup>	0.002	34
White ethnicity (%)	20.1 <sup>a</sup>	47.3 <sup>b</sup>	59.1 <sup>b,c</sup>	72.3 <sup>c</sup>	62 <sup>b,c</sup>	<0.001	52.5
Outpatient treatment (%)	46.3 <sup>d,e</sup>	35.1 <sup>a,d</sup>	97.3 <sup>b</sup>	65.8 <sup>c</sup>	57 <sup>b,c,e</sup>	<0.001	60.5
Elementary and high school (%)	80.7 <sup>b</sup>	62.7 <sup>c,d</sup>	56.7 <sup>a,c</sup>	77.3 <sup>b</sup>	74.7 <sup>b,d</sup>	<0.001	70.3
Unemployed (%)	43.3 <sup>a,b</sup>	51.3 <sup>b</sup>	57.3 <sup>b</sup>	34 <sup>a</sup>	50.7 <sup>b</sup>	0.001	47.4

\* Categorical variables are expressed as absolute frequencies and percentages. Quantitative variables with a symmetrical distribution are expressed as means and standard deviation. Variables with an asymmetrical distribution are expressed as medians and interquartile ranges. Quantitative variables were compared using Analyses of Variance (ANOVA), followed by Tukey's test; categorical variables were analyzed by Chi square test and multiple comparisons, and asymmetrical by Kruskal-Wallis.

R\$ = Reais – Brazilian money. One dollar is equivalent to 1.60 reais.

\*\* Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

The drug most frequently used at all sites was alcohol, followed by cocaine/crack. Marijuana was the third most frequent drug, and its use was more pronounced at CETAD, in the state of Bahia. Other psychoactive substances were

homogeneously used across the centers, except for inhalants, which were more prevalent at PROJAD, in Rio de Janeiro.

**Table 2: Use of alcohol and other drugs among 740 subjects who sought treatment at four Brazilian state capitals, by research center, during January to November 2006.rs assessed\***

Alcohol/drug use (prior 30 days)	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n =740 (%)
Alcohol	107 (76.4)	127 (84.7)	126 (84.0)	122 (81.3)	122 (81.3)	0.389	604 (81.6)
Marijuana	74 (52.9) <sup>a</sup>	57 (38.0) <sup>a,b</sup>	48 (32.0) <sup>b</sup>	61 (40.7) <sup>a,b</sup>	62 (41.3) <sup>a,b</sup>	0.010	302 (40.8)
Sedatives	42 (30.0) <sup>b</sup>	48 (32.0) <sup>b</sup>	47 (31.3) <sup>b</sup>	20 (13.3) <sup>a</sup>	42 (28.0) <sup>b</sup>	0.001	199 (26.9)
Cocaine/crack	75 (53.6) <sup>a,b</sup>	87 (58.0) <sup>a</sup>	62 (41.3) <sup>b</sup>	76 (50.7) <sup>a,b</sup>	78 (52.0) <sup>a,b</sup>	0.026	378 (51.1)
Stimulants	6 (4.3)	4 (2.7)	5 (3.3)	7 (4.7)	5 (3.3)	0.903	27 (3.6)
Hallucinogens	9 (6.4)	3 (2.0)	2 (1.3)	5 (3.3)	4 (2.7)	0.132	23 (3.1)
Inhalants	2 (1.4) <sup>a,b</sup>	18 (12.0) <sup>a</sup>	2 (1.3) <sup>b</sup>	4 (2.7) <sup>a,b</sup>	6 (4.0) <sup>a,b</sup>	<0.001	32 (4.3)
Opiates	1 (0.7)	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (1.3)	0 (0)	0.742	11 (1.5)

\* Results expressed as number of subjects (%).

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

Table 3 describes the profile of alcohol consumption in the sample. There were significant differences in relation to years of alcohol use and abuse. CETAD, in the state of Bahia, showed the lowest time of alcohol use (in years), while PROJAD and PROMUD presented the highest results for this variable. The CETAD center also showed the lowest results for alcohol use, although differences were not significant. Alcohol use and binge drinking were higher at PROJAD and PROMUD when compared to the other centers. Use of drugs, except for alcohol was more prevalent at CETAD.

**Table 3: Characteristics of alcohol use among 740 subjects who sought treatment at four Brazilian state capitals, by research center, during January to November 2006. \***

Variables	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n =740 (%)
Years of alcohol use <sup>†</sup>	3 (0-13) <sup>a</sup>	11 (2-20) <sup>b</sup>	10 (3-20) <sup>b</sup>	5 (0-16) <sup>a,c</sup>	9 (0-20) <sup>a,b,c</sup>	<0.001	8 (0-18)
Years of alcohol abuse <sup>‡</sup>	2 (0-8) <sup>c</sup>	9 (1-18) <sup>b</sup>	7 (1-15) <sup>a,b</sup>	4 (0-15) <sup>a,c</sup>	3 (0-14) <sup>a,c</sup>	<0.001	5 (0-15)
Alcohol use (days) <sup>§</sup>	8 (1-15) <sup>a</sup>	15 (3-30) <sup>b</sup>	10 (3-23) <sup>a,b</sup>	8 (1-24) <sup>a,b</sup>	7 (1-25) <sup>a,b</sup>	0.003	10 (1-23)
Binge drinking (days) <sup>§</sup>	4 (0-13) <sup>a</sup>	15 (1-29) <sup>b</sup>	8 (0-20) <sup>a,b</sup>	3 (0-19) <sup>a</sup>	3 (0-20) <sup>a</sup>	<0.001	5 (0-20)
Years of drug use <sup>†</sup>	5 (0-10) <sup>a</sup>	10 (0-15) <sup>b</sup>	5 (0-15) <sup>a,b</sup>	8 (0-15) <sup>a,b</sup>	7 (0-13) <sup>a,b</sup>	0.048	7 (0-14)
Drug use <sup>§</sup>	13 (1-27) <sup>a</sup>	8 (0-26) <sup>a,b</sup>	2 (0-15) <sup>b</sup>	7 (0-28) <sup>a,b</sup>	8 (0-28) <sup>a,b</sup>	0.006	7 (0-25)

\* Results expressed as medians (interquartile ranges).

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

<sup>†</sup> 3 times per week or more.

<sup>‡</sup> 5 drinks per day or more.

<sup>§</sup> In the preceding 30 days.

In the analysis of SS-Rs (Table 4), the Family/Child subscale presented higher results at CPAD when compared with the other centers (significant differences in relation to PROJAD, PROMUD, and UDED). Also, there was a lower prevalence of legal problems at both sites located in the state of São Paulo (PROMUD and UDED). Conversely, severity of problems related to Family/Social Support showed a significantly lower prevalence at CETAD when compared with PROJAD, PROMUD, and UDED.

**Table 4: Summary scores of the Addiction Severity Index (SS-Rs, ASI-6) obtained from 740 subjects who sought treatment at four Brazilian state capitals, by research center, during January to November 2006. \***

SS-R subscales	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UEDED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n =740 (%)
Drug	49.8±10.4 <sup>a</sup>	47.4±10.8 <sup>a, b</sup>	45.5±11.2 <sup>b</sup>	47.8±12.0 <sup>a, b</sup>	49.1±11.5 <sup>a</sup>	0.012	47.9±11.3
Family/Child	52.9±8.1 <sup>a, c</sup>	51.5±7.5 <sup>a</sup>	51.2±7.1 <sup>a</sup>	49.6±5.3 <sup>d</sup>	54.8±9.3 <sup>b, c</sup>	<0.001	52.0±7.7
Alcohol	53.9±10.3 <sup>a</sup>	56.9±9.4 <sup>a, b</sup>	57.3±9.8 <sup>b</sup>	55.2±11.0 <sup>a, b</sup>	56.0±10.5 <sup>a, b</sup>	0.033	55.8±10.3
Psychiatric	48.4±7.7 <sup>a</sup>	51.2±8.4 <sup>a</sup>	50.0±8.4 <sup>a, b</sup>	50.6±8.4 <sup>a, b</sup>	51.5±8.7 <sup>b</sup>	0.017	50.4±8.4
Medical	45.5±8.6 <sup>a</sup>	49.0±8.5 <sup>b</sup>	45.2±10.1 <sup>a</sup>	44.3±10.6 <sup>a</sup>	49.2±9.1 <sup>b</sup>	<0.001	46.6±9.6
Legal	51.2±7.7 <sup>a</sup>	51.8±6.9 <sup>a</sup>	47.6±4.8 <sup>b</sup>	47.8±4.9 <sup>b</sup>	51.0±7.3 <sup>a</sup>	<0.001	49.9±6.7
Employment	40.5±11.1 <sup>a</sup>	45.9±9.3 <sup>b</sup>	43.7±10.1 <sup>a</sup>	39.8±11.6 <sup>a</sup>	42.7±10.8 <sup>a, b</sup>	<0.001	42.6±10.8
Family/Social Support	43.2±10.2 <sup>a</sup>	47.5±10.1 <sup>b, c</sup>	47.2±11 <sup>b, d</sup>	47.8±10.8 <sup>c, d</sup>	44.5±9.8 <sup>a, b</sup>	<0.001	46.1±10.5
Family/Social Problem	56.4±9.0 <sup>a</sup>	54.9±8.5 <sup>a, c, d</sup>	53±10.3 <sup>b, c</sup>	52.1±8.8 <sup>b, d</sup>	56.7±9.5 <sup>a</sup>	<0.001	54.7±9.3

\* Results expressed as mean ± standard deviation.

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

Alcohol was the drug that most commonly motivated treatment seeking in the sample assessed, at all centers. The PROJAD center showed a higher prevalence of cocaine and a lower prevalence of crack as the drugs that motivated treatment seeking (Table 5).

**Table 5: Drugs motivating treatment seeking among the 740 subjects who sought treatment at four Brazilian state capitals, by research center, during January to November 2006.\***

First, second or third drug motivating treatment seeking	CETAD (BA)	PROJAD (RJ)	PROMUD (SP)	UDED (SP)	CPAD (RS)	P-value	All centers n=740
Alcohol	48.3 <sup>a</sup>	67.5 <sup>b</sup>	70.3 <sup>b</sup>	56.6 <sup>a,b</sup>	58.0 <sup>a,b</sup>	0.001	60.2
Marijuana	32.2 <sup>a</sup>	27.2 <sup>a,b</sup>	16.6 <sup>b</sup>	29.6 <sup>a,b</sup>	23.3 <sup>a,b</sup>	0.024	25.8
Cocaine	32.2 <sup>a</sup>	58.9 <sup>b</sup>	29.7 <sup>a</sup>	40.8 <sup>a</sup>	31.3 <sup>a</sup>	<0.001	38.7
Crack	35.7 <sup>a</sup>	8.6 <sup>b</sup>	24.1 <sup>a</sup>	25.7 <sup>a</sup>	37.3 <sup>a</sup>	<0.001	26.2
Stimulants, sedatives	2.8	3.3	6.9	2.6	6.0	0.233	4.3
Other drugs	18.9 <sup>a,c</sup>	45.7 <sup>b</sup>	12.4 <sup>a</sup>	27.0 <sup>c</sup>	21.3 <sup>a,c</sup>	<0.001	25.2
Anything	2.1	2.6	0	2	0.7	0.299	1.5

\* Results expressed as number of subject (%).

Results followed by different letters indicate the presence of statistically significant differences.

A final analysis was conducted, using Student's *t* test, to compare SS-Rs between users who had never received treatment for psychoactive substance abuse (N=265, 36.1% of the sample) and those who had already been treated for substance abuse at one or more occasions (N=470, 63.9%). This analysis revealed significant differences between the two groups in the following areas: drug, psychiatric symptoms, legal, and family/social problems ( $p < 0.05$ ).

## Discussion

The present study assessed the profile of drug abuse treatment seekers selected at five research centers located in four Brazilian states. Based on the data collected, we believe that the main goal of our study was met, namely to improve our knowledge on the characteristics of alcohol and drug users seeking treatment at the Brazilian public health system, of the severity of problems related to drug abuse, and of the main drug motivating treatment seeking. Patients selected at the four Brazilian states were similar, maybe suggesting that our sample could be representative of the general population of treatment seekers in Brazil, although some distinguishing features will be addressed below. In addition, our findings highlight the complexities involved in substance abuse treatment, with several variables influencing treatment planning and patient management. Such a complex scenario includes both individual variables (e.g. the presence of comorbidities and addiction severity) and also environmental factors (e.g. characteristics of the health care system, social/family support, etc.).

As mentioned above and shown in Table 1, the samples selected at all participating centers were similar and heterogeneous in terms of demographic characteristics – even at PROMUD, a center that provides treatment mostly to female patients on an outpatient basis. A predominance of male patients has been reported in previous substance abuse studies and at specialized treatment facilities. Women, in turn, are known to more frequently seek help for the treatment of alcohol use and mental health problems,(Green, Polen et al. 2002) but the stigma that still surrounds addicted women often delays or hinders their decision to seek treatment (Wechsberg, Luseno et al. 2008). Also, the fact that women usually report worse social support than men could influence the severity of their substance use (Stein, Mulvey et al. 1998). A Brazilian study of female alcohol users treated at a specialized outpatient clinic showed that most of them presented severe dependence (Elbreder, Siqueira et al. 2008).

The mean age of our sample is in line with the relevant literature, which shows that substance abusers tend to seek treatment later in life than individuals with other psychiatric disorders, probably as a result of a higher number of barriers against treatment initiation (Rapp, Xu et al. 2006). In turn, the higher mean age observed in our patients when compared with samples of non-alcohol drug users may be explained by the high rates of alcohol use and abuse observed in our study, as alcohol-related problems tend to manifest later in life (Hingson, Heeren et al. 2006; Chen, Storr et al. 2009). Moreover, our results showed a tendency to lower alcohol consumption and increased marijuana consumption in the state of Bahia (CETAD) when compared with the other centers, which may also be associated with the younger sample recruited at that site.

We found a low rate of patients living with a partner, which probably reflects the difficulties of living with a drug addict. This finding was also more common among PROMUD patients, which is consistent with other Brazilian studies that suggest a low tolerance among males toward female drug-dependent partners (Zilberman, Hochgraf et al. 2001). Conversely, there is also evidence that a family environment marked by neglect, abandonment, physical abuse and lack of dialogue is associated with initiation of drug use (Bernardy and de Oliveira 2010). Therefore, it is difficult to know whether the dysfunctional relationships commonly observed among drug users are caused by drug abuse *per se* or whether they are a consequence of conflictual family patterns.

As expected, patients recruited at CETAD, the only research center located in the state of Bahia, northeast Brazil, differed from the remainder of the sample with regard to skin color: CETAD patients were predominantly Afro-Brazilian, compared to a majority of Caucasians selected at the other regions. According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics, about 78% of the population in Bahia is Afro-Brazilian. Again, this is an example of the typical variability faced by studies conducted in large countries such as Brazil and justifies the inclusion of data collection sites located in different regions in order to broaden the validity of the study (IBGE 2002). However, in spite of the ethnic differences observed across the centers involved, the severity of problems related to the use of drugs was very similar in the different regions assessed.

Overall, the sample showed high education levels when compared to the general Brazilian population, and education level has long been associated with social and economic status in Brazil. As a result of flaws in the Brazilian public health system, individuals with higher financial conditions tend to better identify and find treatment facilities, which probably explains the higher education rates found in our sample. Also, although education is known to be higher among women in Brazil, our study found lower results at the PROMUD center, where mostly women are treated. This finding may be the result of specific patient characteristics at that center, but it underscores the importance of studying the pattern of drug users and to investigate how this population differs from non-drug users. A study conducted in the United States showed an association between poor literacy and higher rates of depressive symptoms in an alcohol- and drug-dependent population (Lincoln 2006; Lincoln and al 2006). Our study did not confirm those findings, but the PROJAD center, located in Rio de Janeiro, interestingly showed the lowest education levels and also the highest rates of psychiatric symptoms.

Our sample also showed a higher rate of unemployment (47.4%) when compared to data available for the general Brazilian population. Official data for 2008 reveal much lower unemployment rates in Brazil, as low as 9.8%, which points to the severity of problems related to drug abuse, including poverty and a circular cause and effect relationship involving job-seeking and unemployment among drug/alcohol users (Santos 2008)

Previous studies have shown high severity scores in many areas of the ASI-6 related to alcohol and drug use in individuals seeking specialized treatment (McLellan, Cacciola et al. 2006). Our sample showed a high prevalence of alcohol-related problems: 81% of the subjects had consumed alcohol in the 30 days preceding the interview (Table 2), and most reported alcohol abuse for about 5 years (Table 3). According to Caetano and Laranjeira, several factors contribute to the high rates of alcohol use observed in Brazil, e.g. the expansion of local alcohol industries as a result of socioeconomic growth, massive advertising, low pricing and the lack of adequate consumption policies (Caetano and Laranjeira 2006).

A substantial percentage of the sample used marijuana in the 30 days preceding the interview (Table 2). The CETAD center showed the highest prevalence of marijuana use, which highlights the influence of cultural factors on the choice of drugs. Marijuana was introduced and distributed in Brazil through the Atlantic slave trade, which brought people from Africa in ships that reached mainly the state of Bahia, in the northeastern Brazilian coast. Some authors hypothesize that the high prevalence of marijuana use and abuse currently observed in the state of Bahia is still a legacy of that period (Fraga 2006). Similarly, the high rate of inhalant use obtained in the PROJAD sample may suggest either a sample selection bias or a local cultural specificity in Rio de Janeiro.

The high rate of binge drinking found in the PROJAD sample (Table 3) confirms a consumption pattern that had already been reported among Brazilian youth and adults (Peucker, Fogaça et al. 2006; Silveira, Wang et al. 2007). According to the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, the concept of binge drinking or “heavy episodic drinking” emerged based on evidence suggesting an increased risk of problems associated with the consumption pattern, and is defined as the consumption of five or more alcoholic drinks for men and four or more drinks for women on one occasion and one-fourth of alcohol users drink excessive quantities of alcohol and present binge drinking-related problems (Wechsler and Nelson 2001). A Brazilian study conducted with 2,346 individuals aged 18 years or more showed that 28% regularly binged, and 25% reported at least one problem related to this behavior (Laranjeira, Pinsky et al. 2007).

In the last decade, an increase in cocaine consumption has been documented in Brazil, both in the general population and among students, as a result of an increasingly

widespread use of crack (Ferri, Laranjeira et al. 1997; Galduróz, Noto et al. 2005; Inciardi, Surratt et al. 2006; Carlini, Galduróz et al. 2007). The barriers and difficulties faced by the Brazilian public health system to accommodate the needs of cocaine- and crack-dependent patients under treatment, especially as a result of the closure of psychiatric beds, are well known (Kessler and Pechansky 2008; Kessler, Woody et al. 2008). However, the majority of studies conducted in other countries to analyze the characteristics of treatment seekers have focused predominantly on alcohol abusers or cocaine snorters (Cunningham and Breslin 2004; Evren, Dalbudak et al. 2009). Therefore, there is a paucity of studies assessing the characteristics of crack users and the role of crack as the drug motivating treatment seeking.

In our sample, crack use was one of the main reasons leading people to seek treatment, which is a striking finding in view of the scarcity of information available on this drug in Brazil. A comparison between two samples of patients hospitalized at two different time periods (2002 and 2006) in a detoxification unit in Porto Alegre (the southernmost Brazilian state capital) showed a significant increase in cocaine and crack use, from 25.4 to 38.1% and 21.8 to 61.9%, respectively (Formiga, Santos et al. 2009). This progressive rise in cocaine use has provoked an increase in emergency care episodes, police activity (Haasen, Prinzleve et al. 2004; Prinzleve, Haasen et al. 2004; Miech, Chilcoat et al. 2005) and treatment demand (Schifano and Corkery 2008). Although there are no precise data available regarding the prevalence and incidence of crack use in Brazil, the problem has been associated with strong impacts in terms of public health and negative consequences to society in general, and to crack abusers in particular. Interestingly, however, little attention has been devoted to the description of this scenario in the international literature (Carlini, Galduróz et al. 2007; Fischer and Coghlan 2007). The typical crack user has been defined as a youth, unemployed, coming from a broken family, presenting with other psychiatric comorbidities and reporting concomitant use of other drugs. Crack use has been implicated in increased mortality rates among young people, especially as a result of crime and AIDS infection (Duailibi, Ribeiro et al. 2008; Guimarães, Santos et al. 2008; Carvalho and Seibel 2009). The results obtained for crack use in our sample underscore the current need to study the severity of problems related to the use of this particular drug. Our findings contribute to a better understanding of the profile of crack users and of their major

concerns and reasons for seeking treatment in this period (2006) and therefore can be useful for the planning of therapeutic strategies.

The analysis of SS-Rs suggests that the differences observed across centers are the result of demographic and cultural factors that are inherent to studies conducted in large countries. Previous similar studies have used different versions of the ASI-6, which prevent the comparison of our data with the literature. Future studies are therefore needed to determine whether or not our results can be generalized to other populations of drug users as well as to drug users not seeking treatment.

The severity of problems related to substance abuse is poorly understood in Brazil, but has been described in several studies conducted worldwide. U.S. studies have suggested a possible association between traumatic events in childhood and increased drug abuse severity, in addition to a greater vulnerability to relapse in this subgroup of patients (Clark, Masson et al. 2001; Schumacher, Coffey et al. 2006). Another study conducted in India in 2003 showed that individuals seeking treatment for substance abuse, especially those presenting with psychiatric comorbidities, have a higher risk of contracting HIV (Carey, Chandra et al. 2003). Similar findings have been reported in Brazil (Wainberg, McKinnon et al. 2008).

Another important issue in this scenario is the possible relationship between substance abuse-related problems and the patients' reasons for seeking treatment. There is evidence that physical symptoms such as abstinence-related pain often motivate seeking treatment (Stein, Mulvey et al. 1998). A Canadian study has shown that, in a population of alcohol abusers, those with a diagnosis of dependence were more likely to seek treatment, suggesting an influence of severity of dependence on this outcome (Cunningham and Breslin 2004). However, most studies so far have been conducted in populations with low rates of crack abuse when compared with Brazil. This difference may suggest that the pattern of drug consumption in general and of crack consumption in particular in Brazil may be different from (and significantly higher than) that in other countries. Finally, the increasing mortality rates associated with crack use in young populations further underscores the severity of the crack epidemic in Brazil (Carvalho and Seibel 2009).

In 2008, a sample of female patients seeking treatment for alcoholism was assessed for differences between early dropout and non-dropout patients. The study identified no social or demographic factor significantly associated with early dropout, but

suggested an association of the latter with the pattern of alcohol consumption (Elbreder, Laranjeira et al. 2008). Another study assessing a population of female drug users undergoing psychiatric treatment in São Paulo showed that representations on the use of alcohol in these women were linked to family, profession and gender issues, indicating that the search for treatment was not only motivated by substance use *per se*, but by all areas affected by such use (Campos and Reis 2010).

Our findings confirm previous evidence suggesting that the management of patients seeking drug abuse treatment should take several different aspects into consideration, e.g. education, employment, and family relationships, which often appear as areas of concern for these individuals; however, little information is available on the severity and impairment associated with drug use in these areas (Figlie and Laranjeira 2004). Several treatment programs tend to focus on reducing drug use and ignore the psychosocial problems underlying the patient's decision to seek assistance. Initiatives that do not prioritize patient's needs commonly have higher rates of treatment noncompliance (Otiashvili, Djordjevic et al. 2005).

Finally, another aspect that should be taken into consideration is that the specific characteristics of the health care services sought by drug users may also influence their decision to seek treatment. Such aspects may include political issues (e.g. funding received by each service) and also characteristics of each individual treatment program (e.g. complex admission criteria, absence of appropriate services for groups such as women, waiting lists, and lack of cooperation across service organizations) (Rapp, Xu et al. 2006). Therefore, further studies should be carried out with the aim of providing a detailed profile of the health care services available for drug users in Brazil, with a focus on identifying variables that may influence specialized treatment seeking.

In sum, efforts should continue to be directed toward the identification and understanding of populations at greater risk of drug abuse and to continuously improve our knowledge of addictive behaviors in Brazil and in the world. Taken together, these data could be extremely useful for the development of cost-effective interventions aimed at increasing treatment seeking and treatment compliance rates, consequently decreasing relapse and reducing the social and financial costs involved in the treatment of substance abuse.

## References

- Bastos, F., N. Bertoni, et al. (2008). "[Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005.]." Rev Saude Publica 42 Suppl 1: 109-117.
- Bastos, F., N. Bertoni, et al. (2008). "[Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005.]." Rev Saude Publica 42 (1): 109-117.
- Bernardy, C. and M. de Oliveira (2010). "[The role of family relationships in the initiation of street drug abuse by institutionalized youths]." Rev Esc Enferm USP 44(1): 11-17.
- Borges, C. and T. Baptista (2008). "[The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004]." Cad Saude Publica 24(2): 456-468.
- Caetano, R. and R. Laranjeira (2006). "A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry." Addiction 101(2): 149-152.
- Campos, E. A. d. and J. G. Reis (2010). "Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil." Interface 14(34): 539-550.
- Carey, M., P. Chandra, et al. (2003). "Predictors of HIV risk among men seeking treatment for substance abuse in India." Arch Sex Behav 32(4): 339-349.
- Carlini, E. A., J. C. Galduróz, et al. (2007). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Páginas & Letras: 1-472.
- Carvalho, H. and S. Seibel (2009). "Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV." Clinics (Sao Paulo) 64(9): 857-866.
- Chen, C., C. Storr, et al. (2009). "Early-onset drug use and risk for drug dependence problems." Addict Behav 34(3): 319-322.
- Ciraulo, D., J. Piechniczek-Buczek, et al. (2003). "Outcome predictors in substance use disorders." Psychiatr Clin North Am 26(2): 381-409.
- Clark, H., C. Masson, et al. (2001). "Violent traumatic events and drug abuse severity." J Subst Abuse Treat 20(2): 121-127.
- Cunningham, J. and F. Breslin (2004). "Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment." Addict Behav 29(1): 221-223.
- de Carvalho, H. and S. Seibel (2009). "Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV." Clinics (Sao Paulo) 64(9): 857-866.
- Duailibi, L., M. Ribeiro, et al. (2008). "Profile of cocaine and crack users in Brazil." Cad Saude Publica 24 Suppl 4: s545-557.
- Elbreder, M. F., R. Laranjeira, et al. (2008). "Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química." J. bras. psiquiatr. [serial on the Internet] 57(1): 9-15.
- Elbreder, M. F., M. M. Siqueira, et al. (2008). "Profile of female alcohol users in specialized outpatient clinic." J. bras. psiquiatr. 57(1): 9-15.
- Evren, C., E. Dalbudak, et al. (2009). "Personality dimensions in male patients with early-onset alcohol dependence who seek treatment." Isr J Psychiatry Relat Sci 46(3): 204-206.
- Ferri, C. P., R. Laranjeira, et al. (1997). "Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993." Rev Ass Med Brasil 43(1): 25-28.
- Figlie, N. B. and R. Laranjeira (2004). "Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool." Rev Bras Psiquiatr 26(1): 63-67.
- Fischer, B. and M. Coghlan (2007). "Crack use in North American cities: the neglected 'epidemic'." Addiction 102(9): 1340-1341.

- Formiga, L., L. Santos, et al. (2009). "Comparing the profile of chemical dependents hospitalized at a chemical dependency unit in Porto Alegre/RS in 2002 and 2006." Rev HCPA 29(2): 120-126.
- Fraga, P. C. P. (2006). "Plantios ilícitos no Brasil: notas sobre a violência e o cultivo de cannabis no polígono da maconha." Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria 9(15): 95-118.
- Galduróz, J., A. Noto, et al. (2005). "Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country--2001." Addict Behav 30(3): 545-556.
- Green, C., M. Polen, et al. (2002). "Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program." J Subst Abuse Treat 23(4): 285-295.
- Guimarães, C., D. Santos, et al. (2008). "Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS)." Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 30(2): 101-108.
- Haasen, C., M. Prinzleve, et al. (2004). "Cocaine use in Europe - a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates." Eur Addict Res 10(4): 139-146.
- Hingson, R., T. Heeren, et al. (2006). "Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity." Arch Pediatr Adolesc Med 160(7): 739-746.
- IBGE (2002). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Inciardi, J., H. Surratt, et al. (2006). "Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil." J Psychoactive Drugs 38(3): 305-310.
- Kessler, F. and F. Pechansky (2008). "A contemporary psychiatric view on the crack phenomenon." Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 30(2): 1-3.
- Kessler, F., G. Woody, et al. (2008). "Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure." Public Health 122(12): 1349-1355.
- Laranjeira, R., A. Marques, et al. (2007). "Who runs alcohol policy in Brazil?" Addiction 102(9): 1502-1503.
- Laranjeira, R., I. Pinsky, et al. (2007). "I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira." Uniad – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, e Senad – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional.
- Lincoln, A. (2006). "Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction." J Gen Intern Med 21(8): 818–822.
- Lincoln, A. and e. al (2006). "Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction." J Gen Intern Med 21(8): 818–822.
- Locastro, J. S., J. S. Potter, et al. (2008). "Characteristics of first-time alcohol treatment seekers: the COMBINE Study." J Stud Alcohol Drugs 69(6): 885-895.
- Marsden, J., M. Gossop, et al. (2000). "Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study." Br J Psychiatry 176: 285-289.
- McLellan, A., J. Cacciola, et al. (2006). "The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions." Am J Addict 15(2): 113-124.

- McLellan, A. T., A. I. Alterman, et al. (1994). "Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services." J Consult Clin Psychol 62(6): 1141-1158.
- Miech, R., H. Chilcoat, et al. (2005). "The increase in the association of education and cocaine use over the 1980s and 1990s: evidence for a 'historical period' effect." Drug Alcohol Depend 79(3): 311-320.
- Moraes, M. (2008). "[Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners]." Cien Saude Colet 13(1): 121-133.
- Otiashvili, D., A. Djordjevic, et al. (2005). "Factors related to the process of seeking and completing treatment for drug abuse (qualitative methods in drug abuse research)." Georgian Med News(122): 29-32.
- Peuker, A. C., J. Fogaça, et al. (2006). "Expectativas e beber problemático entre universitários." Psicologia: Teoria e Pesquisa 22: 193-200.
- Prinzleve, M., C. Haasen, et al. (2004). "Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups." Eur Addict Res 10(4): 147-155.
- Rapp, R., J. Xu, et al. (2006). "Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit." J Subst Abuse Treat 30(3): 227-235.
- Rehm, J., B. Taylor, et al. (2006). "Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco." Drug Alcohol Rev 25(6): 503-513.
- Santos, G. P. G. (2008). "Unemployment, informality and precariousness: the labor market situation in Brazil after 1990." Pro-Prosições 19(2): 151-161.
- Schifano, F. and J. Corkery (2008). "Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004)." J Psychopharmacol 22(1): 71-79.
- Schmidt, M. I., B. B. Duncan, et al. (2011). "Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges." Lancet 377(9781): 1949-1961.
- Schumacher, J., S. Coffey, et al. (2006). "Symptom severity, alcohol craving, and age of trauma onset in childhood and adolescent trauma survivors with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder." Am J Addict 15(6): 422-425.
- Silva, O. and M. Yonamine (2004). "Drug abuse among workers in Brazilian regions." Rev Saude Publica 38(4): 552-556.
- Silveira, C. M., Y. Wang, et al. (2007). "Heavy Episodic drinking in the Sao Paulo epidemiologic catchment area study in Brazil: gender and sociodemographic correlates." Journal of Studies Alcohol and Drugs 68(1): 18-27.
- Stein, M., K. Mulvey, et al. (1998). "The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use." J Subst Abuse 10(1): 75-84.
- Wainberg, M. L., K. McKinnon, et al. (2008). "HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil." World Psychiatry 7(3): 166-172.
- Wechsberg, W., W. Luseno, et al. (2008). "Reaching women substance abusers in diverse settings: stigma and access to treatment 30 years later." Subst Use Misuse 43(8-9): 1277-1279.
- Wechsler, H. and T. F. Nelson (2001). "Binge drinking and the American college student: what's five drinks?" Psychol Addict Behav 15(4): 287-291.
- Zilberman, M., P. Hochgraf, et al. (2001). "Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample." Subst Use Misuse 36(8): 1111-1127.

ARTIGO 4 aceito para publicação no American Journal on Addictions (Fator de impacto 1.67)

**Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems**

Authors: Felix Henrique Paim Kessler\*, Mauro Barbosa Terra\*, Sibeles Faller\*, Anderson Ravy Stolf\*, Ana Carolina Peuker\*, Daniela Benzano\*, Brazilian ASI Group, Flavio Pechansky\*

\*Center for Drug and Alcohol Research, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

Brazilian ASI Group:

Maria Lucia Souza-Formigoni\*\*, Marcelo Santos Cruz\*\*\*, Sílvia Brasiliano\*\*\*\*

\*\* Department of Psychobiology, Federal University of Sao Paulo, SP, Brazil.

\*\*\*Psychiatric Institute, Federal University of Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

\*\*\*\* Women Drug Dependent Treatment Center, University of Sao Paulo, SP, Brazil.

Funding: This study was supported by the Brazilian Secretariat for Drug Policies under grant # 005/2005.

Conflict of interests: None

**Address for correspondence:**

Felix Henrique Paim Kessler, MD, MSc

Rua Itaqui, 89/103. Phone/fax: +55-51-33328172

CEP 90460-140. Porto Alegre, RS, Brazil

## Abstract

**Background:** Along the last decade, the use of crack has become an epidemic in Brazil, leading to a variety of consequences and different types of burden for its users and for society. The aim of this study was to compare three groups of Brazilian psychoactive substance (PAS) abuse patients (crack cocaine users, cocaine snorters, and non-cocaine PAS users) in terms of psychiatric comorbidities and severity of psychosocial problems. **Method:** A cross-sectional, multi-center study was conducted at five research centers located in four Brazilian state capitals. A total of 738 current PAS abusers (use in the previous 30 days) who sought specialized treatment (outpatient and inpatient clinics) were assessed using the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6). Of the original sample, 293 patients using crack cocaine were compared with 126 using powder cocaine and 319 using non-cocaine PAS (mostly alcohol and marijuana). Psychiatric comorbidities were assessed in a smaller sample (290 cases), originating from three of the participating centers, using the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI-Plus). **Results:** Crack and powder cocaine users were significantly younger than non-cocaine PAS users ( $31.1 \pm 8.1$  and  $32.9 \pm 8.8$  vs.  $42.4 \pm 12$ , respectively;  $p < 0.001$ ). Crack users presented a higher rate of antisocial personality disorder (25%) than powder cocaine users (9%) and non-cocaine PAS users (9%), even when adjusted for confounding factors ( $Pr = 2.6$ ; 95%CI 1.10-6.40). According to the ASI-6 summary scores, crack users presented a significantly higher rate of occupational, family and legal problems and reported more illegal and violent activities such as burglary and theft (23%) and threatening or assaulting (32%) than non-cocaine PAS users. **Conclusion:** Our findings, combined to the recent increase observed in the prevalence of crack use in Brazil, highlight the severity of psychiatric symptoms and psychosocial problems related to this powerful drug and corroborate the already suggested association between crack/cocaine, violence, and legal problems. Treatment programs for crack users should routinely consider the possibility of associated psychiatric comorbidities, such as antisocial personality disorder, which may affect treatment outcomes.

Key words: crack, antisocial, illegal, psychosocial, addiction severity index (ASI)

## I. Introduction

The literature has reported a considerable increase in cocaine consumption along the last two decades in the United States. A comparison between the National Comorbidity Survey and the National Comorbidity Survey Replication, two studies a decade apart, reveals noteworthy similarities in the cumulative incidence of drug use:

the estimated cumulative incidence of cocaine use in both surveys was 16%.<sup>1,2</sup> In 2008, there were 8.6 million cocaine users considering all the Americas – 1.74% of the population. In Latin America, cocaine use is less frequent, but not less important: the Pan American Health Organization estimated the annual prevalence of cocaine users to be 1.05% in the same year (2008).<sup>3</sup> Nevertheless, in spite of the availability of some findings about cocaine use in Latin America, little is known about how many of these individuals are using crack or about the potential impact of this consumption considering other substance-related problems.

A trend towards an increased use of crack/cocaine has been observed in four surveys conducted with students from the ten largest Brazilian state capitals (conducted in 1987, 1989, 1993, and 1997) and in the two national household surveys conducted by the Brazilian Center of Drug Information (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicótropicas, CEBRID) in 2001 and 2005, which covered 108 cities with more than 200,000 inhabitants each. Consumption increased from 0.5% in 1987 to 2.0% in 1997 and from 2.3% in 2001 to 2.9% in 2005.<sup>4-6</sup> In the same period (2001-2005), lifetime crack use increased by approximately 75%, from 0.4 to 0.7%. The 25-34-year age group presented the greatest incidence of cocaine use (1.6%), followed by age group 18-24 years, with 0.9%.<sup>6</sup> In addition, a comparison between two samples of patients hospitalized at two different time periods (2002 and 2006) in a detoxification unit in Porto Alegre (southernmost Brazilian state capital) showed a significant increase in cocaine and crack use: from 25.4 to 38.1% and 21.8 to 61.9%, respectively.<sup>7</sup> This progressive rise in cocaine use has provoked an increase in emergency care episodes, police activity<sup>8-10</sup> and treatment demand.<sup>11</sup>

Although there are no precise data available regarding the prevalence and incidence of crack use in Brazil, the problem has been associated with strong impacts in terms of public health and negative consequences to society in general and to crack abusers in particular. Interestingly, however, little attention has been devoted to the description of this scenario in the international literature.<sup>5,12</sup> A Brazilian cohort study that followed 131 crack cocaine users over 5 years and examined mortality patterns showed that 23 patients (17.6%) died during the study period. Homicide was the most prevalent cause of death (n=13), and almost one third of the deaths were caused by HIV infection, especially among those patients with a history of intravenous drug use. Less than 10% died from overdose<sup>13</sup>.

When dealing with crack cocaine and powder cocaine users, it is important to clearly distinguish between these two routes of administration. Some studies have shown that crack use is associated with different degrees of susceptibility to abuse and dependence<sup>14-16</sup> and with different responses to therapeutic interventions, typically

yielding a worse prognosis when compared with snorted cocaine<sup>17</sup>. In most studies, crack users present a greater number of psychiatric symptoms and more severe levels of anxiety, depression, paranoia and psychosis when compared with powder cocaine users.<sup>1,18-20</sup> Moreover, the former tend to have a history of academic underachievement, with less probability of having a formal job and higher indexes of criminal involvement.<sup>17,21</sup>

Brazilian and international epidemiological studies have also shown that psychoactive substance (PAS) abusers are characterized by a high prevalence of comorbid psychiatric disorders.<sup>22-25</sup> Thirty to sixty percent of outpatient cocaine abusers have a psychiatric disorder other than PAS abuse<sup>26,27</sup>. There is general agreement that the comorbid diagnosis of drug dependence is associated with a more serious course of independent axis I conditions. Moreover, it has been found that, in the long term, these independent psychiatric syndromes may pose difficulties to the treatment of substance abuse disorders.<sup>28</sup>

In a study using the Diagnostic Interview Schedule (DIS) for DSM-IV in a sample of 313 not-in-treatment crack users, 37.7% also had a diagnosis of alcohol dependence, 24% antisocial personality disorder (ASPD), 17.8% depression, 12.1% dependence on marijuana, and 11.8% presented post-traumatic stress disorder; the abstinence rate after 6 months of follow-up was as low as 19.9%.<sup>20</sup> In particular, alcohol dependence is known to be frequent among cocaine abusers.<sup>29</sup> The combined use of these two drugs has been tested in experimental studies involving animals and has been observed both in clinical samples of drug abusers and in the general population.<sup>30,31</sup>

Few studies so far have assessed psychiatric diagnostic differences in cocaine users according to route of administration. In fact, to the authors' knowledge, no recent study has been designed to assess the psychiatric characteristics of crack use in Brazil, and none has compared the psychopathological profile of crack cocaine users, powder cocaine users, and non-cocaine PAS users. In fact, in Brazil, there is a scarcity of clinical information on drug use in general (crack cocaine in particular) and its psychosocial impact on the population. Political and logistical issues, such as limited funding and staff, are often mentioned as factors responsible for the recruitment of small or unrepresentative samples, directly affecting the quality of research. According to some authors, such limitations are due to the short history of drug abuse research and education in developing countries.<sup>32</sup>

In this context, the objective of the present study was to compare the presence of psychiatric comorbidities and the severity of other psychosocial problems in three

groups of patients seeking treatment for drug abuse: crack cocaine (CC), powder cocaine (PC) and non-cocaine PAS (NC) abuse patients.

## **II. Method**

### *Design*

A multi-center cross-sectional study was conducted between January and November 2006. Using a target sampling method<sup>33</sup> 738 PAS users were interviewed. The goal was to interview 150 users at each one of the five participating research centers, located in four Brazilian capitals, as follows: Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, and Salvador. However, one center could not reach the total number of participants, and evaluated only 138 patients during the study period.

### *Data collection sites*

The data collection sites were strategically chosen due to their previously reported ability to conduct large studies in the field and are described below:

- The Center for Drug and Alcohol Research (Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, CPAD), at the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), was the coordinating center for this study.
- The Drug Dependence Unit (Unidade de Dependência de Drogas, UDED), a section of the Department of Psychobiology of the Federal University of São Paulo (UNIFESP).
- The Women's Drug Dependent Treatment Center (Programa de Atenção à Mulher Dependente Química, PROMUD), affiliated with the Medical School of University of São Paulo (USP).
- The Research and Assistance Program in Drug Addiction (Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, PROJAD), affiliated with the Federal University of Rio de Janeiro.
- The Center for Drug Abuse Studies and Therapy (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, CETAD), a permanent extension of the Department of Pathology at the Federal University of Bahia (UFBA).

### *Sampling procedures*

Participants were recruited from hospitals and outpatient clinics among patients seeking specialized treatment in drug abuse/dependence. All patients reporting drug

abuse/dependence as the main reason for seeking treatment were invited to participate in the study; diagnostic confirmation of drug dependence based on pre-established criteria was not deemed necessary. Patients were included in the study as they were admitted to the outpatient or inpatient clinics. There was no advertisement in any media. Patients were interviewed with a focus on the period immediately preceding the date of admission. Other inclusion criteria were at least 18 years of age and use of at least one of the substances under investigation in the 30 days prior to the interview. The only exclusion criterion was presence of neurological or severe psychiatric illness with symptoms at the moment of the interview, ascertained by trained clinical interviewers.

Of all the patients screened at the participating research centers, seven patients were not included in the sample due to severe depressive or psychotic symptoms, and four patients did not accept to participate in the study. The strategy of including patients from both inpatient and outpatient programs was specifically intended to generate a sample with characteristics similar to that of the typical Brazilian population who seeks specialized alcohol and drug treatment.

All patients included in the study were assessed using the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6), a multidimensional semi-structured interview lasting between 45 to 90 minutes, administered by a previously trained interviewer. The instrument assesses the patient's lifetime and recent status in seven functional areas or subscales, namely, medical status, employment and support, legal status, family and social status, psychiatric status, alcohol use, and drug use. Assessment of symptoms/problems in each functional area covers the patient's lifetime, the six previous months, and particularly the 30 days prior to the interview. Presently, one set of summary scores is available, the ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs), which covers status/functioning in the past 30 days and provides objective information by combining rational and empirical methods. One score is generated for each area, except for the family/social area, in which three scores are generated (problems, support, and child problems). The SS-Rs are presented as standardized T-scores with a mean of 50 and a standard deviation of 10, and may range from 0 to 100. The instrument has been adapted to Brazilian Portuguese.<sup>34,35</sup>

Using questions from the ASI-6 (see below), patients were divided into three groups based on the main substance causing problems and leading them to seek treatment: CC patients (n=293), PC patients (n=126), and NC patients (n=319, mostly alcohol [76%] and marijuana [12%] dependents that did not use any type of cocaine – the remainder used drugs such as amphetamines and inhalants). Some of the patients in the crack and cocaine groups sometimes used alcohol and/or marijuana but reported

cocaine to be their main problem. Groups were compared in relation to social and demographic variables, presence of psychiatric comorbidities, and severity of psychosocial problems.

In order to evaluate comorbidities, three of the centers used the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI-Plus) concomitantly with the ASI-6 (CPAD, CETAD, and PROMUD). MINI-Plus is a short (15-30 minute long), structured diagnostic interview compatible with DSM-IV and ICD-10 criteria, and was applied by previously trained interviewers. The instrument has shown overall satisfactory reliability indexes and has been previously validated in Brazilian Portuguese, with a test-retest reliability of  $> 0.75$ .<sup>36-38</sup> Some cases with a doubtful/inconsistent diagnosis or an incomplete questionnaire were removed from the analysis. Thus, the analysis of MINI-Plus results was based on a smaller sample, of 290 patients.

It is relevant to mention that this study is part of a larger study that aimed at validating the ASI-6 in Brazil. Because of logistical limitations, each of the five research centers involved in the study was instructed to apply other instruments concurrently with ASI-6 to 100 patients, in order to test the validity of the adapted version; three of them were instructed to use the MINI-Plus. Diagnosis of ASPD on MINI-Plus is established when at least two criteria for the disorder (e.g. '[did you] force someone to have sex with you?', 'deliberately destroy things or start fires?', 'start fights or bully, threaten, or intimidate others?', 'repeatedly lie, cheat, "con" others, or steal?', etc.) are met before age 15, in addition to at least three antisocial criteria after age 15. In turn, diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in these three centers was confirmed using the Adult Self-Report Scale (ASRS screener), a version based on DSM-IV "A" criteria for ADHD comprised of 6 questions adapted to screen for this disorder in adult populations. ASRS screener has already been translated into Brazilian Portuguese and has been used in many studies designed to assess ADHD in adults.<sup>39</sup>

### *Interviewers*

All the 25 interviewers involved in the study were graduated psychologists. Interviewer selection was based on the candidate's abilities in multiple areas, including: a) experience in dealing with sensitive questions, such as drug use and its consequences; b) comprehension of research principles and experience in obtaining informed consent; and c) interest in the objectives of the study.

### *Logistics and quality control*

Quality of the data collected was ensured mostly via training, supervisory oversight, and support provided to the field interviewers by the research center

coordinators. In order to analyze inter-rater reliability, we compared the scores of 41 random pairs of interviewers from all centers who individually interviewed the same patient (total of 41 patients). Inter-rater comparisons showed similar scores between interviewers in all areas of the ASI-6, except for employment, which was not used in the present analysis, and alcohol areas. The effect size for differences in the means obtained in each group was moderate (0.75) for the employment subscale and small (0.43) for the alcohol subscale.

Throughout the entire process of data collection, a weekly meeting was held with each research center to oversee the data collection process and solve logistical problems. After data collection, each center was responsible for sending the original questionnaires to the coordinating center (CPAD/UFRGS), where all data were entered into a single database by two junior statisticians. On a weekly basis, the principal investigator called or emailed the coinvestigators to discuss patient recruitment and solve problems related to data collection.

### *Statistical analysis*

Data were entered into an Access database and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 18.0. Categorical variables were described as absolute and relative percentage frequencies and compared between the groups using the chi-square test. Quantitative variables with a symmetrical distribution were described as means and standard deviation and compared using analysis of covariance (ANCOVA) followed by Bonferroni's post-hoc test. Effect sizes were calculated for the most relevant comparisons. Quantitative variables with an asymmetrical distribution were presented as medians and interquartile ranges and compared using the Kruskal-Wallis test. Poisson regression with robust error variance was used to adjust for potential confounders between groups, psychiatric comorbidities, and engagement in illegal or violent activities (sex, age, type of treatment [outpatient vs. inpatient], use of prescribed drugs [number of days of use in the past 6 months], and therapy sessions [number of sessions attended in the past 6 months]). These adjustments were presented as prevalence rates (Pr) and 95% confidence intervals (95%CI). Significance was set at 5% ( $p < 0.05$ ).

### *Ethical considerations*

All patients were submitted to standard informed consent procedures and were only allowed to sign the consent forms after a thorough review of the study objectives and limitations and of patients' rights. The study was approved by the Institutional Review Board of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and by the respective boards of

all centers included in the study. Patients received the equivalent of U\$ 15 after each interview as a compensation for their costs with food and transportation.

### III. Results

Table 1 shows the social and demographic characteristics of the sample. CC and PC patients were significantly younger than NC patients. There was a significant predominance of men in the two cocaine groups when compared with the group using other PAS. The three groups were similar with regard to marital status, skin color, treatment system (inpatient/outpatient), and education level. Nevertheless, we found that one center (CETAD) had a higher proportion of Afro-Brazilian patients. Other demographic data were quite similar among centers. CETAD also had the highest percentage (52.9%) of marijuana consumption in the 30 days preceding the evaluation, but the difference was not significant. Use of other drugs and severity of problems related to drug use were very similar in all centers.

**Table 1 – Social and demographic characteristics (n=738)**

Variable	Crack cocaine users (past 30 days) n=293	Powder cocaine users (past 30 days) n=126	Non-cocaine PAS users (past 30 days) n=319	p
Age <sup>1</sup>	31.1±8.1 <sup>a</sup>	32.9±8.8 <sup>a</sup>	42.4±12.0 <sup>b</sup>	<0.001
Male sex <sup>3</sup>	240 (81.9) <sup>a</sup>	104 (82.5) <sup>a</sup>	221 (69.9) <sup>b</sup>	0.001
Income (U.S. dollars) <sup>2</sup>	555 (0-2,297)	1000 (0-2,777)	555 (0-2, 666)	0.555
Living with sexual partner <sup>3</sup>	87 (29.7)	46 (36.5)	115 (36.4)	0.168
White <sup>3</sup>	147 (50.2)	70 (55.6)	168 (53.2)	0.560
Outpatient clinic <sup>3</sup>	163 (55.6)	77 (61.1)	198 (61.1)	0.333
Elementary or high school education <sup>3</sup>	210 (71.7)	94 (74.6)	212 (65.4)	0.094

PAS= psychoactive substance

1 = Quantitative variable with symmetric distribution described as mean ± standard deviation and compared using ANOVA.

2 = Quantitative variable with asymmetric distribution described as median (interquartile range) and compared using the Kruskal-Wallis test.

3 = Categorical variables described as n (%) and compared using the chi-square test. Patients were recruited from outpatient and inpatient clinics.

Groups with different letters (a and b) represent statistically significant difference.

The median obtained on ASI-6 for years using alcohol was 5 years in the CC group, 10 years in PC patients, and 15 years in the NC group ( $p < 0.001$ ). Marijuana use was more common in the CC group (65%) when compared with the other two groups (28.6% in the PC and 22.8% in the NC group); marijuana consumption was also more frequent in the CC group, with a median of 4 days in the past 30 days using the drug among CC patients and zero in the other two groups ( $p < 0.001$ ). Finally, CC patients presented higher results for years using marijuana, with a median of 8 years compared to 3 years in the PC group ( $p < 0.001$ ). Use of other drugs in the past 30 days was similar between the groups for sedatives (27.6% in CC, 25.4% in PC, and 26.6% in NC patients;  $p = 0.887$ ), stimulants (3.1%, 4.0%, and 4.1%, respectively;  $p = 0.777$ ), and hallucinogenic drugs (3.4%, 2.4%, and 3.2%;  $p = 0.856$ ). The median obtained for use of opioids and inhalants was zero in all groups.

The analysis of psychiatric comorbidities (Table 2) shows a higher frequency of manic episodes and current suicide risk in the cocaine groups (both crack and powder cocaine) than in NC patients; however, after adjustment for confounding factors (sex, age, type of treatment [outpatient vs. inpatient], use of prescribed drugs [number of days of use in the past 6 months], and therapy sessions [number of sessions attended in the past 6 months]), this finding was not confirmed by the confidence interval obtained. The occurrence of depressive or anxiety disorders was not statistically different across the groups. CC patients presented lower levels of alcohol dependence when compared with PC patients and significantly lower levels when compared with NC patients. CC patients also showed a higher rate of ASPD than the other two groups.

**Table 2 – Psychiatric comorbidities in the past 12 months evaluated by the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) at three centers (290 cases)**

Psychiatric disorders	Crack cocaine users n=115	Powder cocaine users n=36	Non-cocaine PAS users n=139	p*	Adjusted Pr (95%CI)**
Current major depressive episode	55 (47.8) n=115	16 (44.4) n=36	62 (45.3) n=137	0.905	1.1 (0.7-1.8)
Recurrent major depressive episodes	31 (27.7) n=112	15 (44.1) n=34	40 (31.7) n=126	0.333	1.1 (0.6-1.9)
Current dysthymic disorder	8 (6.9) n=115	2 (5.5) n=36	11 (8.0) n=137	0.905	1.3 (0.4-4.0)
Current suicide risk	54 (47.4) <sup>a,b</sup> n=114	24 (66.7) <sup>a</sup> n=36	53 (38.7) <sup>b</sup> n=137	0.043	1.2 (0.7-1.8)**
Manic episode	33 (29.5) n=112	13 (36.1) n=36	25 (18.4) n=136	0.106	1.6 (0.9-3.1)
Lifetime panic disorder	9 (8.1) n=111	3 (8.3) n=36	8 (6.1) n=132	0.849	1.5 (0.5-4.4)
Anxiety disorder	24 (21.2) 113	10 (27.8) 36	35 (25.5) 137	0.800	1.3 (0.7-2.4)
Current alcohol dependence	48 (42.1) <sup>a</sup> n=114	21 (58.3) <sup>a,b</sup> n=36	103 (75.2) <sup>b</sup> n=137	0.013	0.6 (0.4-0.9)
Current alcohol abuse	12 (10.5) n=114	7 (17.9) n=36	21 (15.3) n=137	0.304	0.8 (0.3-2.3)
Current psychosis syndrome	16 (14.2) n=113	5 (15.6) n=32	16 (11.7) n=137	0.849	0.9 (0.4-1.9)
Eating disorders	3 (2.6) n=115	2 (5.6) n=36	5 (3.6) n=139	0.824	1.2 (0.2-6.3)
Antisocial personality disorder	28 (24.8) <sup>a</sup> n=113	3 (8.8) <sup>b</sup> n=34	12 (8.9) <sup>b</sup> n=135	0.013	2.6 (1.1-6.4)
Attention deficit and hyperactivity disorder***	43 (36.8) n=115	17 (47.2) n=36	40 (29.2) n=137	0.304	1.5 (0.9-2.6)

PAS = psychoactive substance; 95%CI = 95% confidence interval. Variables described as n (%) and compared using the chi-square test with Bonferroni's correction\*. Some cases with a doubtful diagnosis or an incomplete questionnaire were removed from the analysis and considered as losses, thus leading to small differences in the total samples used in different analyses. \*\* Prevalence rates calculated between cocaine crack users and non-cocaine PAS users and adjusted for sex, age, type of treatment (outpatient vs. inpatient), use of prescribed medications (number of days of use in the past 6 months), and therapy sessions (number of sessions attended in the past 6 months) using Poisson regression with robust error variance. Groups with different letters (a and b) represent statistically significant difference.\*\*\* Suicide risk was adjusted for depression.\*\*\* Presence of attention deficit and hyperactivity disorder was evaluated using the Adult Self-Report Scale

A subanalysis was run to assess differences across the participating centers in terms of the diagnoses made, and no significant differences were found, except for alcohol abuse, which was higher ( $p=0.01$ ) in CETAD (47.6%) when compared with CPAD (21.9%) and PROMUD (22.2%), and psychotic syndrome, which was also higher ( $p=0.002$ ) in CETAD (20.7%) when compared with CPAD (13.1%) and PROMUD (3.4%). ASI-6 summary scores showed that CC patients presented significantly more drug-related, psychiatric and legal problems, as well as problems related to employment/support and family/social context (Table 3), than NC patients. Effect sizes were moderate for the comparison between mean scores obtained on ASI-6 alcohol and legal subscales and larger for the drug area. Other effect sizes were small.

**Table 3 – Summary scores of the Addiction Severity Index (ASI-6) in the 30 days prior to the interview at five centers (738 cases)**

Summary scores	Crack cocaine users n=293	Powder cocaine users n=126	Non-cocaine PAS users n=319	P*	Effect size (95%CI)**
Drug	55.6 (54.7-56.6) <sup>a</sup>	52.2 (50.7-53.6) <sup>b</sup>	39.1 (38.1-40.0) <sup>c</sup>	0.009	1.94 (1.75-2.14)
Family/Child	52.7 (51.8-53.5)	51.9 (50.6-53.3)	51.3 (50.4-52.2)	0.135	0.18 (0.02-0.34)
Alcohol	52.0 (50.9-53.1) <sup>a</sup>	55.8 (54.1-57.5) <sup>b</sup>	59.6 (58.5-60.7) <sup>c</sup>	0.009	-0.79 (-0.95- -0.62)
Psychiatric	51.7 (50.7-52.7) <sup>a</sup>	50.7 (49.3-52.2) <sup>a,b</sup>	48.9 (48.0-49.8) <sup>b</sup>	0.009	0.32 (0.15-0.47)
Medical	46.9 (45.7-48.0)	46.5 (44.8-48.2)	46.4 (45.3-47.5)	0.840	0.05 (-0.11-0.21)
Legal	51.8 (51.1-52.5) <sup>a</sup>	50.1 (48.9-51.2) <sup>b</sup>	48.1 (47.4-48.8) <sup>c</sup>	0.009	0.61 (0.45-0.77)
Employment	43.7 (42.5-45.0)	42.7 (40.8-44.7)	41.4 (40.2-42.6)	0.051	0.22 (0.06-0.38)
Family/Social Support	46.2 (45.0-47.5)	44.9 (43.1-46.8)	46.2 (45.0-47.5)	0.464	-0.01 (-0.17-0.15)
Family/Social Problem	56.2 (55.1-57.3) <sup>a</sup>	54.8 (53.2-56.5) <sup>a,b</sup>	53.3 (52.3-54.4) <sup>b</sup>	0.009	0.31 (0.15-0.47)

PAS= psychoactive substance; 95%CI = 95% confidence interval.

Quantitative variables with symmetric distribution described as adjusted means; p values calculated using Bonferroni's correction\*. Effect sizes calculated between crack cocaine users and non-cocaine PAS users; 95%CI calculated using ANCOVA followed by Bonferroni's test\*\* and adjusted for sex, age, and type of treatment (outpatient vs. inpatient). Groups with different letters (a and b) represent statistically significant difference.

Table 4 shows that CC and PC patients were statistically similar with regard to engagement in violent or illegal activities, although the CC group presented higher percentages in virtually all categories assessed by ASI-6. When comparing the two cocaine groups with the NC group, the former presented significantly higher rates of violent/illegal activities.

**Table 4 – Violent and/or illegal activities in the past 6 months according to ASI-6 at five centers (738 cases)**

Activities	Crack cocaine users n=293	Powder cocaine Users n=126	Non-cocaine PAS users n=319	p	Adjusted Pr (95%CI)*
Selling or manufacturing drugs	39 (13.3) <sup>a</sup>	13 (10.3) <sup>a</sup>	10 (3.2) <sup>b</sup>	0.019	2.5 (1.1-5.3)
Prostitution	19 (6.5) <sup>a</sup>	6 (4.8) <sup>a,b</sup>	5 (1.6) <sup>b</sup>	0.019	2.5 (0.8-7.7)
Robbery	41 (14.0) <sup>a</sup>	13 (10.3) <sup>a,b</sup>	7 (2.2) <sup>b</sup>	0.019	3.5 (1.3-8.9)
Burglary and theft	69 (23.5) <sup>a</sup>	15 (11.9) <sup>b</sup>	14 (4.4) <sup>c</sup>	0.019	2.8 (1.5-5.2)
Shoplifting	16 (5.5) <sup>a</sup>	6 (4.8) <sup>a,b</sup>	3 (0.9) <sup>b</sup>	0.019	2.8 (0.8-10.1)
Motor vehicle theft	4 (1.4) <sup>a</sup>	4 (3.2)	0 (0) <sup>b</sup>	0.394	-
Forgery	10 (3.4)	3 (2.4)	5 (1.6)	0.116	1.3 (0.4-5.1)
Fraud	8 (2.7)	4 (3.2)	2 (0.6)	0.137	3.6 (0.4-28.8)
Vandalism	13 (4.4)	2 (1.6)	6 (1.9)	0.019	1.1 (0.4-3.2)
Property offense	15 (5.1) <sup>a</sup>	4 (3.2) <sup>a,b</sup>	3 (0.9) <sup>b</sup>	0.019	2.3 (0.6-7.9)
Threatening or assaulting	94 (32.1) <sup>a</sup>	29 (23.0) <sup>a,b</sup>	48 (15.2) <sup>b</sup>	0.019	1.5 (1.0-2.2)
Threatening without physical assault	59 (20.1) <sup>a</sup>	17 (13.5) <sup>a,b</sup>	33 (10.4) <sup>b</sup>	0.019	1.3 (0.8-2.1)
Assault with a weapon	15 (5.1)	3 (2.4)	6 (1.9)	0.098	1.2 (0.5-3.3)
Assault without a weapon	54 (18.4) <sup>a</sup>	16 (12.7) <sup>a,b</sup>	27 (8.5) <sup>b</sup>	0.019	1.4 (0.8-2.4)
Sexual assault	1 (0.3)	0 (0)	2 (0.6)	0.645	-
Murder	2 (0.7)	0 (0)	1 (0.3)	0.611	-
Carrying an unlicensed weapon	26 (8.9) <sup>a</sup>	6 (4.8) <sup>a,b</sup>	6 (1.9) <sup>b</sup>	0.019	2.5 (0.9-6.5)
Illegal gambling	12 (4.1)	5 (4.0)	11 (3.5)	0.920	1.1 (0.4-3.0)
Having been arrested since the age of 18	72(24.6) <sup>a</sup>	34 (27.0) <sup>a</sup>	36 (11.4) <sup>b</sup>	0.019	2.2 (1.4-3.5)

PAS= psychoactive substance; 95%CI = 95% confidence interval.

Variables described as n (%) and compared using the chi-square test with Bonferroni's correction.

\* Prevalence rates calculated between cocaine crack users and non-cocaine PAS users and adjusted for sex, age, and type of treatment (outpatient vs. inpatient) using Poisson regression with robust error variance .

Groups with different letters (a and b) represent statistically significant difference.

#### IV. Discussion

This is the first Brazilian multi-center study to conduct a detailed analysis of comorbidity and psychosocial problems related to the use of crack cocaine in treatment-seeking users. According to our findings, crack cocaine is associated with problems that severely affect the user's health and social/family life, with special emphasis on the high prevalence of psychiatric disorders, such as ASPD, and the more frequent engagement of these patients in violent or illegal activities when compared with users of other drugs.

The association between cocaine consumption and psychiatric symptoms (e.g. anxiety) and mood disorders has been documented in previous studies.<sup>22,40</sup> The findings of the present article contribute to the existing body of knowledge in that they show a greater prevalence of ASPD in CC patients when compared with PC and NC. These findings corroborate a study published in 2004 that observed the presence of ASPD in 24% of 313 out of treatment crack users.<sup>26</sup>

ASPD is commonly described in populations of substance abusers and it may be associated not only with the presence of more severe psychosocial problems, but also with risk behaviors, e.g. a higher exposure to HIV infection.<sup>41-43</sup> A study designed to compare adult patients with substance use disorders (n=606) with and without ASPD revealed several differences: patients diagnosed with ASPD had more legal, family and substance-related problems; they were using psychoactive substances for longer times, especially illegal drugs and tobacco; they started to use alcohol and tobacco earlier in life; and they tended to undergo more extensive treatments in terms of number of admissions, treatment modalities, days, and costs).<sup>43</sup> These findings suggest that the strong association observed between substance use disorders and ASPD may aggravate the clinical characteristics of these patients and the extent of care provided, with impacts on healthcare costs and long-term damages for patients. In this context, an adequate assessment of ASPD and the delivery of specific treatment become especially important in this population, favoring prognosis and the development of cost-effective interventions.<sup>41,42</sup>

High levels of impulsivity and increased risk-taking are thought to be features of both addictive disorders and ASPD. Given the elevated prevalence of ASPD among crack cocaine users, it is possible to infer that drug addiction may exacerbate impulsivity and risk-taking propensity in these patients.<sup>19</sup> Addicted individuals show impairment in response inhibition, and there is evidence that dysfunction of frontal brain regions involved with inhibitory control underlies this behavior.<sup>44,45</sup> Other findings suggest that this may operate as a bidirectional etiological factor: repeated drug

exposure can impair response inhibition, but impulsivity can also predispose to drug dependence.<sup>46</sup>

With regard to the presence of psychiatric comorbidities in the past 12 months as assessed by MINI, a high prevalence of suicide risk was observed among cocaine and crack users, although without significant differences between the groups after adjustment for other confounding factors, such as depressive episode. We also observed high indexes of current major depressive episodes and ADHD in the three groups, findings that are in line with the existing literature, which suggests that substance use disorders are usually associated with other mental diseases.<sup>1,18-20,22</sup>

One Brazilian study has reported a high prevalence of psychiatric symptoms among cocaine users, with rates ranging between 27.4 and 53.4%. This finding suggests that psychiatric symptoms should be properly evaluated so that the treatment of these patients can be better planned, including variables other than just PAS abuse and dependence.<sup>19</sup> In turn, PAS-induced disorders pose an important challenge to clinicians and investigators concerning both diagnosis and treatment, as cocaine abuse may lead to syndromes which are similar to other psychiatric conditions. Many symptoms of cocaine intoxication and withdrawal, for example, resemble mood and anxiety disorder symptoms; therefore, a detailed evaluation of the presence of drug-related comorbid psychiatric disorders is necessary in the management of these patients.<sup>22</sup>

In spite of the reasonable body of evidence available on the concurrent use of alcohol and cocaine, few studies so far have distinguished between different forms of cocaine administration and different patterns of alcohol consumption and use of other drugs. In our study, ASI-6 scores revealed differences with moderate effect sizes between CC and PC patients. CC patients reported less severe alcohol-related problems, but a clear distinction between the two groups was not possible to obtain in terms of the diagnosis of alcohol dependence. In the study conducted by Falck et al., 57.4% of crack addicts recruited in a community sample filled DSM-IV criteria for alcohol dependence, compared with only 15.6% among non-dependent individuals.<sup>20</sup> Differences in drinking behavior between powder cocaine and crack cocaine users have been evaluated elsewhere.<sup>17,31,47</sup>

Multiple substance abuse is considered to be an important research topic in the field of drug dependence, especially because the association of different drugs may increase the risk of overdose and negatively impact treatment outcomes. The consumption of multiple substances can be either concurrent or sequential,<sup>47,48</sup> and can occur for different reasons, e.g. to potentiate drug effects or to modify them (combined use of different substances to neutralize the undesirable effects of one or more drugs),

for replacement purposes (when the preferred drug is not available), or as a result of social influence (e.g. drug use induced by the behavior of other users).<sup>47</sup> In this sense, a better understanding of the drug combinations frequently found among psychoactive drug users may contribute to the development of more effective preventive strategies and therapeutic interventions aimed at this population. For example, one study has shown that crack users tend to present an increased frequency of use and more severe levels of dependence on cocaine, and that they are more prone to consume other illegal PAS in combination with alcohol and cocaine, such as benzodiazepines and heroin. Conversely, powder cocaine users tend to report involvement with other stimulants, such as ecstasy and amphetamines.<sup>47</sup> In our study, CC patients reported higher rates of marijuana consumption, both in quantity and time using the drug, when compared with the other two groups assessed.

The CETAD data collection site, located in northeast Brazil, had a higher prevalence of marijuana use, a finding that underscores the influence of cultural factors on the choice of drugs. As expected, the sample recruited at that center presented a different ethnic distribution, with a higher number of Afro-Brazilian patients when compared to the other four sites, whose samples were predominantly Caucasian. According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics, 78% of the population in that region is Afro-Brazilian<sup>49</sup>. Fraga (2006) describes that marijuana was introduced into Brazil through the Atlantic slave trade, which brought people from Africa in ships that reached mainly the state of Bahia, in the northeastern Brazilian coast. In fact, some authors hypothesize that the high prevalence of marijuana use and abuse currently observed in the region is still a legacy of that period.<sup>50</sup>

In our sample of CC patients, ASI-6 scores for legal, psychiatric and family problems were significantly higher than those observed in the other two groups, suggesting that crack users may have more severe problems in these areas, although with little clinical impact resulting from the differences observed. This probably reflects the need of this group to use the drug more frequently – as a result of its immediate effects and short half-life, features that determine its dependence potential – in addition to other aspects, such as lifestyle, isolation behavior, and exposure to risk situations.

Interestingly, our findings also confirm some of the impressions of the first investigation about crack consumption in Brazil, conducted in São Paulo in 1994, using an ethnographic approach, with a sample of 25 crack cocaine users.<sup>51</sup> At that time, “typical” crack users were described as poor men, under 30 years of age, unemployed, with low education, and coming from shantytowns. According to the findings of that study, crack users presented a more severe pattern of consumption, were more frequently involved in illegal activities, were more prone to adverse effects, were more

frequently involved in prostitution, and more often lived in the streets when compared with powder cocaine users. Moreover, crack users presented higher rates of social and health problems than cocaine snorters. In the present days, although crack use is still rather prevalent among the lowest socioeconomic classes, there is a growing number of users coming from more favored economic strata.<sup>23,52</sup> It remains to be confirmed whether the higher engagement in illegal activities observed in these patients is related to the lifestyle of crack users, to the presence of psychiatric comorbidities, to the use of crack cocaine per se, or yet to the concurrent use of multiple PAS.

In Brazil, a study conducted with 350 patients recruited from substance abuse treatment clinics in São Paulo showed that crack cocaine use appears to be related with increased levels of violence and drug trafficking. The same study also reported a higher frequency of past history of imprisonment among crack cocaine users, mainly for drug-related offenses.<sup>53</sup> The relationship between crack cocaine use and criminal involvement has also been previously investigated, and some studies have suggested an association between previous history of legal problems and higher levels of anxiety, depression, and craving.<sup>11,54</sup>

In our study, the illegal activities most frequently observed among CC and PC patients were drug trafficking, thefts and/or burglary, threats or physical aggression (including the use of guns), and imprisonment. The strong association between drug abuse and engagement in violent or illegal activities might be explained by the psychopharmacological characteristics and consequent impulsivity induced by the drug, i.e., they could be manifestations of short- or long-term drug effects. However, an important study using data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) has supported that higher levels of violence appear to be associated with variables that increase the individual's vulnerability to the use of crack cocaine rather than powder cocaine: the likelihood of violence among crack users was greater when compared with cocaine snorters at a bivariate level, but the differences lost significance after adjustment for demographic variables, mood disorders and non-cocaine substance abuse disorders. Therefore, according to the NESARC study, social and demographic characteristics, psychiatric variables and non-cocaine substance use disorders, rather than crack use per se, are the most crucial contributors to the increased prevalence of violent and illegal activities observed among crack users.<sup>55</sup>

Another possible explanation for the frequent occurrence of crime among users of crack cocaine and other drugs is related to economic factors: thefts, robbery, and threats may have the objective of raising money to buy more drug and maintain addiction. Moreover, drug trafficking has historically involved violent events. Other

variables such as poverty, educational difficulties and high rates of unemployment may also reinforce the close association between illegal activities and use of PAS.<sup>53</sup> Finally, it is also important to mention that antisocial behaviors such as physical aggression<sup>56</sup>, impulsivity<sup>57</sup>, delinquency, and high propensity for crime<sup>58,59</sup> are often strongly associated with the co-occurrence of ASPD and substance use disorder.

### Strengths and Limitations

Multi-center studies have the advantage of potentially allowing the generalization of results. Our study, for example, included clinics located in different Brazilian regions, thus accounting for important cultural differences within the same country. However, our samples comprised inner-city treatment-seeking drug users from four state capitals, namely those with the highest rates of cocaine consumption in Brazil,<sup>5</sup> which makes it impossible to generalize our findings to users from other Brazilian areas or cities. Other important limitations include the absence of confirmation of substance use with urine drug screening tests, the absence of diagnostic confirmation of cocaine dependence, and the cross-sectional design of our study, which prevents the assessment of causality between the main results obtained. In spite of these methodological limitations, our findings do allow to speculate that a serious epidemic of crack use is affecting many large cities in Brazil.

With regard to the evaluation of psychosocial problems, the instrument used in our study to identify ASPD (MINI-Plus) is compatible with DSM-IV criteria, suggesting that diagnoses were adequately established. Notwithstanding, the assessment of violent/illegal behaviors in the past 12 months using the same instrument did not provide information on whether the behaviors were or not induced by the use of drugs, which may affect the validity of a primary diagnosis of ASPD.<sup>60</sup>

### Conclusions

Our findings, combined to the recent increase observed in the prevalence of crack use in Brazil, highlight the severity of psychiatric symptoms and psychosocial problems related to this powerful drug and corroborate the findings of other studies that have shown an association between crack/cocaine, violence, and legal problems. Threats, physical aggression, trafficking and robbery were among the activities most frequently reported in our CC and PC patient groups, differently from NC patients. These results provide additional evidence that crack and powder cocaine users are at increased risk for engaging in violent events and illegal activities. The high prevalence of legal problems, especially events involving physical aggression observed in our

sample of CC patients when compared with other patients, raises concerns and may be related to a poorer quality of life in this population.

Finally, the findings of the present study can potentially be used to assist in the development and implementation of government policies aimed specifically at these patients, perhaps by suggesting that resources be focused mostly on the prevention and treatment of crack use. Moreover, treatment programs aimed at crack users should routinely consider the possibility of associated psychiatric comorbidities, such as ASPD, which may affect treatment outcomes. Future investigations are warranted to continue investigating differences in the concurrent problems among users of crack cocaine and other drugs.

#### Acknowledgements

We are grateful to Antônio Nery and Esdras Cabus for their assistance with data collection in the state of Bahia.

## V. References

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. Jan 1994;51(1):8-19.
2. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC. Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States: evidence from the National Comorbidity Survey Replication, 2001-2003. *Drug Alcohol Depend*. Oct 2007;90(2-3):210-223.
3. (PAHO) PAHO. Drug Use Epidemiology in Latin America and the Caribbean: A Public Health Approach. Washington, D. C.2009.
4. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res*. Apr 2004;37(4):523-531.
5. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. *CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo*. São Paulo: Páginas & Letras; 2007:1-472.
6. Carlini E, Galduróz J, Noto A, Napo S. *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas Psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: [CEBRID] Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
7. Formiga L, Santos L, Dumcke T, Araujo R. Comparing the profile of chemical dependents hospitalized at a chemical dependency unit in Porto Alegre/RS in 2002 and 2006. *Rev HCPA*. 2009;29(2):120-126.
8. Prinzleve M, Haasen C, Zurhold H, et al. Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups. *Eur Addict Res*. 2004;10(4):147-155.

9. Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H, et al. Cocaine use in Europe - a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res.* 2004;10(4):139-146.
10. Miech R, Chilcoat H, Harder V. The increase in the association of education and cocaine use over the 1980s and 1990s: evidence for a 'historical period' effect. *Drug Alcohol Depend.* Sep 2005;79(3):311-320.
11. Schifano F, Corkery J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). *J Psychopharmacol.* Jan 2008;22(1):71-79.
12. Fischer B, Coghlan M. Crack use in North American cities: the neglected 'epidemic'. *Addiction.* Sep 2007;102(9):1340-1341.
13. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias A, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr.* Sep 2006;28(3):196-202.
14. Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl).* Feb 2004;172(1):78-86.
15. Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *Br J Psychiatry.* May 1994;164(5):660-664.
16. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health.* 2006;6:10.
17. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend.* Mar 2002;66(1):21-28.
18. Morton WA. Cocaine and Psychiatric Symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* Aug 1999;1(4):109-113.
19. Kessler F, Woody G, De Boni R, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure. *Public Health.* Dec 2008;122(12):1349-1355.
20. Falck R, Wang J, Siegal H, Carlson R. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis.* Jul 2004;192(7):503-507.
21. Ferri C, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addict Behav.* 1999;24(6):815-821.
22. Herrero M, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal M. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction.* Feb 2008;103(2):284-293.
23. Duailibi L, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008;24 Suppl 4:s545-557.
24. Compton M, Weiss P, West J, Kaslow N. The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Dec 2005;40(12):939-946.
25. Pavarin R. Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Ann Ist Super Sanita.* 2006;42(4):477-484.
26. Kleinman P, Miller A, Millman R, et al. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis.* Jul 1990;178(7):442-447.

27. Watkins K, Hunter S, Wenzel S, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. Nov 2004;30(4):749-764.
28. Rounsaville B. Treatment of cocaine dependence and depression. *Biol Psychiatry*. Nov 2004;56(10):803-809.
29. Martin C, Clifford P, Maisto S, Earleywine M, Kirisci L, Longabaugh R. Polydrug use in an inpatient treatment sample of problem drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. May 1996;20(3):413-417.
30. Mierzejewski P, Rogowski A, Stefanski R, Goldberg S, Kostowski W, Bienkowski P. Ethanol-reinforced behaviour predicts acquisition but not extinction of cocaine self-administration in the rat. *Alcohol Alcohol*. 2003;38(6):543-549.
31. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction*. Sep 2006;101(9):1292-1298.
32. Laranjeira R, Marques A, Ramos SP, Campana A, Luz EJ, França J. Who runs alcohol policy in Brazil? *Addiction*. Sep 2007;102(9):1502-1503.
33. Evans-Campbell T, Lindhorst T, Huang B, Walters K. Interpersonal violence in the lives of urban American Indian and Alaska Native women: implications for health, mental health, and help-seeking. *Am J Public Health*. Aug 2006;96(8):1416-1422.
34. McLellan A, Cacciola J, Alterman A, Rikoon S, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict*. 2006;15(2):113-124.
35. Kessler FHP, Cacciola J, Faller S, et al. Multi-center transcultural adaptation of the sixth version of Addiction Severity Index (ASI6) for Brazil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29:335-336.
36. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12(5):224-231.
37. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
38. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev.Bras.Psiquiatr*. 2000;22(3):106-115.
39. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzâ M, Dias G, Romano M. Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Rev. psiquiatr. clín*. 2006;33(4):188-194.
40. Rounsaville B, Anton S, Carroll K, Budde D, Prusoff B, Gawin F. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. Jan 1991;48(1):43-51.
41. Costa J, Valerio N. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas psicol*. 2008;16(1):119-132.

42. Ladd GT, Petry NM. Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *J Subst Abuse Treat.* Jun 2003;24(4):323-330.
43. Westermeyer J, Thuras P. Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2005;31(1):93-110.
44. Cunha PJ, Bechara A, de Andrade AG, Nicastrí S. Decision-making deficits linked to real-life social dysfunction in crack cocaine-dependent individuals. *Am J Addict.* Jan 2011;20(1):78-86.
45. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, et al. Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *Neuroimage.* Feb 2010;49(3):2536-2543.
46. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(4):777-810.
47. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(2):121-125.
48. Flanner B, Morgenstern J, McKay J, Wechsberg W, Litten R. Co-occurring alcohol and cocaine dependence: recent findings from clinical and field studies. *Alcohol Clin Exp Res.* Jun 2004;28(6):976-981.
49. IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
50. Fraga PCP. Plantios ilícitos no Brasil: notas sobre a violência e o cultivo de cannabis no polígono da maconha. *Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria.* 2006;9(15):95-118.
51. Nappo S, Galduróz J, Noto A. Uso do crack em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL.* 1994;16(2):75-83.
52. Nappo S, Galduróz J, Raymundo M, Carlini E. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs.* 2001 Jul-Sep 2001;33(3):241-253.
53. de Carvalho H, Seibel S. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64(9):857-866.
54. Siegal H, Falck R, Wang J, Carlson R. Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. *Drug Alcohol Depend.* Oct 2002;68(2):159-166.
55. Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert AS, Howard MO. Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.* Jul 2010;36(4):181-186.
56. Petras H, Kellam SG, Brown CH, Muthén BO, Ialongo NS, Poduska JM. Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first- and second-grade classrooms. *Drug Alcohol Depend.* Jun 2008;95 Suppl 1:S45-59.
57. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Benning SD, Kramer MD. Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol.* Nov 2007;116(4):645-666.

58. Fontaine RG. Evaluative behavioral judgments and instrumental antisocial behaviors in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* Dec 2006;26(8):956-967.
59. Howard MO, Balster RL, Cottler LB, Wu LT, Vaughn MG. Inhalant use among incarcerated adolescents in the United States: prevalence, characteristics, and correlates of use. *Drug Alcohol Depend.* Mar 2008;93(3):197-209.
60. Rutherford M, Cacciola J, Alterman A. Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. *Am J Psychiatry.* Jun 1999;156(6):849-856.

### **Carta de Aceite do American Journal on Addictions**

Dear Mr. Kessler:

We are pleased to inform you that we have accepted your manuscript entitled "Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems" for publication in The American Journal on Addictions. You will be notified when your manuscript is scheduled for publication.

Before we proceed with publication, we must receive your transfer of copyright agreement. Please log in to your ScholarOne account. From the Resources box on the Main Menu, select Instructions & Forms. Then please select and print the AJA Copyright Transfer Agreement. Please see that all authors sign a copy. More than one person may sign the same form, or you may make additional copies as necessary. Please return all completed forms to the Journal's office at PO Box 473, Colmar, PA 18915. Originals by mail are strongly preferred, but you may also fax to 215-822-3109, or scan and e-mail to [aaapaja@comcast.net](mailto:aaapaja@comcast.net).

As corresponding author, you will receive a PDF of the final version of your article, the opportunity to nominate 10 colleagues to receive free online access to your article, and other benefits through Wiley-Blackwell Author Services.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editorial Board of The American Journal on Addictions, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Dr. Sheldon Miller  
Editor-in-Chief, The American Journal on Addictions

## ARTIGO 5

Este artigo será submetido para o periódico Alcohol and Alcoholism (FI 2,13)

### **Quality of life and severity of problems in alcohol misusers and relations between the ASI-6 and WHOQOL-BREF**

Felix Kessler\*, Neusa Sica da Rocha\*\*, Sibeles Faller\*, Daniela Benzano\*, Ana Flávia  
Silva Lima\*\*, Anderson Ravy Stolf\*, Anne Orgler Sordi\*, Helena Moura\*, Ana  
Carolina Peuker\*, Flavio Pechansky\*

\*Center for Drug and Alcohol Research, Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(UFRGS), Brazil.

\*\*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Graduate Program in Medical Sciences:  
Psychiatry-UFRGS-Brazil.

Correspondence to:

Felix Henrique Paim Kessler, MD, MSc

Av. Itaqui, 89/103

CEP: 90460-140. Porto Alegre, RS, Brazil

## Abstract

**Objective:** To assess the association between ASI6 problem severity in alcohol misusers and quality of life (QoL). **Method:** 174 subjects considered that alcohol caused serious problems in their lives, leading them to seek treatment. They were included in the present study. All of them had problems related to alcohol misuse in the 30 days prior to the interview. The World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) was used to measure their QoL and the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) was used to investigate the severity of problems related to alcohol and substance use. The main outcome measures considered for the linear regression analyses were the WHOQOL-BREF domains. The independent factors were the areas of the ASI score, with the potential confounding factors of age, gender, and educational level. **Results:** The mean years of alcohol use and abuse were 15 and 11, respectively. When comparing the ASI-6 summary scores for recent functioning (SS-Rs) among tertiles of severity of alcohol problems, we found a significant difference ( $P = 0.002$ ) in the psychiatric area. The regression analyses between ASI-6 summary scores and WHOQOL-BREF domains were examined with variables that presented statistical significance in the correlation analysis. All ASI problem areas showed negative correlations with WHOQOL-BREF domains: the ASI medical area is associated with lower scores in all WHOQOL-BREF domains, the ASI psychiatric area with the WHOQOL-BREF psychological and physical domains, the ASI employment area with the WHOQOL-BREF physical and environmental domains, and the family social support area with the WHOQOL-BREF social and environmental domains. **Discussion:** Our results demonstrate a broad negative association between alcohol-related problems and QoL. Treatment and interventions should address these problem areas, not only to reduce substance use but also to significantly improve the QoL of alcoholics.

## Introduction

Harmful use of alcohol is a worldwide problem causing millions of deaths, diseases, injuries, and violence (WHO 2011). The significant interpersonal, psychological, and medical problems originated by alcohol misuse have an impact on different quality of life (QoL) domains. Nevertheless, there are few studies investigating

the relationship between alcohol use and QoL. Studies conducted in the general population have demonstrated that low doses of alcohol may improve QoL, especially in individuals older than 40 years old. An Australian study, for instance, (Byles, Young et al. 2006) showed that women aged between 70 and 75 years included in the low-intake reference category (1-2 drinks per day, 3-6 days per week) had a lower risk of death and higher health-related QoL. These results suggest that moderate alcohol intake may bring health benefits related to survival and QoL to older women. In contrast with these findings, Strandberg et al. conducted a cohort study of male subjects of high socioeconomic status and demonstrated that the highest alcohol consumption (> 3 drinks per day) had a negative effect on the mortality rate and it was associated with worse QoL in older individuals (Strandberg, Strandberg et al. 2004). These authors found that, over the long term, moderate alcohol intake by middle-aged men did not provide special benefits in comparison with abstinence. A study conducted in Finland to evaluate alcohol intake and QoL showed that for men all statistically significant associations between moderate drinking and improvement in QoL disappeared when controlled for confounding factors. For women, there was an association between moderate alcohol intake and QoL, but it was not clinically relevant. (Saarni, Joutsenniemi et al. 2008) A Danish study (Ventegodt and Merrick 2003) involving 1.501 subjects with different patterns of drug use showed that the group with the lowest QoL (10-20% below the group with the highest QoL) was characterized by people who used heroin, morphine, methadone, and a mixture of alcohol and tranquilizers.

Many other factors that can be associated with substance abuse could also influence QoL. Lahmek et al. investigated the improvement of the QoL of individuals with alcohol-dependence (N = 414) during a three-week inpatient program. They also assessed sociodemographic, clinical, and alcohol-related variables associated with QoL at baseline and with improved QoL during treatment. The results showed that the mean summary scores corresponding to the evaluation of physical and mental components were significantly lower at baseline than at hospital discharge. Regardless of the baseline score, those patients with high alcohol intake and without somatic comorbidity showed a significant improvement of the summary score on the physical component of QoL. In addition, the improvement of the psychological component of QoL was more pronounced in patients without psychotic symptoms and among those who abused or had dependence of illicit drugs. Female gender, old age (> 45 years), and emotional isolation were among the sociodemographic variables negatively related to QoL. In

general, the authors concluded that the treatment was more effective for those patients with worse QoL scores at baseline (Lahmek, Berlin et al. 2009).

Malet et al. reported that QoL is an important factor to established the outcomes and treatment of alcohol misuse (Malet, Llorca et al. 2006). Most individuals with chronic conditions showed lower QoL scores when compared with the general population, usually influenced by gender and depression (Rocha and Fleck 2010). Some authors (Becker, Curry et al. 2009; Lahmek, Berlin et al. 2009) have reported that different therapeutic interventions could improve the QoL of patients with alcohol misuse, suggesting that QoL may be an indicator of treatment efficacy. Kraemer et al. examined the effect of changes in alcohol consumption on QoL and alcohol-related consequences in an outpatient sample of drinkers (Kraemer, Maisto et al. 2002). Two hundred and thirteen subjects completed the Short Form 36-item (SF-36) Health Survey and the Short Inventory of Problems at baseline, 6 months, and 12 months. Those participants who had a 30% or greater reduction of alcohol consumption per month reported improvement on the SF-36 Physical Component Summary ( $P = .058$ ) and Mental Component Summary ( $P = .037$ ) scores and showed fewer alcohol-related consequences ( $P < .001$ ) when compared with those with a  $< 30\%$  reduction.

Dawson et al. also investigated longitudinal changes in QoL as a function of transitions in alcohol use disorders (AUD) over a 3-year follow-up. The presence and absence of AUD were strongly associated with changes in mental/psychological functioning. Those individuals who became alcohol dependent had significant decreases in the QoL scores, whereas those who achieved full and partial remission from dependence showed significant improvement of QoL (Dawson, Li et al. 2009). These findings suggest that the severity of the disorder could be associated with problems that have an influence on QoL.

Several instruments can be used to evaluate QoL and the WHOQOL- BREF is one of the most widely used, in psychiatric patients or even in the general population (Rocha and Fleck 2009; Cruz, Polanczyk et al. 2011). The construct of QoL encompasses the central notion that health is not restricted to the absence of disease; it also includes a state of social, mental, and physical well-being, which is consistent with the definition of health proposed by the World Health Organization (Testa and Simonson 1996). For example, patients with substance use disorders often tend to have more severe medical conditions. Thus, these individuals' poorer health status may have an influence on the course of treatment for substance dependence (Calsyn, Saxon et al.

2004). Similarly, there are many instruments that are used to evaluate substance abuse problems, but the most recognized one is the Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Cacciola et al. 2006). It is a semi-structured interview used to investigate several domains that are usually related to problems in individuals with substance use disorders. It can also be used to assess patients who seek treatment. Data have demonstrated the high severity of problems in many areas of the ASI related to alcohol and drug use in individuals who seek specialized treatments and evidence has shown that the abstinence from alcohol is related to reduction of the severity of problems related to alcohol misuse (McLellan, Cacciola et al. 2006). Moreover, the intensity of care provided to the psychological and social domains of QoL are significantly influenced by the severity of dependence (Nalpas, Matelak et al. 2006).

Thus, there is a controversy in the literature about the effects of alcohol use and misuse on QoL. Nevertheless, evidence shows that the intensity of alcohol intake is related to the severity of alcohol-related problems. The objective of the present study was to investigate the QoL of subjects with alcohol abuse/dependence using the WHOQOL-BREF and the association with their problems assessed by the sixth version of the ASI (ASI-6). Our hypothesis is that there is a decrease in QoL as the severity of problems related to alcohol misuse increase, and this is probably associated with the intensity of the AUD.

## **Method**

### *Design*

A multicenter cross-sectional study was conducted between January and November 2006. The sample was collected by three research centers located in Brazilian state capitals (Rio de Janeiro, São Paulo – Southeast region – and Porto Alegre – South region).

### *Data collection sites*

The data collection sites were strategically chosen based on their previously reported ability to conduct large studies in the field. The sites are described below:

- The Center for Drug and Alcohol Research (Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, CPAD), at Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), was the coordinating center for this study.
- The Drug Dependence Unit (Unidade de Dependência de Drogas, UDED) is a section of the Department of Psychobiology of Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- The Research and Assistance Program in Drug Addiction (Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas, PROJAD) is affiliated with Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

### *Sampling procedures*

This study is a part of a broader study with a target sample of 100 current adult (male or female over 18 years) substance abusers from outpatient and inpatient clinics with history of alcohol use in the 30 days prior to the interview was interviewed by each center, totalizing 300 subjects. However, two subjects failed to complete the QoL instruments and were excluded. Among the individuals included in this sample, 174 subjects considered in ASI6 that alcohol caused serious problems in their lives leading them to seek treatment. These subjects were included in the present study. All of them had current problems with alcohol detected by the ASI (at least one drink in the last 30 days).

Participants were recruited from hospitals and outpatient clinics among patients seeking specialized treatment for drug abuse/dependence. All patients reporting drug abuse/dependence as the main reason for seeking treatment were invited to participate in the study; diagnostic confirmation of drug dependence based on preestablished criteria was not deemed necessary. Patients were included in the study as they were admitted to the outpatient or inpatient clinics. There was no advertisement in any media. Patients were interviewed with a focus on the period immediately preceding the date of admission. Other inclusion criteria were being at least 18 years old and using at least one of the substances under investigation in the 30 days prior to the interview. The only exclusion criterion was presence of neurological or severe psychiatric illness with active symptoms at the moment of the interview. The symptoms were ascertained by trained clinical interviewers.

Of all the patients screened at the participating research centers, seven patients were not included in the sample because of severe depressive or psychotic symptoms, and four patients did not accept to participate in the study. To allow a better generalization of findings, both out and inpatients were included.

### *Instruments*

All patients included in the study were assessed using the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6), a multidimensional semi-structured interview lasting between 45 to 90 minutes, administered by a previously trained interviewer. The individuals' lifetime and current status are evaluated according to seven functional areas: medical status, employment and support, legal status, family and social status, psychiatric status, alcohol use, and drug use. The assessment of symptoms/problems in each functional area covers the patient's lifetime, the 6 previous months, and particularly the 30 days prior to the interview. The ASI-6 Summary Scores for Recent Functioning (SS-Rs) is a summary of scores that assesses functioning status in the last 30 days. It has already been translated to Brazilian Portuguese and generates one score for each area, except for the family/social area, for which three scores are generated (problems, support and child problems). The SS-Rs are presented as standardized T-scores with a mean of 50 and a standard deviation of 10, and they may range from 0 to 100. (McLellan, Cacciola et al. 2006; Kessler, Cacciola et al. 2007).

QoL perception was assessed using the WHOQOL-BREF, an international cross-culturally comparable QoL assessment instrument. The WHOQOL-BREF is a short version of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument composed of 100 questions (WHOQoL-100). The WHOQOL-BREF is a widely used self-report instrument to measure QoL. It was developed simultaneously in 15 international centers and validated in Brazilian Portuguese. It assesses the individuals' perceptions in the context of their culture and value systems, and their personal goals, standards, and concerns. The WHOQOL-BREF comprises 26 items, which measure the QoL perception in the following broad domains: physical health, psychological health, social relations, and environment (Fleck, Louzada et al. 2000).

### *Interviewers*

All the 25 interviewers involved in the study were bachelor-degree psychologists. They were selected based on their ability to perform a structured interview and on their knowledge on research principles.

### *Logistics and quality control*

To ensure quality control, field interviewers were trained and received continuous supervision and support from coordinators. In order to analyze the inter-rater reliability, we compared the scores of 41 random pairs of interviewers from all centers who individually interviewed the same patient (total of 41 patients). Inter-rater comparisons showed similar scores between interviewers in all areas of the ASI-6, except for employment, which was not used in the present analysis, and alcohol areas. The effect size for differences in the means obtained in each group was moderate (0.75) for the employment subscale and small (0.43) for the alcohol subscale.

Weekly meetings or phone/email contact between coordinators and field interviewers were made during the entire study process in order to supervise data collection and solve logistical problems. All data was sent to the coordinating center (CPAD/UFRGS) to enter a single database, a process. .

### *Procedure and analyses*

Data were entered into an Access database and exported to the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 14.0, where analyses were performed. One person was responsible for checking data entry and performing quality control. Categorical variables were described as absolute frequencies and percentages. Quantitative variables with symmetric distribution were described as mean and standard deviation and those with asymmetric distribution were presented as median and interquartile range.

Once age showed a significance lower than 0.20 ( $P = 0.136$ ) in the groups divided by the ASI-6 alcohol severity scores, we decided to adjust the comparison of the WHOQOL-BREF domains among the tertiles according to the variable age in the regression model. Pearson's correlation coefficient was used to evaluate the correlation between the ASI and WHOQOL-BREF variables.

The main outcome measures considered for the linear multiple regression analyses were the WHOQOL-BREF domains. The independent factors were the areas of the ASI score and the potentially confounding factors such as age, gender, and educational level.

### *Ethical considerations*

Standart informed consent was obtained from all study participants. They also received a voucher equivalent to U\$ 15 to cover costs with food and transportation. The study was approved by the Institutional Review Board of Hospital de Clínicas de Porto Alegre and by the respective boards of all centers included in the study.

### **Results**

The mean age of the sample was 40 years and 87% of the subjects were male. Sixty-seven percent of the subjects did not graduate from high school and only 35% were employed. In the whole sample, the mean years of alcohol use and abuse were 15 and 11, respectively, and seventy-four percent estimated they extremely needed treatment for alcohol-related disorders. Other demographic variables are described in table 1.

**Table 1: Sample characteristics of 174 alcohol misusers who sought treatment at three Brazilian state capitals, by tertiles of alcohol severity, during January to November 2006.**

<i>Demographic characteristics</i>	<b>First tertile of alcohol severity N=53</b>	<b>Second tertile of alcohol severity N=63</b>	<b>Third tertile of alcohol severity N=57</b>	<b>P</b>
Sex – male	44 (83.0)	56 (88.9)	51 (89.5)	0.532
Age – years, mean ± SD	38.3±11.6	41.6±9.6	41.6±8.7	0.136
Ethnicity – white	20 (37.7)	24 (38.1)	23 (40.4)	0.953
Inpatient	28 (56.0)	27 (44.3)	32 (56.1)	0.338
Marital status – with partner	34 (64.2)	34 (54.0)	37 (64.9)	0.390
Primary and high school	39 (73.6)	43 (68.3)	33 (57.9)	0.204
Employed	19 (35.8)	23 (36.5)	19 (33.3)	0.931

\* Categorical variables are expressed as absolute frequencies and percentages. Quantitative variables with a symmetrical distribution are expressed as means and standard deviation. ges. Quantitative variables were compared using Analyses of Variance (ANOVA), followed by Tukey's test; categorical variables were analyzed by Chi square test and multiple comparisons, and asymmetrical by Kruskal-Wallis.

When comparing the variables of characteristics among the ASI-6 alcohol scores divided by tertiles (gender, age, ethnicity, admission, marital status, educational level, and employment status), there was no statistically significant difference. Variables related to alcohol use and treatment can be seen in table 2.

**Table 2: Use of alcohol among 174 alcohol misusers who sought treatment at three Brazilian state capitals, by tertiles using the ASI-6 alcohol severity score for recent functioning (SS-Rs), during/from January to November 2006 OU Jan-Nov 2006.**

<b>Alcohol-related Variables</b>	<b>First tertile of alcohol severity N=53</b>	<b>Second tertile of alcohol severity N=63</b>	<b>Third tertile of alcohol severity N=57</b>	<b>P</b>
Have been treated for drugs or alcohol use	29 (54.7)	40 (63.5)	33 (57.9)	0.620
Years of alcohol use (3 times a week or more)	8 (1-18) <sup>a*</sup>	19 (7-28) <sup>b</sup>	17 (10-23) <sup>b</sup>	0.001
Years of alcohol abuse (5 or more drinks/day)	6 (1-16) <sup>a*</sup>	11 (5-24) <sup>b</sup>	15 (6-22) <sup>b</sup>	0.005
Number of days with alcohol use (last 30 days)	5 (1-14) <sup>a*</sup>	15 (7-27) <sup>b</sup>	30 (25-30) <sup>c</sup>	<0.001
Extremely worried about alcohol use	9 (31.0) <sup>a</sup>	35 (58.3) <sup>b</sup>	42 (73.7) <sup>b</sup>	0.001
Need for alcohol treatment extremely important	24 (45.3) <sup>a</sup>	53 (84.1) <sup>b</sup>	53 (93.0) <sup>b</sup>	<0.001
Reported the need for total alcohol abstinence	37 (69.8) <sup>a</sup>	51 (81.0) <sup>a,b</sup>	53 (93.0) <sup>b</sup>	0.007

\* Median (interquartile range)

<sup>a,b</sup> different letters represent statistically different values

When comparing the ASI-6 summary scores for recent functioning (SS-Rs) among these tertiles, we found a significant difference ( $P = 0.002$ ) in the psychiatric area, indicating that the more severe the alcohol problems the more severe the psychiatric problems. Scores of QoL physical and psychological domains were significantly low in the group with more severe alcohol problems, even when adjusted by age and other psychiatric problems (Table 3).

**Table 3: Quality of life among 174 alcohol misusers who sought treatment at three Brazilian state capitals, by tertiles using the ASI-6 alcohol severity score for recent functioning (SS-Rs), from January to November 2006.**

<b>WHOQOL-BREF domains</b>	<b>First tertile of alcohol severity N=53</b>	<b>Second tertile of alcohol severity N=63</b>	<b>Third tertile of alcohol severity N=57</b>	<b>P</b>
<b>Physical</b>	62.2±22.2 <sup>a</sup> 57.3 (52.5-62.1) <sup>a,b</sup>	61.9±19.4 <sup>a</sup> 63.1 (58.9-67.4) <sup>a</sup>	53.0±18.1 <sup>b</sup> 56.4 (51.8-60.9) <sup>b</sup>	0.021
<b>Psychological</b>	55.9±23.0 <sup>a,b</sup> 51.7 (46.9-56.6) <sup>a</sup>	57.9±15.0 <sup>a</sup> 58.8 (54.5-63.1) <sup>b</sup>	48.8±20.2 <sup>b</sup> 51.7 (47.1-56.3) <sup>a</sup>	0.031
<b>Social relations</b>	49.8±24.8 47.0 (40.6-53.4)	47.8±21.6 48.3 (42.6-53.9)	41.8±23.0 43.6 (37.6-49.6)	0.164
<b>Environment</b>	51.8±19.1 49.7 (44.8-54.6)	54.6±16.5 54.9 (50.6-59.3)	48.4±18.8 49.9 (45.3-54.6)	0.176

Data presented as mean ± standard deviation and compared using ANOVA (above) and mean and 95% confidence interval for mean (below) adjusted for age and psychiatric area of the ASI using ANCOVA  
<sup>a,b</sup> different letters represent statistically different values

According to the QoL domains, the means were 46.42 (SD=23.08) for the social area, and 59.04 (SD=20.25) for the physical area. In order to have a better understanding of the variables correlated with QoL, an analysis of Pearson's coefficients was conducted between the WHOQOL-BREF and the ASI. There was a negative correlation between these measures, as demonstrated in table 4.

The significant correlations were included in the multiple linear regression pattern, which considered  $p < 0.05$  as the level of significance (table 5). Based on bivariate correlations, the ASI medical and psychiatric scores were the ones with the highest correlation coefficients in regard to all the WHOQOL-BREF domains. It is important to highlight that these significant correlations showed an inverted direction of association, that is, the higher the ASI scores, the lower the QoL scores. Problems of alcohol-related effects (ASI-6) were found for QoL scores when controlled for sociodemographic variables. Analyses between the ASI-6 summary scores and WHOQOL-BREF domains were examined with the variables showing statistical significance in the correlation analysis. In the physical domain model, 52% of the wide result variations can be explained by age and the significant scores of medical, psychiatric, and employment areas of the ASI. The psychological domain was also affected by the same variables, corresponding to 37% of the variance explained by the model. Regarding the social and environmental domains, the major correlated variables

were social support and medical domain, with total variances of 27% and 38%, respectively. It is essential to point out that the variable related to alcohol did not show significant correlation with any of the WHOQOL-BREF domains.

**Table 4: Correlations between the ASI-6 summary scores (SS-Rs) and WHOQOL domains of 174 alcohol misusers who sought treatment at three Brazilian state capitals , from January to November 2006.**

	<i>WHOQOL Physical</i>	<i>WHOQOL Psychological</i>	<i>WHOQOL Social Relation</i>	<i>WHOQOL Environment</i>
<b>Drug**</b>	-0.14	-0.22*	-0.18*	-0.14
<b>Family/Child</b>	0.01	0.04	0.10	0.03
<b>Alcohol</b>	-0.19*	-0.13	-0.10	-0.10
<b>Psychiatric</b>	-0.49*	-0.47*	-0.27*	-0.31*
<b>Medical</b>	-0.62*	-0.48*	-0.36*	-0.39*
<b>Legal</b>	-0.01	0.01	0.03	0.04
<b>Employment</b>	-0.27*	-0.21	-0.16*	-0.28*
<b>Family Social Support</b>	-0.24*	-0.22	-0.35*	-0.45*
<b>Family Social Problem</b>	-0.08	-0.02	-0.12	0.06

\*P<0.05 – Pearson's correlation coefficients

\*\* Correlations were analyzed with the drug subscale showing the highest score

**Table 5: Regression analysis for quality of life domains regarding demographics and ASI-6 summary scores of 174 alcohol misusers who sought treatment at three Brazilian state capitals , during/from January to November 2006.**

Variables	WHOQOL Physical			WHOQOL Psychological			WHOQOL Social Relation			WHOQOL Environment		
	B*	$\beta$	P	B*	$\beta$	P	B*	$\beta$	P	B*	$\beta$	P
Gender male	2.0 (-4.7; 8.7)	0.03	0.55	7.0 (-0.5; 14.5)	0.12	0.07	11.0 (1.6; 20.4)	0.16	0.02	-1.1 (-7.8; 5.7)	-0.02	0.76
Age > median**	-6.7 (-11.2;-2.3)	-0.17	<0.05	-6.6 (-12.0; 1.1)	-0.17	0.02	-6.0 (-12.8; 0.8)	-0.13	0.09	2.2 (-2.2; 6.7)	0.06	0.32
Educational level < 8y	-1.3 (-5.9; 3.4)	-0.03	0.60	-0.2 (-5.4; 5.0)	-0.005	0.94	1.7 (-4.8; 8.3)	0.04	0.61	-7.4 (-12.1; -2.6)	-0.20	<0.01
Drug	-	-	-	-0.2 (-0.5; 0.1)	-0.14	0.06	-0.3 (-0.6; -0.1)	-0.16	0.05	-	-	-
Family/Child	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcohol	-0.1 (-0.4; 0.2)	-0.04	0.52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatric	-0.5 (-0.8; -0.2)	-0.21	<0.05	-0.6 (-0.9; -0.2)	-0.25	<0.05	-0.1 (-0.5; 0.3)	-0.03	0.71	-0.1 (-0.8; -0.2)	-0.05	0.50
Medical	-1.0 (-1.3; -0.8)	-0.49	<0.05	-0.6 (-0.9; -0.3)	-0.30	<0.01	-0.5 (-0.9; -0.2)	-0.23	<0.01	-0.5 (-0.8; -0.2)	-0.26	<0.01
Legal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Employment	-0.3 (-0.6; -0.1)	-0.19	<0.05	-0.2 (-0.5; 0.1)	-0.12	0.06	-0.1 (-0.4; 0.1)	-0.07	0.32	-0.3 (-0.5; -0.1)	-0.20	<0.01
Family Social Support	-0.1 (-0.4; 0.1)	-0.08	0.19	-0.2 (-0.4; 0.1)	-0.10	0.16	-0.7 (-1.0; 0.4)	-0.32	<0.01	-0.5 (-0.7; -0.3)	-0.31	<0.01
r <sup>2</sup>	0.52			0.37			0.27			0.38		

\* adjusted

\*\* mean = 40.5 years old

Analyses between the ASI-6 summary scores and WHOQOL domains were examined with variables that presented statistical significance in the correlation analysis.

The ASI medical domain appeared to be associated with lower QoL in all its domains, even when adjusted for other confounding factors. Although the ASI psychiatric scores are negatively correlated with all WHOQOL-BREF domains in bivariate analyses, this correlation remains significant in the physical and psychological domains after adjustment in the multivariate analyses. In addition, problems related to employment seem to be correlated with the QoL physical and environmental domains even after adjustment. The present study also showed that the ASI subscale related to family and social problems has a negative correlation with the WHOQOL-BREF environmental and social domains according to the regression analysis. For all the other domains, only the correlation between drug use and social relations remained significant after adjustment.

## **Discussion**

Based on our results, it is possible to state that the main findings of the present study are that the measures of the problems related to alcohol misuse estimated using the ASI seem to be a significant predictor of the QoL scores measured by the WHOQOL-BREF, and that the more often alcohol turns out to be a problem in the patient's life, the worse will be the patient's QoL. This is the first Brazilian study analyzing this association, which is demonstrated by means of regression models with relatively high variances showing that alcohol-related problems cause a prominent impairment in QoL.

In a previous Brazilian cross-sectional pilot study, Lima et al. evaluated chronic alcoholics using the WHOQOL-BREF and showed that subjects with low/moderate dependence had higher scores in all WHOQOL-BREF domains than the alcoholics with severe dependence (da Silva Lima, Fleck et al. 2005). In addition, patients with severe dependence had higher scores of psychiatric symptoms compared with patients with mild/moderate dependence, presuming that the amount of alcohol intake may have a role in the severity of drinking-related problems. Evidence shows that the concomitant use of different substances with alcohol also may have an impact on QoL.

Previous studies have also demonstrated the frequent occurrence of psychiatric comorbidity among individuals with substance dependence and the fact that it can affect QoL (Romeis, Waterman et al. 1999; Schaar and Ojehagen 2003; Meyer, Rumpf et al. 2004; da Silva Lima, Fleck et al. 2005). This is in agreement with our finding that the

psychiatric composite scores of ASI-6 demonstrated an important association with the QoL scores, showing that the concomitant presence of psychoactive drug abuse and other mental disorders significantly impairs these individuals' lives. According to Kalman et al., the presence of comorbid psychiatric disorders significantly reduces the association between alcohol dependence and health-related quality of life (HRQoL). Individuals with a history of alcohol dependence and one or more other psychiatric disorders had a significantly lower HRQoL in domains related to psychological and social functioning than those subjects with alcohol dependence only (Kalman, Lee et al. 2004). Those results also agree with a recent study comparing three groups of patients: alcohol dependent patients only, patients with alcohol dependence and anxiety, and patients with alcohol dependence and depression. The concomitant presence of symptoms of anxiety and depression and alcohol dependence causes an increase in the severity of addiction-related problems and has a negative effect on QoL (Saatcioglu, Yapici et al. 2008).

The ASI-6 aspects related to physical health and psychiatric problems were more associated with the WHOQOL-BREF physical and psychological domains (table 5), which reveals the perception of these symptoms in regard to QoL, but not its association with alcohol consumption. When we tested the association of many variables in the whole sample with a regression model, our analyses did not show any significant association between alcohol use and the WHOQOL-BREF domains. On the other hand, the ASI showed that when the participants were asked about the drugs that cause more problems and led them to seek treatment, they answered that alcohol and cocaine were the most damageable ones.

It is worth emphasizing that 58% of the sample was concerned about alcohol use, and 74% indicated the need for treatment as being extremely important, which demonstrates that most subjects were motivated to undergo treatment and were aware of alcohol-related problems. A recent longitudinal study (Becker, Curry et al. 2009) with adolescent abusers/dependent of marijuana or alcohol, the ones who received a brief intervention of motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy had a significant reduction in the number of days of use and a significant increase in their QoL over a 12-month period. The authors found that the changes in the number of days of use was primarily restricted to acute treatment (from 0 to 3 months), while the changes in QoL occurred throughout the 12-month assessment period. This study

suggests that as the adolescents reduced the frequency of substance use they also experienced increase in their QoL.

In spite of the fact that the majority of studies describes QoL as a measure of alcohol dependence treatment outcome, improvements in QoL may, in turn, prevent alcohol abuse (Foster JH 1998). Foster et al have found that poor QoL, more precisely, impaired sleep, pain and lower social class, was a significant predictor of relapse to heavy drinking (Foster JH 1998). Although more studies are needed in this area, according to these findings it is important to focus on improving QoL in order to have better treatment outcomes, not simply expecting that it will naturally improve as individuals become abstinent.

The ASI-6 medical domain was the only factor correlated with all QoL domains. This outcome may indicate that this population perceives the decrease in their QoL through physical symptoms or need for treatment for other clinical conditions rather than by means of aspects directly linked to alcohol use. Schaar & Ojehagene investigated QoL predictors in a group of subjects with psychoactive substance dependence and severe mental illness using the DSM-III-R criteria (N = 288, 62.4% of males). The results showed significant QoL improvement, which was associated with improvement of physical health, decrease in the number of legal and family problems, psychiatric symptoms, and alcohol and drug problems (ASI), improvement of global functioning (Global Assessment of Functioning - GAF), and reduction of psychological problems (Symptom Checklist-90 - SCL-90) during an 18-month follow-up. A multiple regression analysis showed that the improvement of psychiatric symptoms was predictive of better QoL. In addition, the number of months without using alcohol and drugs had a positive association with increased subjective feelings of QoL (Schaar & Ojehagen, 2003). These findings corroborate the notion that QoL is negatively correlated with the severity of alcohol-related problems, even when the perception of impairment in the QoL of these patients is not always related to consumption variables or alcohol withdrawal symptoms. Therefore, these results are consistent with previous studies supporting the importance of considering secondary nondrinking outcomes in clinical alcohol treatment trials (LoCastro, Youngblood et al. 2009).

It is important to emphasize that our findings are similar to other studies in this area although we found a lack of correlation and low/moderate associations between some ASI dimensions and WHOQOL-BREF domains. Therefore, our data agrees with previous studies showing that the pattern of alcohol use is important both for the QoL of

alcohol abusers and other aspects of their lives. Psychiatric and/or physical comorbidity, the concomitant use of psychoactive substances, social support, sleep quality, and leisure time affect the QoL of these subjects (Volk, Cantor et al. 1997; Foster, Powell et al. 1999; Thundal, Granbom et al. 1999; Ginieri-Coccosis, Liappas et al. 2007). Family and social support also appears to have an influence on physical, social relations, and environment domains. The ASI questions are closely related to damage caused by alcohol use in terms of caring, problems caused to the family, and legal issues regarding child custody. Furthermore, the ASI includes questions about childhood trauma and abuse, which may be related to an inappropriate environment. Also, childhood trauma can be associated with psychiatric symptoms in adulthood (Zavaschi, Satler et al. 2002) predisposing to substance abuse.

Another variable that should be further investigated is the need for specific treatment for alcohol use. In addition, treatment studies have shown that improvement of drinking outcomes with medication (e.g.: topiramate and acamprosate) and psychotherapy for alcohol dependence increase overall well-being and QoL, reducing dependence severity and its harmful consequences (Morgan, Landron et al. 2004; Johnson, Rosenthal et al. 2007). A study (Lahmek, Berlin et al. 2009) with alcoholic-dependent inpatients (N=414) showed QoL improvement after a residential treatment. The increment in the QoL physical domain was related to high baseline alcohol intake and somatic comorbidities. The improvement in the QoL mental domain was related to absence of psychotic symptoms and illegal drug use. However, this study was not able to differentiate if the improvement in QoL was caused by the residential treatment or by the impact of abstinence.

We acknowledge that there are some limitations to our study. Firstly, because it is a cross-sectional study, we cannot establish a casual relation between alcohol-related problems and QoL. Even though many studies have shown that the decrease in alcohol consumption is a relevant aspect for QoL changes, understanding the relation between these measures is still complex, especially if their changes take place at the same time (Morgan, Landron et al. 2004; Johnson, Rosenthal et al. 2007). Another aspect is the limited capability for generalizing data because the sample included only men from drug dependence treatment centers. The fact that they sought treatment might have also influenced the QoL analysis. We can assume that these individuals probably noticed more QoL damage than the general population would, and therefore they sought treatment. A thorough study is also required on the association between comorbidity

and QoL relation and about normative data for WHOQOL scores with the objective of comparing it between groups. There are still few studies about alcohol use and the various aspects of QoL.

In conclusion, our findings support the use of the ASI measures to evaluate the association of alcohol use with QoL assessed using the WHOQOL-BREF. Our results demonstrate a negative association of severity of alcohol-related problems on QoL, especially on physical and psychological domains, suggesting that the QoL measure must be considered a relevant outcome for the health of those subjects. Investigating QoL in the context of alcohol dependence is relevant because this is a chronic disease. Biochemical markers and even abstinence may not reflect the patient's QoL, which may limit the allocation of resources and the evaluation of treatment outcomes. Within this context, the assessment of QoL might be more accurate method to measure the impact of alcohol-dependence on health, as well as the costs and benefits of treatment (Foster, Powell et al. 1999). Thus, we suggest that QoL measures should be used to complement traditional clinical evaluation. Accordingly, therapeutic interventions should address these problem areas not only to reduce substance use but also to significantly improve the QoL of alcoholics.

## References

- Becker, S, Curry, J and Yang, C (2009) Longitudinal association between frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief outpatient intervention. *Psychol Addict Behav* **23**, 482-490.
- Byles, J, Young, A, Furuya, H and Parkinson, L (2006) A drink to healthy aging: The association between older women's use of alcohol and their health-related quality of life. *J Am Geriatr Soc* **54**, 1341-1347.
- Calsyn, DA, Saxon, AJ, Bush, KR *et al.* (2004) The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug Alcohol Depend* **76**, 165-171.
- Cruz, LN, Polanczyk, CA, Camey, SA, Hoffmann, JF and Fleck, MP (2011) Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*.
- da Silva Lima, A, Fleck, M, Pechansky, F, de Boni, R and Sukop, P (2005) Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res* **14**, 473-478.

- Dawson, DA, Li, TK, Chou, SP and Grant, BF (2009) Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. *Alcohol Alcohol* **44**, 84-92.
- Fleck, MP, Louzada, S, Xavier, M *et al.* (2000) [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* **34**, 178-183.
- Foster, J, Powell, J, Marshall, E and Peters, T (1999) Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review. *Qual Life Res* **8**, 255-261.
- Ginieri-Coccosis, M, Liappas, I, Tzavellas, E, Triantafillou, E and Soldatos, C (2007) Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100. *In Vivo* **21**, 99-106.
- Johnson, B, Rosenthal, N, Capece, J *et al.* (2007) Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* **298**, 1641-1651.
- Kalman, D, Lee, A, Chan, E *et al.* (2004) Alcohol dependence, other psychiatric disorders, and health-related quality of life: a replication study in a large random sample of enrollees in the Veterans Health Administration. *Am J Drug Alcohol Abuse* **30**, 473-487.
- Kessler, FHP, Cacciola, J, Faller, S *et al.* (2007) Multi-center transcultural adaptation of the sixth version of Addiction Severity Index (ASI6) for Brazil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* **29**, 335-336.
- Kraemer, K, Maisto, S, Conigliaro, J, McNeil, M, Gordon, A and Kelley, M (2002) Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *J Gen Intern Med* **17**, 382-386.
- Lahmek, P, Berlin, I, Michel, L, Berghout, C, Meunier, N and Aubin, H (2009) Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci* **6**, 160-167.
- Lima AF, Pechansky F, Fleck MP, De Boni R. Association between psychiatric symptoms and severity of alcohol dependence in a sample of brazilian men. *J Nerv Ment Dis.* 2005 Feb;193(2):126-30.
- LoCastro, J, Youngblood, M, Cisler, R *et al.* (2009) Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study. *J Stud Alcohol Drugs* **70**, 186-196.
- Malet, L, Llorca, P, Beringuier, B, Lehert, P and Falissard, B (2006) AIQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* **41**, 181-187.

- McLellan, A, Cacciola, J, Alterman, A, Rikoon, S and Carise, D (2006) The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* **15**, 113-124.
- Meyer, C, Rumpf, H, Hapke, U and John, U (2004) Impact of psychiatric disorders in the general population: satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **39**, 435-441.
- Morgan, M, Landron, F, Lehert, P and (2004) Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcohol Clin Exp Res* **28**, 64-77.
- Nalpas, B, Matelak, F, Martin, S, Boulze, I, Balmes, JL and Crouzet, C (2006) Clinical management methods for out-patients with alcohol dependence. *Subst Abuse Treat Prev Policy* **1**, 5.
- Rocha, NS and Fleck, MP (2009) Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev Saude Publica* **43**, 147-153.
- Rocha, NS and Fleck, MP (2010) Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Rev Bras Psiquiatr* **32**, 119-124.
- Romeis, J, Waterman, B, Scherrer, J *et al.* (1999) The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *J Stud Alcohol* **60**, 653-662.
- Saarni, SI, Joutsenniemi, K, Koskinen, S *et al.* (2008) Alcohol consumption, abstaining, health utility, and quality of life--a general population survey in Finland. *Alcohol Alcohol* **43**, 376-386.
- Saatcioglu, O, Yapici, A and Cakmak, D (2008) Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev* **27**, 83-90.
- Schaar, I and Ojehagen, A (2003) Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **38**, 83-87.
- Strandberg, A, Strandberg, T, Salomaa, V, Pitkälä, K and Miettinen, T (2004) Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age. *Am J Clin Nutr* **80**, 1366-1371.
- Testa, MA and Simonson, DC (1996) Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* **334**, 835-840.
- Thundal, K, Granbom, S and Allebeck, P (1999) Women's alcohol dependence and abuse: the relation to social network and leisure time. *Scand J Public Health* **27**, 30-37.

- Ventegodt, S and Merrick, J (2003) Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal* **3**, 694-706.
- Volk, R, Cantor, S, Steinbauer, J and Cass, A (1997) Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* **21**, 899-905.
- WHO (2011) Global status report on alcohol and health., Vol. 2011. World Health Organization.
- Zavaschi, M, Satler, F, Poester, D, Vargas, C, Piazenski, R and Rohde, L (2002) Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr.* **24**, 189-195.

## Considerações Finais da Tese

A versão do ASI6 adaptada foi considerada adequada pelos tradutores e pelos autores originais, além da opinião positiva de investigadores da área da dependência química desde 2007, apesar de não ter sido realizada uma avaliação formal. Desde que este instrumento se tornou disponível para a comunidade científica e aos profissionais da área da saúde, inúmeros profissionais do Brasil e da América do Sul entraram em contato com o CPAD para receber treinamento para a sua aplicação e orientações sobre como calcular os seus escores e utilizar os seus resultados, motivo pelo qual o instrumento encontra-se no site do CPAD em um ambiente próprio. Até o momento não houve críticas à adaptação, mas eventualmente ao excesso de conteúdo ou mesmo à falta de itens como aqueles que avaliam a orientação sexual, por exemplo. Outra queixa freqüente é relativa à complexidade do treinamento e ao tempo de aplicação, que muitas vezes impossibilita a sua utilização em ambientes clínicos e na saúde pública. O objetivo de apresentar a escala através de um caso clínico (artigo 1) em que se discutem os seus aspectos principais era exatamente o de familiarizar os investigadores e clínicos para a sua utilização.

Em relação à validação do instrumento, este é o primeiro estudo dessa natureza na América Latina. Temos ciência que demos apenas o primeiro passo no sentido de avaliar algumas das propriedades psicométricas (artigo 2) dessa escala na população de usuários de substâncias psicoativas do Brasil. Não há dúvida que são necessários novos estudos de avaliação psicométrica e com outras populações para reforçar esses achados. Assim como outras escalas multidimensionais, como o WHOQOL, o ASI6 também deverá passar por uma série de outras análises com diferentes amostras e métodos estatísticos (Rocha and Fleck, 2009) (Chachamovich et al. 2008, Zimpel and Fleck 2007).

A maioria das áreas do ASI6 demonstraram boa confiabilidade, sem diferenças estatisticamente significativas entre os Escores Sumários de Funcionamento Recente quando aplicado em momentos diferentes (teste-reteste). Na prática, o ASI6 apresenta uma série de detalhes nas suas questões, por exemplo, na área médica, que exigem um treinamento mais complexo do que a simples leitura do manual, a fim de se alcançar uma boa confiabilidade entre entrevistadores. Por isso, recomenda-se que futuros

entrevistadores assistam entrevistas ou vídeos antes de se considerarem aptos para a sua aplicação (McLellan et al., 2006).

A consistência interna das subáreas do ASI também se demonstrou adequada, sendo que o alfa de Cronbach para as subescalas do ASI-6 variou de 0,64 a 0,95. O único estudo atualmente publicado sobre propriedades psicométricas dessa versão da escala foi conduzido na Espanha e também avaliou uma amostra multicêntrica com 258 sujeitos, demonstrando resultados semelhantes aos da amostra brasileira. A consistência interna dos escores sumários, por exemplo, variou entre 0,47 e 0,95 (Díaz Mesa et al. 2010). As áreas legais e familiares são as que continuam mostrando uma menor consistência interna nas duas validações atuais, o que corrobora a literatura anterior e não mostra uma melhora com a reformulação de itens (Leonhard et al., 2000).

Na validação espanhola, os valores da confiabilidade teste-reteste foram menores e variaram entre 0,36 a 1. Os autores também avaliaram a estrutura interna do ASI6 e concluíram que todas as subescalas, de forma independente, se ajustaram a uma solução essencialmente unidimensional. Contudo, a correlação dos escores do ASI6 com a Escala de Impressão Clínica Global foi baixa, oscilando entre 0,01 e 0,26, mas conseguiram diferenciar entre controles e pacientes instáveis (Díaz Mesa et al., 2010).

No nosso estudo, as correlações entre essas áreas foram baixas, o que já está bem evidenciado na literatura (McLellan et al., 2006). Por outro lado, as correlações entre os escores da área Álcool e Drogas da ASI-6 e o instrumento concorrente (ASSIST) foram altas (0,72 e 0,89, respectivamente), o que reforça a validação de critério das áreas principais do ASI6. Encontrou-se também uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os escores nas áreas psiquiátricas, médica e drogas, e os escores da WHOQOL, demonstrando que a validação concorrente corrobora o sentido de maior gravidade e piora dos problemas dos indivíduos à medida que os escores do ASI6 aumentam.

Resumidamente, a Escala de Gravidade de Dependência para usuários de álcool e outras drogas que buscavam tratamento especializado revelou um comportamento psicométrico que pode ser considerado aceitável, e, portanto, pode ser utilizada como uma boa expressão da medida de gravidade desse tipo de paciente. Dessa forma, esses primeiros achados apontam para uma boa confiabilidade e validade deste instrumento para a cultura brasileira.

É importante salientar algumas limitações do estudo como a não abrangência de outras regiões brasileiras como a região norte e centro-oeste, e, por isso, certamente não

se pode dizer que os achados são representativos de todo o país. Sabemos que o Brasil possui diferenças culturais amplas, que não foram totalmente exploradas. Da mesma forma, o estudo foi direcionado somente a pacientes que buscavam tratamento em clínicas especializadas do sistema de saúde público, não abarcando outras populações de usuários de drogas, como aqueles não motivados ou os que buscam clínicas privadas e comunidades terapêuticas. Outra consideração a ser postulada é sobre o pequeno número de mulheres e de pessoas com problemas legais, como prisioneiros. Outros estudos com essas populações já estão sendo planejados pelo grupo de autores envolvidos no estudo multicêntrico.

Complementando os achados relacionados à mesma amostra multicêntrica brasileira, realizou-se outras análises, que foram apresentadas na forma de uma tese de doutorado em São Paulo. Essas análises tiveram o objetivo avaliar as propriedades psicométricas das subáreas da versão brasileira do ASI 6, utilizando modelos da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Com base na análise dos mesmos 740 casos, buscou-se também selecionar os melhores itens, visando propor uma versão reduzida do ASI 6. Foram realizadas análises fatoriais (AFs) para avaliar a existência de unidimensionalidade da área e, sendo esta confirmada, aplicados dois modelos paramétricos da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Cada item foi avaliado em relação a dois parâmetros: a) sua capacidade de discriminação de pessoas quanto à intensidade do traço latente (gravidade de problemas em cada área avaliada) e b) dificuldade do item para gerar respostas afirmativas. De acordo com estes parâmetros, foi estudada, em cada área, a distribuição dos itens e das pessoas numa escala dos diferentes níveis de gravidade do traço latente. As características das pessoas que se encontram em cada nível de gravidade foram descritas considerando os itens que os compõem. Segundo as análises baseadas na TRI, com exceção da área “Emprego/Sustento”, todas as outras seis áreas apresentaram boas propriedades psicométricas. Cerca de um terço dos itens originais apresentou índices adequados de discriminação e dificuldade. Desta forma, para compor uma versão reduzida do ASI, foram selecionados 96 dos 344 itens (incluindo aqui os subitens dos 252 itens originais) pela eliminação dos itens pouco discriminativos ou de extrema dificuldade para gerar respostas afirmativas. No caso da área “Emprego/Sustento” a seleção de itens foi baseada na AF. A estrutura do constructo de cada uma das sete áreas do ASI 6, foram associadas através da interpretação das análises, baseadas na TRI e das AFs. Tal análise indicou que cada área pode ser considerada unidimensional, a partir de um subconjunto de itens, por possuir

um construto principal identificável. Segundo os autores, uma redução significativa do ASI 6, construída com base nos itens selecionados, poderá ser útil tanto em pesquisa clínica, como no planejamento de tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicotrópicas, reduzindo o tempo necessário para sua aplicação, sem que haja perda das principais informações por ele fornecidas (Sartes, 2010).

É válido acrescentar que, em maio de 2011, obteve-se acesso aos dados da validação americana que descreve a derivação dos Escores Sumários Recentes da sexta versão do ASI. O estudo incluiu 607 dependentes químicos em tratamento, e 118 itens foram submetidos a análises não paramétrica pela Teoria de Resposta ao Item, seguidas por análises fatoriais confirmatórias. Foram considerados válidos e confiáveis os nove Escores Sumários de Funcionamento Recente (SS-Rs) do ASI6, sendo os últimos 3 relacionados às áreas sócio-familiares. Entretanto, a validação concorrente demonstrou novamente evidências mais fracas para os escores Família/Social e Família/Filhos. Ao final, os autores americanos também consideraram que a sexta versão do instrumento, além de ser mais ampla, tem uma validade semelhante ou promissoramente melhor que as anteriores, podendo ser utilizada nessa população (Cacciola et al., 2011).

Nesta tese, os Escores Sumários de Funcionamento Recente (SS-R) foram analisados em outros 2 estudos, que estratificaram a amostra de acordo com o perfil do consumo de droga (artigos 4 e 5 da tese), além de um outro estudo que avaliou jogadores patológicos (Mathias et al., 2009).

Através da avaliação dos SS-Rs do ASI6, no artigo 4, demonstrou-se que usuários de crack apresentaram significativamente mais problemas ocupacionais, familiares e legais do que usuários de cocaína e usuários de outras drogas. Os problemas legais dos usuários de crack estavam mais vinculados principalmente ao tráfico de drogas e criminalidade. Contudo, ainda não se pode avaliar claramente o impacto clínico das diferenças encontradas entre os SS-Rs, e mais estudos com o ASI6 poderão elucidar essa questão. Os tamanhos de efeito dessas diferenças, quando encontradas, na maioria das nossas análises tendem a ser pequenos ou moderados. Entretanto, um outro estudo realizado no Brasil com 350 pacientes recrutados em clínicas de São Paulo também demonstrou que os usuários de crack apresentam níveis mais altos de violência e tráfico, além de uma maior frequência de história passada de prisões relacionadas às drogas de (Carvalho and Seibel, 2009).

No presente estudo, o grupo de usuários de crack da amostra multicêntrica ainda apresentou mais indivíduos com personalidade antissocial do que usuários de cocaína e usuários de outras drogas, mesmo depois de ajuste para idade e gênero. Esses achados corroboram os dados de um antigo estudo que também avaliou a psicopatologia em usuários de cocaína que estavam entrando em tratamento, encontrando uma taxa de Transtorno de Personalidade Antissocial muito semelhante (24%) (Kleinman et al. 1990). O Transtorno de Personalidade Antissocial é comumente descrito em populações de usuários de substâncias psicoativas e costuma ser associado não somente a problemas psicossociais, mas também a comportamentos de risco e infecção pelo HIV (Costa and Valerio, 2008) (Ladd and Petry, 2003).

Outro estudo confirma que pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade Antissocial que buscam tratamento para dependência química apresentam mais problemas legais, familiares, utilizam outras drogas por períodos mais longos, especialmente ilícitas e tabaco. Costumam iniciar o tabaco e o álcool mais cedo na vida e tendem a necessitar de mais tratamento, em termos de números de admissões e modalidades de tratamentos, dias de uso (Westermeyer and Thuras, 2005).

Esses resultados sugerem que os usuários de crack devem ser melhor avaliados com o ASI6 ou com outros instrumentos que abordam sintomas psiquiátricos, especialmente quanto a comportamentos antissociais. A abordagem precoce dessas comorbidades pode prevenir os problemas legais, familiares e sociais dessa população, além de tornar os tratamentos menos complexos e mais baratos.

Na nossa subamostra (artigo 5) com 174 sujeitos que consideraram o álcool como causador de sérios problemas em suas vidas, quando comparados os SS-Rs entre tercis de gravidade de problemas de álcool, encontraram-se diferenças significativas ( $p=0,002$ ) nos domínios físicos e psicológicos do WHOQOL-BREF, com escores mais baixos no grupo com mais problemas relacionados ao álcool. Um outro estudo brasileiro já havia demonstrado que usuários crônicos de álcool que apresentavam pouca ou moderada dependência de álcool tinham maiores escores no WHOQOL-BREF do que aqueles que tinham dependência grave. Ademais, esses últimos pontuavam mais nos escores que avaliavam os sintomas psiquiátricos (Lima AF, MP and R. 2005). O aumento da gravidade dos problemas desses pacientes, especialmente nas áreas médica e psiquiátrica, avaliados pelos SS-Rs do ASI6 também apresentou uma correlação negativa com os escores do WHOQOL-BREF. Resumidamente, esses achados indicam que alcoolistas que buscam tratamento devem ser melhor avaliados quanto aos seus

sintomas psiquiátricos e que a diminuição da gravidade dos problemas relacionados ao álcool poderá melhorar a qualidade de vida psicológica desses pacientes. Além disso, demonstrou-se mais uma vez que a utilização dos Escores do ASI6 podem ser úteis na avaliação de usuários de álcool, fornecendo resultados que acrescentam ou corroboram dados da literatura.

Finalmente, pensamos que o ASI6 pode ser incorporado ao arsenal diagnóstico para auxiliar a estabelecer as estratégias de intervenção relacionadas às necessidades específicas dessa população. Seria importante exercitar a ampliação da idéia inicial da utilização do ASI em nosso meio, na direção de um sistema informatizado de coleta de informações, tanto no nível de atendimento regular como de estudos-sentinela (drogas novas, novas formas de uso de drogas já conhecidas), utilizando o ASI como instrumento padronizado de coleta em centros-chave brasileiros. O OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas), por exemplo, coordenado pela SENAD, poderia ter um papel fundamental nesse sentido, como coletador, organizador e disseminador das informações obtidas através do ASI6. Em razão da imensa dificuldade de comunicação uniformizada entre profissionais na área de dependência química, particularmente no que se refere à comparação dos dados referentes aos pacientes das diversas redes que são englobadas pelos programas de atendimento, pensamos que se abre uma perspectiva de poder-se utilizar um instrumento com características internacionalmente reconhecidas, a fim de se conhecer a realidade terapêutica dos dependentes químicos em tratamento.

Além disso, uma série de outras possibilidades relacionadas à utilização dessa versão do instrumento pode ser desenvolvida, como uma versão computadorizada, uma versão reduzida ou até mesmo uma outra para ser auto-aplicada, como já foi realizado com outras versões (Brodey et al., 2004); (Carise et al., 1999, Brodey et al., 2004). Alguns estudos inclusive apontam que os pacientes tendem a fornecer melhores informações sobre drogas e sintomas psiquiátricos quando respondem o ASI na internet (Butler et al., 2009, Rosen et al., 2000). Com o início do processo de validação do ASI6, investigadores brasileiros e clínicos podem ter acesso a um instrumento confiável no sentido de poder documentar continuamente seus pacientes usuários de drogas, acompanhar os resultados dos tratamentos, e até compará-los futuramente com dados americanos e de países hispânicos. Na opinião do autor dessa tese, o desenvolvimento desse instrumento para o Brasil é um importante avanço que certamente terá impacto na prevenção, pesquisa clínica e na área de reabilitação social, além de poder contribuir

para a melhora da qualidade dos serviços na área da dependência química. Sua aplicação em nosso meio será imediata, com a construção do novo Centro Colaborador em Álcool e Drogas do HCPA em parceria com a SENAD, onde toda a estrutura de obtenção de informação deste instrumento será utilizada como parâmetro para a coleta sistemática de informações clínicas de pacientes nos diversos âmbitos de atendimento.

## Referências Bibliográficas da Tese

- Alterman, A. I., G. B. Bovasso, J. S. Cacciola & P. A. McDermott (2001) A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. *Psychol Addict Behav*, 15, 159-62.
- Alterman, A. I., P. A. McDermott, T. G. Cook, J. S. Cacciola, J. R. McKay, A. T. McLellan & M. J. Rutherford (2000) Generalizability of the clinical dimensions of the Addiction Severity Index to nonopioid-dependent patients. *Psychol Addict Behav*, 14, 287-94.
- Appleby, L., V. Dyson, E. Altman & D. Luchins (1997) Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *J Nerv Ment Dis*, 185, 159-65.
- Bartko, J. J. (1966) The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychol.Rep.*, 19, 3-11.
- Bilal, A. (1988a) Correlates of addiction-related problems in Kuwait: a cross-cultural view. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 414-6.
- Bilal, A. M. (1988b) Correlates of addiction-related problems in Kuwait: a cross-cultural view. *Acta Psychiatr.Scand.*, 78, 414-416.
- Brodey, B., C. Rosen, I. Brodey, B. Sheetz, R. Steinfeld & D. Gastfriend (2004) Validation of the Addiction Severity Index (ASI) for internet and automated telephone self-report administration. *J Subst Abuse Treat*, 26, 253-9.
- Butler, S. F., J. P. Redondo, K. C. Fernandez & A. Villapiano (2009) Validation of the Spanish Addiction Severity Index Multimedia Version (S-ASI-MV). *Drug Alcohol Depend*, 99, 18-27.
- Cacciola, J. S., A. I. Alterman, I. Fureman, G. A. Parikh & M. J. Rutherford (1997) The use of case vignettes for Addiction Severity Index training. *J Subst Abuse Treat*, 14, 439-43.
- Cacciola, J. S., A. I. Alterman, B. Habing & A. T. McLellan (2011) Recent Status Scores for Version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*.
- Cacciola, J. S., M. J. Rutherford, A. I. Alterman, J. R. McKay & F. D. Mulvaney (1998) Long-term test-retest reliability of personality disorder diagnoses in opiate dependent patients. *J Pers Disord*, 12, 332-7.
- Canino, G. & M. Bravo (1994) The Adaptation and Testing of Diagnostic and Outcome Measures for Cross-Cultural Research. *International Review of Psychiatry*, 6, 281-286.
- Carise, D., A. McLellan, L. Gifford & H. Kleber (1999) Developing a national addiction treatment information system. An introduction to the Drug Evaluation Network System. *J Subst Abuse Treat*, 17, 67-77.
- Carlini, E., J. Galduróz, A. Noto, S. Nappo, E. Lima & J. Adiala (1995) Review: profile of cocaine use in Brasil. *J Bras Psiquiatr*, 44, 287-303.
- Carlini, E. A., J. C. Galduroz, A. R. Noto & S. A. Nappo. 2002. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001.
- Carvalho, H. & S. Seibel (2009) Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo)*, 64, 857-66.
- Chachamovich, E., M. P. Fleck, C. Trentini & M. Power (2008) Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Rev Saude Publica*, 42, 308-16.
- Clark, A. & D. Watson (1995) Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.

- Cohen, J. (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Measurement*, 20, 37-46.
- Cooper (1999) Substance-use assessment. *Prof Nurse.*, 14(7):449.
- Costa, J. & N. Valerio (2008) Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas psicol*, 16, 119-132.
- Daepfen, J., B. Burnand, C. Schnyder, M. Bonjour, A. Péroud & B. Yersin (1996) Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol*, 57, 585-90.
- Degenhardt, L., K. M. Bohnert & J. C. Anthony (2008) Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: "gated" versus "ungated" approaches. *Drug Alcohol Depend*, 93, 227-32.
- Díaz Mesa, E., P. García-Portilla, P. Sáiz, T. Bobes Bascarán, M. Casares, E. Fonseca, E. Carreño, G. Flórez, J. Guardia, E. Ochoa, C. Pereiro, G. Rubio, A. Terán, J. Fernández Hermida & J. Bobes (2010) [Psychometric performance of the 6th version of the Addiction Severity Index in Spanish (ASI-6)]. *Psicothema*, 22, 513-9.
- Flaherty, J. A., F. M. Gaviria, D. Pathak, T. Mitchell, R. Wintrob, J. A. Richman & S. Birz (1988) Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv.Ment.Dis.*, 176, 257-263.
- Flaherty, J. A. & M. Gaviria. 1987. Appropriate and Inappropriate Research Methodologies for Hispanic Mental Health. In *Health and Behavior: Research Agenda for Hispanics*. Chicago: University of Illinois Press.
- Formigoni, M. L. O. S. & S. Castel (1999) Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26.
- Galduroz, J. C., A. R. Noto & E. A. Carlini. 1997. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas dentre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras - 1997. In *CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo*. São Paulo.
- Galduroz, J. C., A. R. Noto, S. A. Nappo & E. A. Carlini (2004) Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res.*, 37, 523-531.
- Galduróz, J. C. F. & R. Caetano. 2004. Epidemiologia do uso do álcool no Brasil. In *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3-6.
- Gorenstein, C., L. Andrade & A. W. Zuardi. 2000. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial.
- Haynes, W. J., K. Y. Ling, Y. Saimi & C. Kung (1995) Induction of antibiotic resistance in *Paramecium tetraurelia* by the bacterial gene APH-3'-II. *J Eukaryot Microbiol*, 42, 83-91.
- Hendriks, V., C. Kaplan, J. van Limbeek & P. Geerlings (1989a) The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treat*, 6, 133-41.
- Hendriks, V. M., C. D. Kaplan, L. J. van & P. Geerlings (1989b) The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst.Abuse Treat.*, 6, 133-141.
- Hodgins, D. C. & N. El-Guebalay (1992) More data on the Addiction Severity Index. Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 180, 197-201.
- Jorge, M. (2003) Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica.*, 25(5), 233-239.

- Kleinman, P., A. Miller, R. Millman, G. Woody, T. Todd, J. Kemp & D. Lipton (1990) Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis*, 178, 442-7.
- Klerman, G. L. (1985) Diagnosis of psychiatric disorders in epidemiologic field studies. *Arch.Gen.Psychiatry*, 42, 723-724.
- Kosten, T., B. Rounsaville & H. Kleber (1983) Concurrent validity of the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis*, 171, 606-10.
- Krenz, S., S. Dieckmann, B. Favrat, J. Spagnoli, J. Leutwyler, C. Schnyder, J. Daeppen & J. Besson (2004) French version of the addiction severity index (5th Edition): validity and reliability among Swiss opiate-dependent patients. French validation of the Addiction Severity Index. *Eur Addict Res*, 10, 173-9.
- Ladd, G. T. & N. M. Petry (2003) Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *J Subst Abuse Treat*, 24, 323-30.
- Leonhard, C., K. Mulvey, D. Gastfriend & M. Shwartz (2000) The Addiction Severity Index: a field study of internal consistency and validity. *J Subst Abuse Treat*, 18, 129-35.
- Lima AF, P. F., F. MP & D. B. R. (2005) Association between psychiatric symptoms and severity of alcohol dependence in a sample of brazilian men. *J Nerv Ment Dis*, 193(2), 126-30.
- Lin, K., R. Poland & G. Nagasaki. 1993. *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity*. Washington: American Psychiatric Press.
- Makela, K. (2004) Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99, 398-410.
- Marlowe, D. B., E. P. Merikle, K. C. Kirby, D. S. Festinger & A. T. McLellan (2001) Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychol Addict Behav*, 15, 97-108.
- Mathias, C. R., R. W. Vargens, F. H. P. Kessler & M. S. Cruz (2009) Differences in Addiction Severity Between Social and Probable Pathological Gamblers Among Substance Abusers in Treatment in Rio de Janeiro. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 239-249.
- McLellan, A., J. Cacciola, A. Alterman, S. Rikoon & D. Carise (2006) The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict*, 15, 113-24.
- McLellan, A., L. Luborsky, J. Cacciola, J. Griffith, F. Evans, H. Barr & C. O'Brien (1985) New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis*, 173, 412-23.
- McLellan, A., L. Luborsky, G. Woody & C. O'Brien (1980) An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*, 168, 26-33.
- McLellan, A. T., M. Hersen & A. S. Belack. 1988. Addiction Severity Index. In *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: Pergamon.
- Menezes, P. R. (1998) Validade e Confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Revista de Psiquiatria Clínica*.
- Noto, A. & J. Galduróz (1999) O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 145-151.
- Noto, A. R. e. a. (2003) Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 69-79.
- Nunnally, J. C. & I. H. Bernstein (1994) *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, 3.

- Pasquali, L. (2009) *Psicometria. Rev Es Enferm USP*.
- Rocha, N. S. & M. P. Fleck (2009) Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev Saude Publica*, 43, 147-53.
- Rogler, L. H. (1996) Framing research on culture in psychiatric diagnosis: the case of the DSM-IV. *Psychiatry*, 59, 145-155.
- Rosen, C., B. Henson, J. Finney & R. Moos (2000) Consistency of self-administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores. *Addiction*, 95, 419-25.
- Rudorfer, M. V. (1993) Pharmacokinetics of psychotropic drugs in special populations. *J Clin.Psychiatry*, 54 Suppl, 50-54.
- Sandí Esquivel, L. & K. Avila Corrales (1990) Validity of the Addiction Severity Index (adapted version) in a Costa Rican population group. *Bull Pan Am Health Organ*, 24, 70-6.
- Sartes, L. M. A. 2010. PROPRIEDADES PSICOMETRICAS DA VERSAO BRASILEIRA DO ADDICTION SEVERITY INDEX 6 (ASI6):Uma abordagem pela Teoria de Resposta ao Item. In *Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia.*, 179. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. .
- Scheurich, A., M. J. Muller, H. Wetzel, I. Anghelescu, C. Klawe, A. Ruppe, B. Lorch, H. Himmerich, M. Heidenreich, G. Schmid, M. Hautzinger & A. Szegedi (2000) Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J.Stud.Alcohol*, 61, 916-919.
- Westermeyer, J. & P. Thuras (2005) Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 31, 93-110.
- Zimpel, R. R. & M. P. Fleck (2007) Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*, 19, 923-30.

# **ANEXOS**

Carta ao editor sobre a adaptação

Artigo publicado Rev Psiquiatr RS. 2007;29(3) 331-332

**Multi-center transcultural adaptation of the sixth version of Addiction Severity  
Index (ASI6) for Brazil**

**Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de  
Dependência (ASI6) para o Brasil**

Felix Kessler\*, John Cacciola\*\*, Sibele Faller\*, Maria Lucia Souza-Formigoni\*\*\*,  
Marcelo Cruz\*\*\*\*, Sílvia Brasiliano\*\*\*\*\*, Flavio Pechansky\*

\*Center for Drug and Alcohol Research, Federal University of Rio Grande do Sul,  
Brazil.

\*\* Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA.

\*\*\* Department of Psychobiology, Federal University of Sao Paulo, SP, Brazil.

\*\*\*\*Psychiatric institute of the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil.

\*\*\*\*\* Institute of Psychiatry, Medical School, University of Sao Paulo

Keywords: ASI, adaptation, scales, multi-center, evaluation, substance abuse

Financing: This study was supported by the National Anti-drug Secretariat – SENAD,  
under grant # (GPPG-HCPA - nº 05-460).

Conflict of interests: None

IRB Approval: 05-460

Words: 485

Paper classification: Letter to Editor

Last literature review: november/2007

**Address for correspondence:**

Felix Henrique Paim Kessler, MD, MSc

Itaqui, 89/103 Zip code: 90460-140. Porto Alegre, RS, Brazil

Dear Editors,

The first step in the assessment of alcohol and drug users is to obtain a thorough and reliable biopsychosocial and diagnostic evaluation, which fosters the appropriate development of a therapeutic plan. Although such concept is clear for Brazilian professionals who work in the addiction field, there is a paucity of psychometrically sound clinical and research assessment instruments for these individuals - especially those which could simultaneously evaluate a wide array of problems <sup>1</sup>.

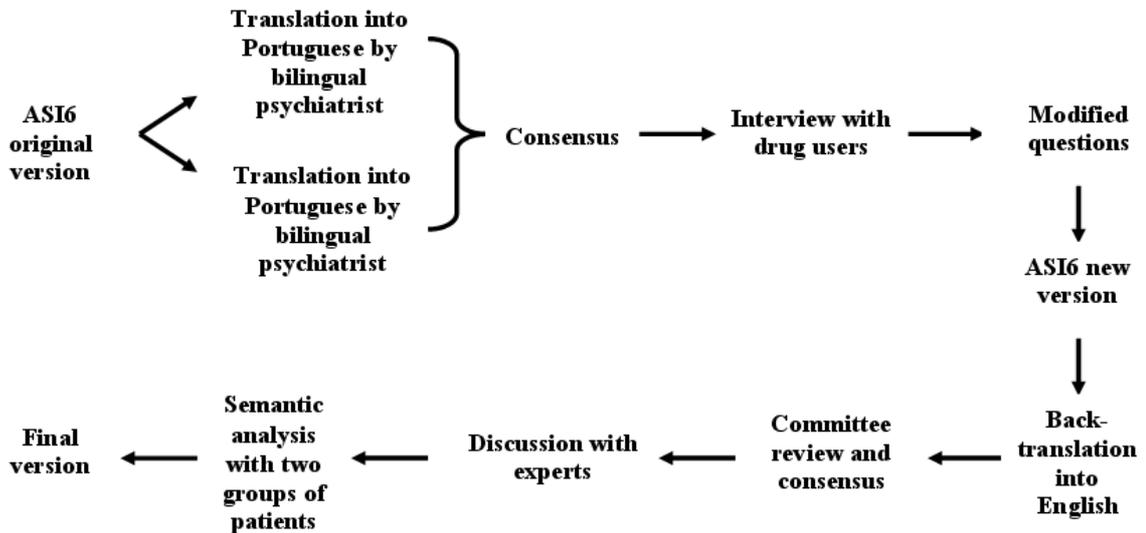
In this context, the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI6) was chosen to be adapted and validated for Brazil in a multi-center study. The ASI has already been translated into more than 20 languages <sup>2</sup>, showing full evidence of its reliability and validity <sup>3-5</sup>. It is a semi-structured interview that was planned to obtain information about substance abuse profile and aspects of life that are related to alcohol and drug use in the following areas: medical, employment/support, legal, family/social, and psychiatric. Interviewers usually take from 45 to 90 minutes to complete the instrument.

The last version of the instrument (ASI6) was developed to enhance content coverage of substance abuse problems, and to address the salient limitations that were present in its earlier version<sup>2</sup>.

Studies are being conducted in the U.S. to validate the sixth version of the ASI, and the authors of the original scale have actively participated for two years in the development and adaptation of the Brazilian instrument, by means of meetings in both

countries, as well as by electronic mail. The translation and adaptation method consisted of steps that are shown in Figure 1.

**Figure 1: Methodological Stages of the Transcultural Translation and Adaptation**



\* All psychiatrists involved were also addiction specialists.

Since the ASI is a complex questionnaire that requires specific training, the ASI6 manual was developed in parallel to the instrument adaptation process, where guidelines were provided and individual items described and explained in detail. The Brazilian Portuguese version of the ASI6, its manual and a training video are available online at the Brazilian Observatory for Drug Information -OBID ([www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)) and ([www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br)). They are downloadable for free.

This is the first study ever conducted in Latin America with the goal of adapting and validating the ASI6. The work has involved research efforts from many regions of Brazil (South, Southeast and Northeast), originating a partnership for other studies in this important area of public health. With the adaptation of the ASI6 it will be possible to train health professionals to obtain finer pictures of the problems of drug users for

therapeutic planning, as well as for follow-up of each case. Also, it opens the pathway for the development of other instrument versions in Brazil, such as the ASI “Lite”, ASI “follow-up”, and a computerized version. A major initiative to test the ASI6 in Brazil is under way to validate the instrument in a multi-center study, where psychometric properties of the instrument in samples of alcohol and/or drug users from inpatient and outpatient clinics of four states of Brazil will be obtained.

### References

- (1) Formigoni MLOS, Castel S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999;26.
- (2) McLellan TA, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The addiction severity index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 2006 Mar;15(2):113-24.
- (3) Senoo E, Ogai Y, Haraguchi A, Kondo A, Ishibashi Y, Umeno M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2006 Aug;41(4):368-79.
- (4) Scheurich A, Muller MJ, Wetzel H, Angheliescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J Stud Alcohol* 2000 Nov;61(6):916-9.
- (5) Gerevich J, Bacskai E, Ko J, Rozsa S. Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology* 2005 Nov;38(6):301-9.

## **Produtos da Tese**

Resumidamente, essa tese deixa como produtos:

- O próprio instrumento (ASI6) de avaliação de dependentes, validado para a língua portuguesa e para a cultura brasileira, podendo ser utilizado em contextos clínicos e de pesquisa.
- Elaboração de material para treinamento formal (vídeo com vinhetas clínicas, manual do ASI6) do instrumento, a fim de ser utilizado posteriormente por pesquisadores e clínicos no Brasil.
- Um manual de orientações para o cálculo dos escores da Escala de Gravidade de Dependência.
- Dados de pesquisa a respeito dos usuários de álcool e drogas em 4 estados brasileiros que estão sendo publicados gradativamente no formato de artigos científicos em periódicos nacionais e internacionais.
- Capacitação de um grupo de profissionais da área da saúde para a aplicação deste instrumento em 4 estados brasileiros.
- Conferência de encerramento do projeto em Brasília, onde foram apresentados os dados para o Governo Federal.
- Colaborações internacionais com o Chile e Espanha para a validação do instrumento na língua espanhola.

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**

#### **Consentimento informado para participar do estudo de validação transcultural da 6ª versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI) no Brasil**

##### **Introdução:**

Você está sendo convidado para participar de um estudo e você pode aceitar ou não. Caso recusar, você não sofrerá qualquer prejuízo e isso não irá influenciar o seu tratamento ou mesmo no vínculo com o programa clínico no qual você está inserido.

##### **Objetivos e Procedimento:**

Esse estudo está sendo desenvolvido por investigadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com financiamento da SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas). Os objetivos desse estudo são:

- 1) Adaptar um instrumento chamado Escala de Gravidade de Dependência (ASI), que é uma entrevista usada frequentemente para avaliar os problemas de dependência/abuso de pacientes que, geralmente, estão iniciando tratamento.
- 2) Avaliar se a escala mede adequadamente aquilo que se propõe (confiabilidade e validade), através de análises estatísticas.

Se você decidir participar desse estudo, será entrevistado com a 6ª versão revisada do ASI e/ou com outros instrumentos que também avaliam sintomas psiquiátricos, qualidade de vida, uso de álcool ou drogas e sua situação social, legal e familiar. Essas entrevistas deverão durar entre 1 e 2 horas. Você poderá também ser entrevistado novamente com o ASI após 3-4 dias da data da primeira entrevista. Você não precisa responder um item de qualquer um desses instrumentos caso se sinta desconfortável para isso. Tais informações não serão obtidas de outras fontes, como familiares, amigos ou outros contatos.

Se você participar dessa parte do projeto nós, inicialmente, vamos lhe pedir que forneça informações sobre pessoas que possam nos ajudar a encontrá-lo(a) para uma possível segunda entrevista. Estas pessoas não saberão sobre as suas respostas, apenas auxiliarão a entrar em contato com você. Você receberá uma compensação financeira pelo tempo despendido (R\$ 20,00), além de ressarcimento pelo gasto com transporte público. Nenhum tratamento específico será oferecido nesse estudo, mas ao final da coleta de dados poderemos lhe indicar locais para obter mais informação e tratamento.

**Riscos:**

Existem alguns riscos ao participar desse estudo. O principal é o desconforto que você pode sentir ao responder alguns itens do questionário. Não se esqueça de que você não precisa responder a um item se preferir.

**Benefícios:**

Não há benefícios diretos em participar desse estudo. O benefício principal é o de que a informação coletada nesse estudo pode vir a ajudar outros dependentes químicos no futuro.

**Custos:**

Não há custos para os participantes dessa pesquisa.

**Confidencialidade:**

Toda informação coletada nesse estudo é confidencial. O seu nome não será usado quando os resultados desse estudo forem publicados, pois os dados são utilizados em conjunto, sem identificadores individuais. Todos os esforços serão feitos para manter em completo sigilo todas as informações coletadas, à exceção daquelas que forem requeridas por ordem legal ou judicial como por suspeita ou denúncia de abuso infantil. O Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), encarregado de proteger os direitos e o bem-estar dos participantes de pesquisa pode ter acesso a registros médicos ou de pesquisa que o identifiquem pelo nome, com o intuito de proteger os sujeitos de pesquisa.

Eventualmente você poderá ser convidado a ter sua entrevista gravada ou filmada, a fim de que procedimentos, perguntas e respostas possam ser examinadas em detalhe pela equipe de pesquisa. Essas fitas serão mantidas em gabinetes trancados, a menos que você peça especificamente para que tais registros/fitas sejam destruídos antes. Toda a informação do estudo será guardada em um ambiente seguro, com a finalidade de constante aprimoramento do procedimento de coleta de dados.

**Direitos do participante:**

Você pode entrar em contato com o investigador responsável pelo estudo na UFRGS se desejar maiores informações a respeito de seus direitos como participante da pesquisa ou pode se reportar ao investigador responsável pela coleta de dados do centro de pesquisa que coordena o estudo na sua cidade.

**Declaração do paciente:**

Eu li esse consentimento e todas as minhas perguntas a seu respeito foram respondidas satisfatoriamente. Eu li e recebi uma cópia desse termo de consentimento. Eu concordei em participar desse estudo livre e voluntariamente. Eu entendo que posso interromper minha participação como voluntário em qualquer momento e que isso não influenciará minha futura elegibilidade para tratamento ou outros serviços.

**Perguntas:**

Se você tiver mais alguma pergunta sobre esse estudo ou partes desse consentimento informado, poderá entrar em contato com os Drs. Flavio Pechansky ou Felix Kessler pelo telefone 33324240, no Centro de Pesquisa e Álcool e Drogas da UFRGS, de segunda à sexta-feira pela manhã, ou através do e-mail: [cpad.fm@terra.com.br](mailto:cpad.fm@terra.com.br) .

**Consentimento informado para participar de um estudo de validação da 6ª versão do Addiction Severity Index (ASI) no Brasil.**

**Conclusão:** Eu li e entendi esse termo de consentimento. Eu concordo em participar desse estudo. Ao assinar abaixo, você receberá uma cópia desse termo.

---

_____ Nome do participante Data/Hora	_____ Assinatura do participante
--	-------------------------------------

---

_____ Nome do entrevistador Data/Hora	_____ Assinatura do entrevistador
---	--------------------------------------

---

_____ Nome do Investigador Data/Hora (diferente do acima)	_____ Assinatura do investigador  (diferente do acima)
--	---

## **Premiações recebidas durante o período do doutorado e relacionadas à tese**

XXVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria  
**2010 Prêmio Oswaldo Moraes Andrade, ABP.**

**Trabalho:** Usuários brasileiros de crack que procuram tratamento mostram alta porcentagem de transtorno de personalidade anti-social, mas pouco consumo de álcool

XX Congresso Brasileiro ABEAD  
**2009 Prêmio Ernnani Luiz Junior de Melhor Pôster, ABEAD.**

**Trabalho:** Maior comorbidade psiquiátrica e gravidade de problemas entre usuários de drogas com sintomas de ADHD

XIX Congresso Brasileiro ABEAD  
**2007 Melhor Pôster do XIX Congresso da ABEAD**

**Trabalho:** Método de um estudo multicêntrico sobre a validação do Addiction Severity Index para o Brasil

Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD  
**2006 Mérito pela Valorização da Vida, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

**3 Prêmios Viagens (Travel Awards)** para apresentação de Pôsteres relacionados à tese de doutorado no NIDA International Forum do National Institute on Drug Abuse em 2008, 2009 e 2010.

## **Outro artigo publicado relacionado ao estudo e aos escores do ASI6**

Mathias, C. R. ; Vargens, R. W. ; Kessler, F. H. P. ; Cruz, M.S. Differences in Addiction Severity Between Social and Probable Pathological Gamblers Among Substance Abusers in Treatment in Rio de Janeiro. International Journal of Mental Health and Addiction, v. 7, p. 239-249, 2009.

**Outros dados relacionados à amostra e apresentados na forma de pôster (resumo) durante o período de doutorado**

**1-Measurement properties of the WHOQOL-BREF in alcoholics using the Rasch model**

**Authors:** Felix Kessler, Neusa Sica da Rocha, Sibeles Faller, Daniela Benzano, Flavio Pechansky

**Aims** - The present study aims at assessing the measurement properties of the Brazilian version of the WHOQOL-BREF using the Rasch Model (Item Response Theory - IRT) in alcoholics. **Methods** - A cross-sectional multi-center sample of 174 alcoholics from outpatient and inpatient clinics was collected by three research centers located in Brazilian state capitals. Rasch properties were assessed: local independence (Pearson residual correlation matrix), unidimensionality, and invariance was checked by Differential Item Functioning (DIF) analysis. Four overall measures of fit (item fit residual, person fit residual,  $\chi^2$ ; P) were also checked to ensure model fit. **Results** - All WHOQOL-BREF subscales showed to be one-dimensional and invariant by the absence of significant DIFs for factors such as age group and gender ( $P > 0.05$ ). Nine items needed to be rescored by suppressing middle category of responses: pain, medication, finances, sleep, support, services, transport, and negative feelings. After these adjustments, the 4 overall model fit statistics in the 4 domains showed to be fitted to the model. The chi-square test ( $\chi^2$ ) was 27.4 for Physical ( $p=0.02$ ), 6.3 for Psychological ( $p=0.90$ ), 19.2 for Environment ( $p=0.25$ ) and 6.5 for Social domain ( $p=0.36$ ). **Conclusions** - After some adjustments, all domains of WHOQOL-BREF met expectations of the Rasch Model in this sample. Our findings suggest that the conceptual model of self-perception and satisfaction with QOL is suitable for studying QOL of alcoholics.

**2- Quality of Life in crack, cocaine and other psychoactive substance abusers who seek treatment in four Brazilian Capitals**

**Authors:** Anne Orgler Sordi, Fernanda Kreische, Flávio Pechansky, Felix Kessler.

**Background:** Over the past years, Brazil has faced an increase in crack consumption. There are studies showing an important association between substance abuse and lower quality of life, but there is still little information about this association in crack users. The

aim of this study was to compare the quality of life among crack users, cocaine snorers and other psychoactive substance abusers in four Brazilian capitals. **Methods:** Cross-sectional study of a convenience sample of 735 drug abusers (293 crack users, 126 inhaled cocaine, and 322 for other drugs – mostly alcohol and marijuana), recruited from hospitals or clinics specialized in treating substance abuse in four Brazilian state capitals. The interviewers were psychologists who were trained and tested for reliability. Quality of life and substance abuse were ascertained by The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) and The Sixth version of the Addiction Severity Index (ASI6). **Results:** Quality of life was significantly poorer with regard to the psychological domain in the crack and cocaine abusers ( $51.8 \pm 20.4$ ) when compared to other substance abusers ( $57.2 \pm 18.9$ ). There were no differences in other areas. Crack users had statistically significant more illegal activities ( $50 \pm 17.1$ ) than other substance abusers ( $12 \pm 3.8$ ). **Discussion:** These findings corroborate previous studies showing an association between crack and cocaine abuse and poor quality of life. On the other hand, it is not clear whether this impairment is associated with the lifestyle of this population, crack use, comorbidity or to the use of different kinds of substances at the same time. Also, this was one of the first studies to use the Addiction Severity Index (ASI6) in the Brazilian population, which made possible to obtain a better panorama of problems faced by drug users.

### **3- Adults' substance abusers with ADHD symptoms show higher psychiatric comorbidity and severity of problems among**

**Authors:** Felix Kessler, Sibebe Faller, Daniela Benzano, Helena Moura\*, Cláudia Szobot, Lísia von Diemen, Anderson Stolf, Flavio Pechansky

**Background:** Comorbidity between substance use disorders (SUD), attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is usually associated to many problems as earlier onset of substance use, more rapid transition from use to abuse and dependence, poorer treatment adherence, more relapses and more difficulty remaining abstinent. Nevertheless, it is not clear in the literature whether or not there are other psychiatric disorders associated to this specific comorbidity and how they affect these individual's lives. This study aims at evaluating other comorbidities and the severity of problems among this population. **Methods:** A cross-sectional multi-center sample of 285 current adult substance abusers from outpatient and inpatient clinics was collected by three research centers located in Brazilian state capitals. All subjects were evaluated with the Adult ADHD Self-report

Scale (ASRS), the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI6) and MINI-Plus. Ninety eight subjects screened positive for ADHD were compared to the negative ones (n=187). **Results:** Individuals with comorbid SUD and ADHD showed more severe problems in ASI areas when compared to individuals without ADHD. These problems were related to drug use, unemployment as well as family and social relationships. Other psychiatric disorders such as depressive disorder, suicidal risk, manic episodes and general anxiety disorder were also higher in this population. Use of marijuana and cocaine was higher in the ADHD group even when controlled by confounding factors. **Conclusion:** Our results suggest that comorbid SUD and ADHD is associated to more severe problems not only related to the course of the substance disorders or the amount of drug consumption but also to social and psychiatric disabilities. This is also one of the first studies in an adult sample that demonstrates that ADHD may be a risk factor for marijuana and cocaine use.

#### **4- Adult substance abusers with ADHD show higher prevalence of marijuana and cocaine use**

**Authors:** Anderson Stolf, Sibebe Faller, Daniela Bumaguin, Helena Moura, Cláudia Szobot, Lísia von Diemen, Flavio Pechansky, Felix Kessler

**Aims:** Once most studies have investigated substance abuse and attention deficit and hyperactivity disorder with adolescent samples this study aims to compare prevalences of substance abuse among adults with and without attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). **Methods:** A cross-sectional multi-center sample of 285 current adult substance abusers from in- and outpatient clinics was collected at three research centers located in Brazilian state capitals. Subjects were evaluated with the Adult ADHD Self-report Scale (ASRS), the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI6) and the MINI-Plus. Ninety eight subjects who screened positive for ADHD were compared to negatives (n=187), using multivariate analysis in order to minimize confounding factors. **Results:** Individuals with ADHD showed more prevalence of marijuana (54.1% vs 37.2%, p=0.009) and cocaine use (58.2 vs 43.6, p=0.027) when compared to individuals without ADHD. Use of marijuana (OR 1.786, p=0.03) and cocaine (OR 1.939, p=0.025) were higher in the last 30 days in the ADHD group even when controlled by confounding factors. Other psychiatric disorders such as depressive disorder, suicidal risk, manic episodes and general anxiety disorder were also higher in this sample. **Conclusion:** This

is one of the first studies conducted with an adult sample that demonstrates that ADHD may be associated to marijuana and cocaine use. Most of the studies in this area suggest that marijuana could be used for restlessness and cocaine for inattention improvement as a self-medication strategy, which could explain the higher prevalence in this population. On the other hand ADHD symptoms may be also a consequence of marijuana and cocaine use related to the acute and withdrawal symptoms or the brain damage caused by these drugs. Further research among adult ADHD population could elucidate this question.

## Manual e Instruções para os o cálculo dos escores do ASI6

Vários arquivos relacionados ao cálculo dos escores sumários da versão brasileira da ASI6 podem ser encontrados no site [www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br). Abaixo, algumas instruções básicas:

Os dados correspondentes às variáveis devem ser digitados como aparece no manual de aplicação do ASI, e na base de dados, conforme o site acima. Existe a possibilidade de se digitar o banco de dados diretamente no SPSS/PASW (arquivo.sav do site), ou no programa Excel (dois arquivos .exl do site). Dividiu-se o arquivo Excel em duas partes devido à limitação deste programa quanto ao número de variáveis aceitas em uma planilha. Colocou-se no início das duas partes uma variável chamada número do sujeito e um número sequencial que ajudará a unir os dois bancos posteriormente. Caso o usuário prefira utilizar para a digitação o programa Excel, será necessário depois da sua exportação para o programa SPSS/PASW colocar os nomes das variáveis e os códigos dos dados. Sugere-se que os dados que não tenham sido respondidos ou não se apliquem ao sujeito devam ser digitados como X ou N, respectivamente, e Q para aqueles que não queiram responder e B quando o entrevistador deixou em branco incorretamente. Essas letras, posteriormente, serão substituídas por códigos numéricos como 999 ou 888, por exemplo, definindo estes como missing no SPSS/PASW posteriormente. Sugere-se que se abra o banco de dados no programa SPSS e que se abra a aba “variable view” e se marque na opção “missing” o código numérico que foi definido para dados faltantes na sua digitação, caso tenha escolhido um código (por exemplo 999, 888).

As variáveis digitadas devem ser transformadas para poder calcular os escores compostos (a linguagem de programação inclui a sua transformação no início da sintaxe disponível no site. Resumidamente, os escores sumários (principais) do ASI6 são nomeados na sintaxe como: T\_S1, T\_S2, T\_S3, T\_S4, T\_S5, T\_S6, T\_S7, T\_S8 e T\_S9. Descreve-se abaixo as questões que compõem a fórmula dos escores sumários referentes às áreas do ASI6:

T\_S1: Drogas (questões D25 a D33, D39, D40, D41, D42, D43, D44, D45, D46, D47, D48)

T\_S2: Família/Crianças (questões F46, F47, F48, F49, F50)

T\_S3: Álcool (questões D13, D14n, D15, D16, D17, D18, D19, D20, D21, D22, D23.

T\_S4: Psiquiátrica (questões H4B, F38, F39, P8B, P9B, P10B, P11B, P12B, P13B, P14B, P15B, P16B, P16D, P18, P19, P20, P21)

T\_S5: Médica (questões H3B, M19, M20, M21, M22, M23, M24)

T\_S6: Legal: (questões E29, L26B, L27, L29B, L28B, L30B, L31)

T\_S7: Emprego/Sustento (questões E10, E19, E20, E21)

T\_S8: Família/Apoio Social (questões F3, F4, F5, F9)

T\_S9: Família/Problemas Sociais (questões F6, F7, F11, F14, F15)

Sugere-se que se abra o arquivo syntax ASI escores compostos (em anexo com extensao.sps) da seguinte forma: file open syntax, selecione o arquivo e pressione open. Selecione os comandos e pressione na seta (► chamada run current). Chama-se a esta ação "rodar a syntax", , ou seja, executar os comandos. Para o seu melhor controle da recodificação de variáveis necessárias para calcular o escore composto, pode ser de grande ajuda "rodar" os comandos em partes, e ir conferindo a criação das variáveis necessárias. Por exemplo, pode-se selecionar o primeiro comando:

```
RECODE
```

```
H3_b
```

```
(0=0) (MISSING=SYSMIS) (1 thru Highest=1) INTO h3bn .
```

```
EXECUTE .
```

Neste comando se recodifica a variável H3\_b definindo o 0 como 0, os missings continuaram missings, e o código 1 até o valor máximo pontuará 1. Será criada a nova variável h3bn utilizada para calcular o escore composto (neste caso o escore médico).

Sugere-se novamente que essas informações e as outras disponíveis no site citado sejam observadas atentamente, e que esta sintaxe seja realizada por pessoas com algum conhecimento do programa SPSS/PASW para detectar possíveis erros de codificação de variáveis.

## **Centros de pesquisa envolvidos no projeto ASI6**

Centro Coordenador – Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS (CPAD)

O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) foi criado oficialmente em maio de 2003 e já funciona como grupo de pesquisa desde 1995 como escritório de pesquisa do Center for Drug and Alcohol Studies da Universidade de Delaware. O CPAD também tem vinculação com o Treatment Research Institute da Universidade da Pennsylvania e com o Center on Drug and Alcohol Research da Universidade de Kentucky, através de estudos em colaboração, visando o desenvolvimento auto-sustentado de projetos de pesquisa financiados por fontes externas à UFRGS. Em junho de 2005, foi inaugurada sua área física definitiva, que conta com infraestrutura própria e independente (salas de reunião e secretaria, estrutura de inserção e gerenciamento de dados, rede de computadores interligados e pessoal técnico), localizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O CPAD tem projetos de pesquisa nas áreas de:

- Epidemiologia do uso de drogas;
- Abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas, em jovens e adultos;
- Comportamentos de risco para infecção pelo vírus HIV;
- Intervenções psicossociais para redução de comportamentos de risco e abuso de drogas em adultos e adolescentes;
- Desenvolvimento e adaptação de escalas sobre uso de drogas e comportamentos de risco para aids;
- Tabagismo e suas complicações;
- Álcool e trânsito;

Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD)

O PROJAD, desde 1996, desenvolve atividades de pesquisa, assistência e ensino no campo dos problemas relativos ao uso abusivo de substâncias psicoativas. A complexidade dos problemas abordados pelo PROJAD requer a utilização de vários dispositivos assistenciais, como o atendimento ambulatorial – individual e/ou em grupo - psicoterápico, médico, clínico e psiquiátrico, a internação, a terapia ocupacional, o atendimento aos familiares, os centros de atenção diária e outros. Essas atividades, no PROJAD, encontram-se vinculadas ao desenvolvimento de pesquisas e programas

especiais, tais como: adesão e demanda ao tratamento, formação profissional, comorbidade psiquiátrica, tabagismo, DST/AIDS, entre outras.

O privilégio conferido às práticas assistenciais ambulatoriais e/ou em serviços de atenção diária justifica-se pela defesa de uma ética de tratamento e de uma política de saúde mental que, em consonância com as mais recentes deliberações do Ministério da Saúde, prevê “a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência em saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos” (Ministério da Saúde, 2000). A formação de pesquisadores e o desenvolvimento de métodos, abordagens e instrumentos que viabilizem integração de atividades de pesquisa, ensino e assistência nesta área são os principais objetivos do PROJAD, que busca assim contribuir para a função social da universidade de produzir capacitação profissional, gerar conhecimento e interlocução com o restante da sociedade. O PROJAD é coordenado pelo Dr. Marcelo Santos Cruz, MD, PhD e pela Dra. Salette Maria Barros Ferreira, PhD, além de inúmeros outros profissionais da área da saúde com titulação de mestrado e doutorado. O programa possui várias linhas de pesquisa que já foram realizadas ou estão em andamento:

- Formação profissional para o atendimento a usuários de drogas
- Sujeito, Trabalho e álcool: Contribuição ao Estudo entre a Constituição do Sujeito Moderno, a Organização do Trabalho e o Uso de Bebidas Alcoólicas.
- Estudo comparativo das taxas de adesão ao tratamento.
- Avaliação de resultado de tratamento em serviço ambulatorial para usuários de drogas – PROJAD-IPUB/UFRJ
- Perfil sócio-demográfico de pacientes internados em enfermarias psiquiátricas.
- Comorbidade psiquiátrica em usuários de drogas
- Estudo sobre a constituição da demanda de tratamento de usuários de drogas: Subjetividade & Contexto sócio-cultural.
- Estudo sobre a motivação para a recaída no grupo de atendimento a usuários de drogas do IPUB/UFRJ.
- Graduação: Medicina, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem
- Especialização: Residência em Psiquiatria, Psicanálise, Saúde Mental da Infância e Adolescência, Psicogeriatrics e Terapia de Família
- Curso de Especialização em Assistência a Usuários de Álcool e Drogas IPUB/UFRJ

## Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD)

O Programa de Atenção à Mulher Dependente Química do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq – HC – FMUSP) é coordenado pela Dra. Sílvia Brasiliano. Ele foi fundado em novembro de 1996 com a finalidade de dar continuidade a uma linha de pesquisa com mulheres dependentes de substâncias psicoativas iniciada em 1989 no Grupo Interdisciplinar de Estudos do Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREA – IPq – HC – FMUSP).

O GREA, desde 1989, tem se preocupado com o adequado estudo da subpopulação de mulheres dependentes de álcool e drogas e desenvolveram uma linha de pesquisa específica, que resultou nos seguintes estudos:

- Alcoolismo Feminino: 1. Validação de um instrumento de avaliação de tratamentos; 2. Identificação de características demográficas determinantes de sua evolução

- Alcoolismo Feminino: I. Validação de um instrumento para seguimento de mulheres alcoolistas; II. Análise comparativa das características sócio-demográficas e outras do consumo de álcool entre homens e mulheres.

- Mulheres e farmacodependências: comparação com homens farmacodependentes quanto às suas características sócio-demográficas e outras.

- Alcoolismo feminino: comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas.

Unidade de dependência de drogas do Departamento de Psicobiologia da Universidade de São Paulo (UDED)

A UDED tem como objetivo promover pesquisas básicas e clínicas na área de abuso e dependência de drogas e na assistência a usuários de álcool e drogas com problemas.

### Projetos de Pesquisa:

- Comparação entre a efetividade das terapias cognitivo-comportamental breve familiar e individual no tratamento da dependência de drogas.
- Avaliação dos conceitos dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas (de indivíduos dependentes de drogas e de familiares de dependentes de drogas).
- Temores e reações de pais de adolescentes em relação ao uso de drogas.
- Uso de drogas e Cinema.
- Estratégias utilizadas no tratamento de famílias com dependentes de drogas.
- Mortes por overdose: impactos familiares.
- Validação da “Family Assessment Measure” – FAM
- Validação da “Family Environment Scale” – FES
- Validação do “Teen Addiction Severity Index” – T-ASI.
- Cuidando do “cuidador”.
- Esposas de dependentes de drogas.
- Razões do abandono do tratamento.
- Situações de recaída durante o tratamento.
- Drogas e violência doméstica.
- Inelegibilidade de pacientes para TCC breve.
- Perfil dos pacientes que procuram tratamento na UDED.
- Razões para o 1º uso de álcool e outras drogas.
- Avaliação social segundo os critérios do ASI.
- Avaliação da viabilidade e efetividade de um programa de orientação a pais.
- Avaliação da efetividade de um programa de atendimento a adolescentes usuários de drogas.

### Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD

É uma Extensão Permanente do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e conta com o apoio do Governo do Estado da Bahia, através da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos. Seus recursos são administrados pela Associação Baiana de Apoio ao Estudo e Pesquisa do Abuso de Drogas – ABAPEQ, entidade considerada de utilidade pública estadual.

Com vinte anos de existência, o CETAD é considerado Centro de Excelência Nacional pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) para o tratamento e a prevenção do uso indevido de drogas, bem como foi nomeado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Estadual para o tratamento do tabagismo.

Na sua estrutura organizacional, o Centro apresenta uma divisão de clínica, responsável pelo atendimento psicológico e psiquiátrico de uma média de 800 casos novos de usuários de substâncias psicoativas por ano e de seus familiares. A divisão também oferece um programa especial para o atendimento de adolescentes (GAIA) e um programa de assistência aos tabagistas (PROAT). Outras três divisões são responsáveis pelas atividades de prevenção e formação de agentes multiplicadores (Divisão de Educação para a Saúde), pelos estágios de graduação e pós-graduação (Divisão de Ensino) e pela coordenação de pesquisas e atividades científicas (Divisão de Estudos e Pesquisas). O Centro ainda possui a única biblioteca especializada na área de dependência química do Estado da Bahia, com um acervo diversificado e acesso a inúmeros periódicos nacionais e internacionais de diferentes áreas das ciências médicas e não-médicas.

## **Regras para autoria de artigos do projeto ASI6**

O projeto ASI6 criou um banco de dados único que tem sido administrado pelo centro coordenador do projeto – CPAD. Contudo, cada centro teve liberdade total para gerenciar seus bancos parciais e seu próprio.

Novas solicitações para o uso do banco de dados consolidado geral (incluindo informações provenientes de todos os centros) devem ser submetidas na forma de um projeto de pesquisa/análise de dados ao CPAD. Estas devem ser discutidas e julgadas, em reunião, pela comissão coordenadora do projeto.

A decisão pela autorização ou não de uso destes dados será baseada nos seguintes critérios gerais:

- O projeto não deve englobar, nem mesmo de forma parcial (seja por subgrupos ou por uma nova técnica de análise), nenhuma das questões de pesquisa previamente contempladas no projeto ou definidas nas reuniões de discussão sobre a divisão da temática a ser publicada por cada grupo. O projeto deve ser inédito (no âmbito de estudos já realizados pelo grupo) para o projeto ASI6 e deve contemplar critérios mínimos de qualidade quanto à:

- a) Referencial teórico
- b) Objetivos
- c) Justificativa
- d) Metodologia
- e) Plano de análise
- f) Forma de apresentação dos resultados

Maiores informações poderão ser obtidas junto ao CPAD.

A participação como autor nos manuscritos do Grupo ASI6 deverão seguir as normas do Comitê Internacional de Editores de Jornais Científicos, criado em janeiro de 1978, em Vancouver, que teve como objetivo de esclarecer os critérios comuns para publicação de artigos científicos na área da saúde. A partir de 1988, foram estabelecidos critérios claros para a caracterização da autoria. Todas as pessoas designadas como autores devem estar qualificadas para tal. Cada autor, em particular, deve ter participação suficiente no trabalho para tomar a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

No caso do projeto ASI6, foi definido no início da sua organização quem irá participar da primeira autoria dos diversos temas investigado ao longo dos estudos. Todos os trabalhos publicados com a amostra total deverão citar como autores os coordenadores dos centros de pesquisa envolvidos, na forma de Brazilian ASI Group.

Esses autores também deverão ter suas responsabilidades descritas abaixo:

1- Considera-se que um “autor” é geralmente quem deu contribuições intelectuais substanciais para um estudo publicado.

2- O critério de autoria deve ser baseado somente em:

a) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação de dados;

b) redação ou revisão crítica do artigo em relação ao conteúdo intelectualmente importante;

c) aprovação final da versão a ser publicada.

As três condições devem ser satisfeitas.

3- No caso de um estudo multicêntrico, o grupo deve identificar as pessoas que assumem responsabilidade direta pelo original. Estas pessoas devem satisfazer na íntegra os critérios de autoria acima especificados, e os editores solicitarão que esses membros preencham formulários de declaração de autor e de conflitos de interesses específicos da revista. Ao submeter um original de um grupo de autores, o autor correspondente deve indicar claramente a citação preferencial e deve identificar claramente todos os autores individuais, bem como o nome do grupo. As revistas normalmente listam os outros membros do grupo nos agradecimentos.

4- A participação exclusivamente na obtenção de financiamento, na coleta de dados ou na supervisão geral do grupo de pesquisa não justifica, por si só, a autoria.

5- Todas as pessoas mencionadas com autoras devem estar qualificadas para a autoria, e todas aquelas que estão qualificadas devem ser mencionadas.

6- Cada autor deve ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelas porções pertinentes do conteúdo.

7- Qualquer parte de notória importância para as conclusões principais terá de ser da responsabilidade de, pelo menos, um autor.

8- A ordem de autoria deve ser uma decisão conjunta de todos os co-autores. Os autores devem estar preparados para explicar a ordem na qual os autores estão listados.

9- Listar todas as pessoas que contribuíram, mas não satisfazem os critérios de autoria. Entre elas, incluem-se pessoas que prestaram apoio puramente técnico, auxílio na redação ou chefes de departamento que tenham dado apenas apoio geral.

10- Qualquer apoio financeiro e material deve ser mencionado nos agradecimentos.

11- Grupos de pessoas que contribuíram significativamente, mas cuja contribuição não justifica a autoria, podem ser listadas sob títulos como “investigadores clínicos” ou “investigadores participantes”, com uma descrição de sua função ou participação, por exemplo, “deram consultoria científica”, “criticaram a proposta do estudo”, “coletaram dados”.

A Lei 5988/73, sobre a questão do Direito Autoral, em seu art. 14, diz: "A autoria da obra em colaboração é atribuída àquele ou àqueles colaboradores em cujo nome, pseudônimo ou sinal convencional for utilizada. Parágrafo único - Não se considera colaborador quem simplesmente auxiliou o autor na produção da obra intelectual, revendo-a, atualizando-a, bem como fiscalizando ou dirigindo sua edição (...)"

O Código de Ética Médica (8), em seu art. 137, propõe que é vedado ao médico "publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação".

# **INSTRUMENTOS**

**General Information** - This is a standard interview that asks questions about several life areas – your health, employment, alcohol and drug use, etc. Some of the questions ask about the past 30 days or the past six months, while others are about your entire lifetime. All the information you give is confidential (explain specifics) and will be used to (explain purpose). Please answer the questions with your best estimates. If there are questions that you don't understand or prefer not to answer, please let me know. The interview will take about an hour to complete. Do you have any questions before we begin? ... First we'll start with some general background information.

Patient Name: \_\_\_\_\_

G1. Patient ID:

Interviewer Name: \_\_\_\_\_

G2. Interviewer ID:

or

G3. Observer ID:

G4. Date of Interview:   /   /

G5. Date of Admission:   /   /

G6. Time Frame of Interview:   
 1 – Prior to Interview Date  
 2 – Prior to Admission Date

3 – Prior to Other Date:   /   /

G7. Time Begun:   :

G8. Gender (1 – Male, 2 – Female):

G9. Date of Birth:   /   /      
 (Age: \_\_\_\_\_)

G10. What race do you consider yourself? [Check all that apply]  
 1. Black or African American  5. Alaskan Native  
 2. White  6. American Indian  
 3. Asian  7. Other  
 4. Hawaiian / Pacific Islander  8. Not Answered

G11. Ethnicity: Are you Hispanic/Latino?   
 1-Yes, 0-No

G12. What is your current marital status?   
 1 – Now married  4 – Divorced  
 2 – Living as married  5 – Separated 6 → G14  
 3 – Widowed  6 – Never Married

G13. How long have you been (G12 response)?    
 Years Months

G14. How were you referred to treatment?   
 -i.e. referred to this specific Tx program  
 1 – Self, family or friend  
 2 – Alcohol or drug use provider or agency  
 3 – Other healthcare provider or agency  
 4 – School  
 5 – Work or employee assistance program  
 6 – Community agency (unemployment office, shelter, church, etc.)  
 7 – Court or legal system

**Housing** – The following questions ask whether you have lived in any kind of restricted or supervised setting during the past 6 months since \_\_\_\_\_ and the past 30 days since \_\_\_\_\_.

[NOTE: 6 months = 180 days, inform client if necessary.]

H1. In the past 6 months, about how many nights have you stayed in a hospital, inpatient alcohol, drug, or psychiatric unit, jail or prison, recovery or half-way house, or group home?

A. Past 6 months	B. 30 Days
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Of those nights, how many were in a(n):

	A.	B.
H2. inpatient unit for drug or alcohol treatment?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H3. medical hospital?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H4. psychiatric hospital?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H5. jail or prison?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H6. recovery / half-way house, or group home?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H7. other kind of restricted or supervised living situation? What type of place? _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

H8. How many nights have you spent in a homeless shelter?   
 A. Past 6 months  B. 30 Days  
 000 → H9

H9. How many nights have you lived on the street, or in places such as abandoned buildings, cars, or parks because you had nowhere else to stay?   
 A. Past 6 months  B. 30 Days  
 000 → NOTE

[NOTE: If H8A or H9A > 0 (i.e. if any time in a shelter or on the street in the past 6 months), skip to next NOTE.]

H10. Have you ever stayed in a homeless shelter or lived on the street (in places such as abandoned buildings, cars, or parks) because you had nowhere else to stay?   
 1-Yes, 0-No

[NOTE: If H1B + H8B = 30 (i.e. if all of the past 30 days were in a restricted living arrangement or shelter), skip to Medical.]

H11. In the past 30 days (when you were NOT in a restricted / supervised living situation or shelter), who have you lived with (. . . anyone else)? [Check all that apply]  
 1. Alone  5. Other adult relatives  
 2. Spouse/Partner  6. Other adult non-relatives  
 3. Child(ren) < age 18  7. Not Answered  
 4. Parents

H12. In the past 30 days (when you were NOT in a restricted / supervised living situation or shelter), have you lived with anyone who has a current alcohol problem or uses drugs?   
 1-Yes, 0-No

**Medical - The following questions are about your physical health.**

- M1. What kinds of health insurance do you have?  
 [Check all that apply]
- 1. None
  - 2. Private insurance, private health plan  
 e.g. Blue Cross/Shield, Aetna, HMOs
  - 3. VA or military health care
  - 4. Medicare (generally for senior citizens)
  - 5. Medicaid (generally for the needy)
  - 6. Other (specify: \_\_\_\_\_)
  - 7. Not answered

[NOTE: If male, skip M2.]

- M2. Are you currently pregnant?
- 1-Yes, 0-No  
 2-Not Sure

Have you ever been told by a doctor or healthcare provider that you had any of the following physical or medical conditions?

- 1-Yes, 0-No
- M3. High Blood Pressure
  - M4. Diabetes
  - M5. Heart Disease
  - M6. Stroke
  - M7. Epilepsy or seizures
  - M8. Cancer
  - M9. HIV/AIDS
  - M10. Tuberculosis or a positive test for TB (e.g. +PPD)
  - M11. Hepatitis
  - M12. Cirrhosis or other chronic liver disease
  - M13. Chronic kidney disease
  - M14. Chronic respiratory or breathing problem  
 e.g. asthma, emphysema, COPD
  - M15. Other chronic physical or medical conditions  
 e.g. arthritis, chronic back pain, digestive probs (colitis, etc.)   
 -if "Yes," specify: \_\_\_\_\_
  - M16. Any type of physical disability that seriously impairs your vision, hearing, or movements?  
 -if "Yes," specify: \_\_\_\_\_

[NOTE: If M3 - M16 are all 0-No, Skip M17.]

- M17. Have you ever been prescribed medication for any of these conditions?
- 0 - No  
 1 - Yes, and still taking all necessary medications as prescribed  
 2 - Yes, and should be taking medications but am not  
 3 - Yes, but was told (by a Dr.) medication was no longer necessary
- M18. Do you receive any kind of pension (or check) for a physical condition or disability?
- Exclude psychiatric disability 1-Yes, 0-No
- M19. In the past 30 days, would you say your physical health has been?
- 0 - Excellent 3 - Fair  
 1 - Very Good 4 - Poor  
 2 - Good

**ASI6**

(M20 – M23) In the past 30 days:

[NOTE: Do NOT include problems that are completely due to being high, intoxicated, or in withdrawal from alcohol or drugs.]

- M20. How many days have you had any physical or medical symptoms or problems?  
 e.g. illness, injury, pain, discomfort, disability  
 -include dental problems   Days
- M21. How many days have you been unable to carry out normal activities because of physical or medical symptoms or problems?   Days

[NOTE: Introduce the Client Rating Scale.]

- M22. How much have you experienced physical pain or discomfort?
- 0 - Not at all 3 - Considerably  
 1 - Slightly 4 - Extremely  
 2 - Moderately
- M23. How worried or concerned have you been about your physical health or any medical problems?
- 0 - Not at all 3 - Considerably  
 1 - Slightly 4 - Extremely  
 2 - Moderately
- M24. How important to you now is (ongoing or additional) treatment for any current physical or medical problems or conditions?
- 0 - Not at all 3 - Considerably  
 1 - Slightly 4 - Extremely  
 2 - Moderately

- M25. How many times in your life have you been hospitalized (at least overnight) for physical or medical problems?   Times
- Do not include alcohol/drug treatment, psychiatric hospitalizations, or non-complicated childbirth

- M26. How many times have you used emergency room services for any type of problem?
- A. Past 6 months    B. 30 Days
- 000 → M27

- M27. How many days have you taken prescribed medication for a physical illness or condition?
- A. B.
- 000 → M28
- Do not include medications for alcohol/drug/psych problems.

- M28. How many outpatient visits have you had with a doctor or healthcare provider?
- A. B.
- 000 → E/S
- e.g. physical examination of any kind, or any other monitoring/care for a medical problem or condition.  
 -Do not include alcohol/drug, or psych treatment.

**ASI6**

**Employment/Support – The following questions are about your education, employment, and finances.**

E1. What is the highest educational degree that you received?

- 1 – GED
- 2 – High School Diploma
- 3 – Associate’s Degree
- 4 – Bachelor’s Degree
- 5 – Master’s Degree (or higher)
- 6 – None

E2. Do you have any other degrees, licenses, or certificates from a formal training program?  1-Yes, 0-No

E3. What is the last grade or year that you completed in school?

- 01 = 1<sup>st</sup> grade
- 02 = 2<sup>nd</sup> grade ...
- 12 = HS diploma
- 13 = 1yr college
- 14 = 2yrs college (or associate’s)
- 15 = 3yrs college
- 16 = 4yrs college (or bachelor’s)
- 17 = 1yr graduate education
- 18 = 2yrs graduate education (MA)
- 19 = 3yrs graduate education
- 20 = 4yrs graduate education e.g. Ph.D., M.D., J.D.

E4. Have you ever served in the U.S. military?  1-Yes, 0-No

E5. Are you currently in a vocational training, or educational program?

- e.g. GED classes, skills training, college, etc.
- 0 - No, 1 - Part-time, 2 - Full-time

E6. Do you have a current and valid driver’s license?  1-Yes, 0-No

E7. Do you own or have a car?  1-Yes, 0-No

E8. At this time, is it difficult to attend treatment, get to work/school, or find work because of transportation?  1-Yes, 0-No

[NOTE: Code E9. Ask question only if unable to code based on previous information.]

E9. Do you read/write (English) well enough to fill out a job application?  1-Yes, 0-No

E10. What is your current employment situation? [Check one]

- 1. Full-time (35+ hrs/wk), → E12
- 2. Part-time (< 35 hrs/wk), → E12
- 3. Unemployed and actively looking for work (or on temporary lay-off), → E14
- 4. Not in the labor force -not working and not actively looking for work

E11. [If not in the labor force] What best describes your current situation?

[Check one, → E14]

- 1. Homemaker
- 2. Student
- 3. Disabled
- 4. Retired
- 5. Not looking for work
- 6. In an institution
- 7. Other \_\_\_\_\_

E12. What kind of work do you do (primary job)?

(Specify) \_\_\_\_\_

[NOTE: Code one category in E12 boxes.]

- 01 – Professional Specialty and Technical Occupations
- 02 – Executive, Administrative, Managerial Occupations
- 03 – Sales Occupations
- 04 – Administrative Support, including Clerical Occupations
- 05 – Precision Production, Craft, and Repair Occupations
- 06 – Machine Operators, Assemblers, and Inspectors
- 07 – Transportation and Material Moving Occupations
- 08 – Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers
- 09 – Service Occupations, Except Private Household
- 10 – Farmer / Farm Manager
- 11 – Farm Labor
- 12 – Military Service
- 13 – Private Household Employee
- 14 – Other

E13. Is this job under the table (“off the books”) work?  1-Yes, 0-No

E14. How long was your longest full-time job?  Months  
- With one employer/continuously self-employed  
000 → E17

E15. How long ago did it end?  Months  
[NOTE: Enter 000 only if current FT job is longest.]

E16. What was your job/occupation then?   
(Specify) \_\_\_\_\_

[NOTE: Code one category from E12 NOTE.]

E17. In the past 6 months (since \_\_\_\_\_), how many weeks have you worked for pay?  Weeks,  
-Include paid time off, sick days, vacation time, Max = 26  
days self-employed, and under the table work 00 → E22

E18. In the past 6 months, how much money was your pay before taxes? \$

(E19 – E22) In the past 30 days:

E19. How many days have you worked for pay?  Days  
-Include paid time off, sick days, vacation time, days self-employed, and under the table work 00 → E22

E20. How much money was your pay before taxes? \$

E21. How many days have you had any work-related problems?  Days  
-e.g. Poor performance, arguments, being disciplined, missing time, etc.

E22. Have you applied for any jobs?  1-Yes, 0-No  
e.g. submitted a resume, completed a job application, talked with a potential employer

E23. How important to you now is any kind of assistance (such as counseling, training, or education) to help you prepare for or find a job, or deal with work-related problems?   
-ongoing or additional assistance  
0 - Not at all 3 - Considerably  
1 - Slightly 4 - Extremely  
2 - Moderately

**ASI6**

*The next series of questions (E24 – E32) ask about your sources of financial support and income.*

E24. Do you live in government-subsidized housing or receive housing assistance through section 8?  1-Yes, 0-No

*In the past 30 days, how much money have you received from:*

E25. pension, social security, worker's or unemployment compensation? \$

E25b. ...past 6 months? \$

E26. public assistance? e.g. welfare or TANF \$

E26b. ...past 6 months? \$

E27. other government assistance? e.g. food stamps, \$ for heating/energy bills \$

E27b. ...past 6 months? \$

E28. child support or alimony payments? -from the child's parent, or an ex-spouse \$

E28b. ...past 6 months? \$

E29. illegal activities? e.g. dealing/running drugs, prostitution, illegal gambling, selling stolen goods \$

E29b. ...past 6 months? \$

E30. any other sources? e.g. borrowed/received \$ from family or others, windfall income (inheritance, taxes, lottery, etc.) \$

E30b. ...past 6 months? \$

E31. What are your current sources of financial support for housing, food, and other living expenses?  
[Check all that apply.]

- 1. Employment
- 2. Retirement  
-e.g. pension, social security (SSI)
- 3. Disability  
-e.g. pension, social security (SSDI), worker's comp
- 4. Unemployment compensation
- 5. Government or public assistance  
-e.g. welfare, TANF, food stamps, subsidized housing
- 6. Child support or alimony
- 7. Family, friends, or associates
- 8. Illegal income
- 9. Institution or supervised living situation  
-e.g. hospital, rehab, half-way house, shelter, etc.
- 10. Other, e.g. savings, etc:  
Specify: \_\_\_\_\_
- 11. None

E32. Have you ever legally declared bankruptcy?  1-Yes, 0-No

E33. Have you ever defaulted on a government loan? e.g. a federal education loan  1-Yes, 0-No

E34. Are you more than a month behind in your payments for anything? e.g. housing, utilities, credit cards, child support, other loans/debt (medical bills, court costs, personal loans)  1-Yes, 0-No

E35. How many people (not including yourself) currently depend on you for regular financial support? e.g. for housing, food, spending money, child support -Include people the client supports as well as those he/she is obligated to support

E36. Do you have enough income to pay for necessities such as housing, food and clothing for yourself and your dependents? -Exclude money from illegal activity  1-Yes, 0-No

ASI6

**Drug / Alcohol - The following questions are about your alcohol and drug use, and any substance abuse treatment you may have received.**

**Treatment History**

- D1. How many different times have you been treated for your alcohol or drug use?  
-Include in-person evaluations even if not followed by additional treatment.   00 → D6
- D2. How many of these treatments were for Detox only?  
-Detox not followed by any additional treatment
- D3. How old were you the first time you entered alcohol or drug abuse treatment?

**How many days have you:**

- D4. attended an outpatient program or office visits (for alcohol or drug treatment)?  
A. Past 6 months    000 → D5  
B. 30 Days
- D5. taken medication prescribed to treat your alcohol or drug use?  
e.g. methadone, naltrexone, Revia, detox meds, etc.  
-Exclude Rx for nicotine dependence    000 → D6
- D6. attended self-help meetings like AA, NA, or CA?    000 → D7
- D7. What is the longest continuous period of time that you attended self help meetings at least 2 days a week?  
       
Years Months

**Alcohol Use**

- D8. How many years in your life have you drunk alcohol on a regular basis, 3+ days per week?  
- Exclude clean time   00 → D10
- D9. How many years in your life have you drunk at least (5-men, 4-women) drinks per day on a regular basis, 3+ days per week?   >0 → D11
- D10. Have you drunk at least (5-men, 4-women) drinks in a day 50 or more days in your life?  1-Yes, 0-No
- D11. How old were you when you first drank and felt the effects of alcohol? [if never, code 99]
- D12. In the past 6 months, during the month when you were drinking the most, how often were you drinking?  
0 - No Use (→ D20)      3 - 3-6 times per week  
1 - 1-3 times per month      4 - Daily

2 - 1-2 times per week

- D13. In the past 30 days, how many days did you drink any alcohol?   00 → D20
- D14. When was your last drink?  
[00 if today, 01 if yesterday, 02 if 2 days ago, etc.]
- D15. In the past 30 days, how many days did you have at least (5-men, 4-women) drinks in a day?
- D16. In the past 30 days, how much money have you spent on alcohol for yourself? \$

Alcohol Symptoms

**In the past 30 days:**

- D17. Have you had any withdrawal sickness shortly after you cut down or quit drinking?  1-Yes, 0-No
- D18. Have you had any trouble controlling, cutting back, or quitting drinking; or spent much of the day drinking?  1-Yes, 0-No
- D19. Because of your drinking - have you had any medical or psychological problems; or messed up at work (school) or home, or got in arguments; or had trouble with the law?  1-Yes, 0-No
- D20. Have you been bothered by cravings or urges to drink?  1-Yes, 0-No
- D21. How many days did you have these or any other difficulties due to alcohol use?   00 → D23
- D22. In the past 30 days, how troubled or bothered have you been by these alcohol problems?   
0 - Not at all      3 - Considerably  
1 - Slightly      4 - Extremely  
2 - Moderately
- D23. How important to you now is (ongoing or additional) treatment for your alcohol use?   
0 - Not at all      3 - Considerably  
1 - Slightly      4 - Extremely  
2 - Moderately
- D24. How important to you is it to achieve/maintain total abstinence from alcohol (i.e., not drink at all)?   
0 - Not at all      3 - Considerably  
1 - Slightly      4 - Extremely  
2 - Moderately

**ASI6**

Drug Use Grid – Individual Substances

**NOTE: Hand the client the Drug List, and then say: *I'll be asking you about each group of drugs listed. We've already talked about alcohol. Let's start with Marijuana:***

- Pre-A. Have you ever tried or taken any \_\_\_\_\_ (even if it was only once or was prescribed)?
- A. How old were you when you first tried \_\_\_\_\_?
  - B. How many years in your life have you used \_\_\_\_\_ 3 or more days per week? -Exclude clean time
  - C. Have you used \_\_\_\_\_ on 50 or more days in your life?
  - D. In the past 30 days, how many days did you use any \_\_\_\_\_?
  - E. In the past 30 days, did you use \_\_\_\_\_ ([0]-only as prescribed [Rx], or [1]-illegally or more than as prescribed [not as Rx])?

**NOTE:** If the client reports:

1. Never trying a specific drug (e.g. D25-A), **code "99" and skip to the next substance (D26-A).**
2. Using 3 or more days per week for a year or more (e.g. D25-B), **skip the following item (D25-C), and continue.**
3. No usage in the past 30 days (e.g. D25-D = 00), **skip to the next substance (D26-A).**

	<b>A. Age of 1st Use?</b> [99 → next A]	<b>B. Yrs Regular Use (Lifetime)?</b> [>00 → D]	<b>C. Used 50+ Days (Lifetime)?</b> [1-Yes, 0-No]	<b>D. Past 30 Days Use?</b> [00 → next A]	<b>E. Used As Rx (Past 30 Days)?</b> [0-as Rx, 1-Not as Rx]
D25. Marijuana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedatives	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Stimulants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Hallucinogens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Methadone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Other Opiates	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**ASI6**

Substance use – Problem Categories

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| 01 – Alcohol         | 07 – Heroin           |
| 02 – Marijuana       | 08 – Methadone        |
| 03 – Sedatives       | 09 – Other Opiates    |
| 04 – Cocaine / Crack | 10 – Inhalants        |
| 05 – Stimulants      | 11 – Other Substances |
| 06 – Hallucinogens   | 12 – None             |

**Route(s) of Administration**

*In what ways have you used \_\_\_\_\_?*

**Primary Problem**

**C. Past 30 Days**

D34. Which substance listed (01-12) is causing you the **most** difficulty and may have led to your entering treatment?

**A. Category**

--	--

12 → D37

**B. Lifetime**

[check all that apply]

[check all that apply]

- |                |               |                |               |
|----------------|---------------|----------------|---------------|
| __1. Swallowed | __4. Injected | __1. Swallowed | __4. Injected |
| __2. Snorted   | __5. Other    | __2. Snorted   | __5. Other    |
| __3. Smoked    |               | __3. Smoked    | __6.          |

Indicate specific substance

No use

within the coded category: \_\_\_\_\_

**Secondary Problem**

**C. Past 30 Days**

D35. Which substance listed (01-12) is causing you the **2<sup>nd</sup> most** difficulty and may have led to your entering treatment?

**A. Category**

--	--

12 → D37

**B. Lifetime**

[check all that apply]

[check all that apply]

- |                |               |                |               |
|----------------|---------------|----------------|---------------|
| __1. Swallowed | __4. Injected | __1. Swallowed | __4. Injected |
| __2. Snorted   | __5. Other    | __2. Snorted   | __5. Other    |
| __3. Smoked    |               | __3. Smoked    | __6.          |

Indicate specific substance

No use

within the coded category: \_\_\_\_\_

**Tertiary Problem**

**C. Past 30 Days**

D36. Which substance listed (01-12) is causing you the **3<sup>rd</sup> most** difficulty and may have led to your entering treatment?

**A. Category**

--	--

12 → D37

**B. Lifetime**

[check all that apply]

[check all that apply]

- |                |               |                |               |
|----------------|---------------|----------------|---------------|
| __1. Swallowed | __4. Injected | __1. Swallowed | __4. Injected |
| __2. Snorted   | __5. Other    | __2. Snorted   | __5. Other    |
| __3. Smoked    |               | __3. Smoked    | __6.          |

Indicate specific substance

No use

within the coded category: \_\_\_\_\_

[NOTE: 4. Injected = IV and non-IV injection; e.g. intramuscular, skin-popping, etc.]

Drug Use – Overall

**D37.** How many years in your life have you used any illegal or street drugs (excluding alcohol), or abused any prescription medication at least 3 or more days per week?

**D38.** In the past 6 months, during the month when you were using illegal or street drugs (and/or abusing prescribed medications) the most, how often were you using any drugs?  
 0 - No Use (→ D45)                      3 - 3-6 times per week  
 1 - 1-3 times per month                  4 - Daily  
 2 - 1-2 times per week

**D39.** In the past 30 days, on how many days did you use any drugs or abuse prescribed medications?    
 0 → D45

**D40.** When did you last use any drugs, or abuse any prescribed medications?  
 -00 if today, 01 if yesterday, 02 if 2 days ago, etc.

**D41.** In the past 30 days, how much money did you spend on drugs? \$      
 -Exclude money for medications that are part of drug treatment (e.g. methadone, detox meds, etc.)

Drug Symptoms

*In the past 30 days:*

**D42.** Have you had any withdrawal sickness shortly after you cut down or quit any drug?   
 1-Yes, 0-No

**D43.** Have you had any trouble controlling, cutting back, or quitting drugs; or spent much of the day using, being high, coming down from, or just trying to get drugs?   
 1-Yes, 0-No

**D44.** Because of your drug use - have you had any medical or psychological problems; or messed up at work (school) or home, got in arguments; or trouble with the law?   
 1-Yes, 0-No

**D45.** Have you been bothered by cravings or urges to use?   
 1-Yes, 0-No

**D46.** How many days did you have these or any other difficulties due to drug use?    
 00 → D48

**D47.** In the past 30 days, how troubled or bothered have you been by these drug problems?   
 0 - Not at all                                  3 - Considerably  
 1 - Slightly                                      4 - Extremely  
 2 - Moderately

**D48.** How important to you now is (ongoing or additional) treatment for your drug use?   
 0 - Not at all                                  3 - Considerably  
 1 - Slightly                                      4 - Extremely  
 2 - Moderately

**ASI6**

**D49.** How important to you is it to achieve/maintain total abstinence from drugs (i.e., not use drugs at all)?   
 0 - Not at all                                  3 - Considerably  
 1 - Slightly                                      4 - Extremely  
 2 - Moderately

**D50.** Since you started using, have you ever been completely abstinent (clean) from **drugs and alcohol** for at least 1 year?   
 -Exclude prescribed and appropriately taken medications (i.e. methadone, psych meds) 1-Yes, 0-No  
 0 → D52

**D51.** How long ago did this clean period end?      
 [If currently abstinent 1 year or more, code 00 00. Code most recent clean period of at least 1 year.]                      Years                      Months

Health Risks

[NOTE: If not already known, ask D52. Otherwise, fill in based on previous information.]

**D52.** Have you ever injected any drug?   
 [Injected = IV and non-IV injection] 1-Yes, 0-No  
 00 → D54

**D53.** When was the last time you shared syringes or injection equipment?      
 -If never, code NN NN                      Years                      Months Ago  
 -If within the past month, code 00 00

**D54.** In the past 6 months, with how many different people have you had sex, either oral, anal, or vaginal?

**D55.** When was the last time you were tested for HIV/AIDS?      
 -If never, code NN NN                      Years                      Months Ago  
 -If within the past month, code 00 00

Tobacco – Cigarettes, etc.

**D56.** How old were you when you first smoked cigarettes or used tobacco in other forms?    
 e.g. chewed tobacco, cigars, pipes 99 → D59  
 -If never tried, code 99

**D57.** How many years in your life have you smoked cigarettes (or used tobacco in other forms) on a daily basis?

**D58.** In the past 30 days, how many days did you smoke cigarettes (or use tobacco in other forms)?

Gambling

**D59.** In your life, have you ever experienced any financial stress because of gambling?   
 1-Yes, 0-No

**D60.** In the past 30 days, how many days did you participate in any form of gambling, like the lottery, races/OTB, or casinos, or illegal gambling of any sort?

**Legal** – The following questions are about your involvement with the criminal justice system and/or illegal activities.

- L1. In your entire life, have you ever been in jail or lock-up (even for a few hours)?  1-Yes, 0-No
- L2. In your entire life, have you ever been arrested?  1-Yes, 0-No  
0 → L18
- L3. How old were you the first time?   >17 → (L7-14)
- L4. Before the age of 18, were you ever arrested for? [Check all that apply]
- 1. Violent crimes or crimes against people  
e.g. robbery, assault, rape
  - 2. Drug offenses  
e.g. possession, dealing, manufacturing
  - 3. Crimes for profit or property crimes  
e.g. shoplifting, burglary, auto theft, vandalism, arson
  - 4. Offenses that apply only to juveniles  
e.g. running away, underage drinking, curfew violations, truancy
  - 5. Other offenses (Specify: \_\_\_\_\_)
- L5. How many times were you convicted of a crime committed before the age of 18?   Times
- L6. Before the age of 18, how much total time had you spent in lock-up, a detention center, jail/prison, or a reform school?   Months

**(L7 – L14) Since the age of 18:**

- Pre-A. Have you been arrested for \_\_\_\_\_?  
[NOTE: If No, code 00 for A. and skip to next item]
- A.** How many times total?  
**B.** How many times were in the **past 6 months**?
- |  | A. Total                                  | B. 6 months                               |
|--|---|---|
| L7. Possession of drugs?<br>-or drug equipment (paraphernalia)   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Selling or manufacturing drugs?<br>-selling includes dealing / distributing  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Robbery?<br>-stealing with force, or threat of force   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Other crimes for profit? -shoplifting, theft,<br>-fraud, selling stolen goods, vandalism, arson   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Violent crime?<br>-assault, domestic violence, rape, murder   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Weapons, prostitution*, or gambling?<br>-*include pimping, \$ for sex, porn offenses  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Driving under the influence (DUI)?<br>-of either alcohol or drugs   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Any other criminal offenses?<br>-probation/parole violations, disorderly conduct, trespassing, violating a restraining order, neglect or desertion, non-support, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
- L15. How long ago was the last time you were arrested for anything?  
[Code 00 if within the past month (30 days)]   Years   Months
- L16. How many times have you been convicted of a crime committed since the age of 18?  
-e.g. probation, jail time, fines   Times

**ASI6**

- L17. Since age 18, how much total time have you spent in jail or prison?   Years   Months
- L18. Was your admission to treatment ordered by the legal system?  
-e.g. a judge required it  1-Yes, 0-No
- Are you currently involved with the criminal justice system in any of the following ways? 1-Yes, 0-No
- L19. On Probation?
  - L20. On Parole?
  - L21. Awaiting trial or charges?
  - L22. Awaiting sentencing?
  - L23. Involved in a drug court program or diversion program?
  - L24. Other?  
-e.g. outstanding bench warrant, under restraining order, house arrest, electronic monitoring, pre-trial supervision
  - L25. How serious do you feel your present problems are with the criminal justice system?
- 0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                        4 - Extremely  
2 - Moderately

**(L26 – L30) In the past 6 months:**

- Pre-A. Have you \_\_\_\_\_?  
[NOTE: If No, code 000 for A. and skip to next item]
- A. # of days, past 6 months  
B. # of days, past 30 days
- |   | A. Past 6 Months   | B. 30 Days                                |
|---|--|---|
| L26. sold or manufactured drugs?<br>-dealt or distributed to make money, get sex, or profit in any other way                    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. robbed anyone?   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28. stolen anything, sold stolen goods, forged prescriptions or checks, destroyed property, or set fires (arson)?              | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. ...shoplifting  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28d. ...burglary/B&E   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28e. ...motor vehicle theft  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28f. ...forgery  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28g. ...fraud  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28h. ...vandalism  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28i. ...arson  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L28j. ...other theft/property offense   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L29. threatened or assaulted anyone?<br>-with or without a weapon; include domestic violence, rape, and murder -exclude robbery | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29c. ... threaten without physical assault   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L29d. ...assault with a weapon  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L29e. ... assault without a weapon  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| L29f. ... sexual assault  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |

**ASI6**

L29g. ... murder

L29h. ... other

L30. done anything else illegal?  
-carried unlicensed weapon, been involved with prostitution/pimping or illegal gambling, etc. [exclude personal drug use or possession, DUI]

L30c. ...carry an unlicensed weapon

L30d. ...prostitution/pimping

L30e. ...illegal gambling

L31. Overall in the past 30 days, how many days have you done any of the above activities / things?

L32. How many days total have you driven under the influence of drugs or alcohol? **A. Past 6 Months**  **B. 30 Days**

**Family/Social:** *The following questions are about your family and social relationships.*

F1. Have you been in a relationship with a romantic or sexual partner during the past month?  1- Yes, 0-No  
[NOTE: If No, skip F3A-F9A.]

F2. How many close friends do you have?  
-Exclude sexual partner/spouse, and any other adult family relatives  
[NOTE: If 00, skip F3C-F9C.]

**NOTE: For F3 – F9:**  
**A.** Refers to a wife/husband or partner  
**B.** Refers to any other adult family members or relatives  
 e.g. parents, grandparents, siblings, grown children, aunts/uncles, cousins  
**C.** Refers to any close friends

**In the past 30 days, have you:**  
(1 – Yes, 0 – No)

	A. Partner(s)	B. Adult Relatives	C. Close Friends
F3. <u>spent time</u> (in person) with (your / any):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. had any <u>contact</u> such as phone calls, letters, or e-mail with (other): -If F3+F4 = 0, Skip to F9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. talked to (A/B/C) about feelings or problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. had trouble getting along with:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. had any <u>arguments</u> with:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. Do/does your (A/B/C) have a current problem with alcohol or use drugs? -Include only those people you have spent time or been in contact with in the past 30 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9. If you need help, can you count on:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10. Do you currently have a restraining order against someone?	<input type="checkbox"/> 1-Yes, 0-No		

F11. In the past 30 days, did any interactions with your partner, adult relatives or close friends result in pushing/hitting, or throwing things?  1-Yes, 0-No

F12. Aside from your partner, other adult relatives and close friends; are there any other people you keep in touch with that you can count on if you really need help?  
-e.g., minister, doctor, sponsor, counselor, lawyer  1-Yes, 0-No

F13. Overall in the past 30 days, how satisfied have you been with your adult relationships?  
e.g. # of relationships, amount of contact, how well you communicate, get along, help each other out, etc.  
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                         4 - Extremely  
2 - Moderately

F14. In the past 30 days, how troubled or bothered have you been by any problems with your adult relationships?  
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                         4 - Extremely  
2 - Moderately

F15. How important to you now is (ongoing or additional) treatment or counseling for any problems regarding adult relationships?  
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                         4 - Extremely  
2 - Moderately

F16. Do you find it hard to talk about your feelings or problems even with people you are close to?  1-Yes, 0-No

F17. Do you feel nervous or uncomfortable when you are with other people?  1-Yes, 0-No

F18. Is it important to you to have close relationships with anyone?  1-Yes, 0-No

**In the past 30 days (F18-F21):**

F19. Have you attended religious services or activities sponsored by your house of worship?  
-Exclude self-help/AA meetings  1-Yes, 0-No

F20. Have you done any volunteer work?  1-Yes, 0-No

F21. Have you often been bored or had difficulty just trying to pass the time?  1-Yes, 0-No

F22. How satisfied have you been with how you spent your free time?  
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                         4 - Extremely  
2 - Moderately

**The following questions are about any abuse or trauma you may have suffered throughout your life.**

F23. Have you ever been physically assaulted/abused by someone you knew?  0 → F26  
-Exclude sex abuse & code in F26

F24. How old were you when this first happened?

F25. When did this last happen?

ASI6



-If within past 30 days, code '00 00'      Years Ago    Months Ago

**F26.** Have you ever been sexually assaulted/abused by someone you knew?  0 → F29

F27. How old were you when this first happened?

F28. When did this last happen?      
-If within past 30 days, code '00 00'      Years Ago    Months Ago

**F29.** Have you ever been the victim of a violent crime like being mugged, assaulted?  0 → F32  
-Exclude abuse as noted above, and combat experience

F30. How old were you when this first happened?

F31. When did this last happen?      
-If within past 30 days, code '00 00'      Years Ago    Months Ago

**F32.** Have you ever been in any other life-threatening situation?  0 → F35  
-e.g. major disaster, serious accident/fire, military combat  
-Exclude abuse, violent crimes as noted above

F33. How old were you when this first happened?

F34. When did this last happen?      
-If within past 30 days, code '00 00'      Years Ago    Months Ago

**F35.** Have you ever been in a situation where you saw someone being killed, mugged/assaulted, or badly injured?  0 → NOTE  
-Exclude major disasters, serious accident/fire, and military combat as noted above

F36. How old were you when this first happened?

F37. When did this last happen?      
-If within past 30 days, code '00 00'      Years Ago    Months Ago

[NOTE: If no history of abuse or trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, and F35 are all 0-No), skip to F40.]

**F38.** In the past 30 days, how troubled or bothered have you been by any feelings, thoughts, or other reactions related to these events?   
-Include nightmares/dreams, "flashbacks," etc.  
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                        4 - Extremely  
2 - Moderately

**F39.** How important to you now is (ongoing or additional) treatment or counseling for any feelings, thoughts or other reactions related to these events?   
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                        4 - Extremely  
2 - Moderately

*The following questions ask about your children or any other children living with you.*

F40. How many children have you fathered / given birth to, or adopted?   00 → F45

F41. What are the ages of your living children, beginning with the oldest?

Child 1	Child 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Child 2	Child 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Child 3

Child 4

Child 5

Child 8

Child 9

Child 10

[NOTE: If all children are 18 or older, → F45]

F42. Is there an open custody case with the mother, father, or any other relative?  1-Yes, 0-No

F43. How many of your children are currently in court-ordered foster care?   Children  
-also include court-ordered foster care w/ relatives

F44. In the past 30 days, how many of your children (under the age of 18) have lived with you at least some of the time?   Children

**F45.** In the past 30 days, have any other children (step/grandchildren, nieces, nephews, etc.) under age 18 lived with you at least some of the time?  1-Yes, 0-No  
-Code children staying overnight with regularity, or who have stayed for extended periods

[NOTE: If F44 & F45 are 0, i.e. no children past 30 days, skip to F51]

F46. How many of the children (who have lived with you) have a serious medical, behavioral or learning problem requiring skilled care, treatment or services?   Children

F47. At this time, how necessary are additional services to treat their problems?   
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                        4 - Extremely  
2 - Moderately

F48. In the past 30 days, how much trouble have you had getting along with those children (< 18) who have lived with you for at least some time?   
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                        4 - Extremely  
2 - Moderately

F49. How important to you now is counseling (e.g. parenting classes) to help you get along with those children (< 18) who have lived with you?   
-ongoing or additional counseling  
0 - Not at all                      3 - Considerably  
1 - Slightly                        4 - Extremely  
2 - Moderately

F50. At this time, do you need additional childcare services to attend substance abuse treatment, go to work/school, or to find work?  1-Yes, 0-No

**F51.** Have you ever been investigated or under supervision by child protective services (CPS)?  1-Yes, 0-No  
0 → Psych

F52. Have you ever had a child removed from the home by CPS?  1-Yes, 0-No

F53. Have you ever had parental rights terminated?  1-Yes, 0-No  
-Permanently had your rights to be a parent ended by a court hearing

F54. Are you currently involved in a protective custody case or being investigated or supervised by child protective services?  1-Yes, 0-No

**Psychiatric:** *The following questions are about any treatment or evaluations you may have received for emotional or psychological problems.*

P1. In your life, how many times have you been inpatient for emotional/psychological problems?   Times  
e.g. in a hospital or residential unit

P2. In your life, have you ever been prescribed medication to treat emotional/psychological problems?   
1-Yes, 0-No  
0 → P4

P3. How many days have you taken medication to treat emotional or psychological problems? A. Past 6 months   B. 30 Days    
000 → P4

P4. In your life, how many outpatient sessions have you had for emotional/psychological problems?   
-Include in-person evaluations even if not followed through by additional treatment  
-Also include OP units = primary/family Dr. for psych problems, and medication monitoring for psych problems  
0 - None 3 - 26-50 sessions  
1 - 1-5 sessions 4 - more than 50 sessions  
2 - 6-25 sessions

P5. How many outpatient sessions have you had? A. Past 6 months   B. 30 Days    
000 → NOTE

[NOTE: If P1, P2, P4 are all 0-No, i.e. no history of psych treatment, skip to P7]

P6. How old were you the first time you ever had treatment or an evaluation for emotional or psychological problems?   Age

P7. Do you currently receive a pension (or check) for a psychological disability?   
1-Yes, 0-No

*The following questions are about different ways you may have felt or acted. Some questions ask whether you ever felt or behaved in a certain way at any time in your life, and others focus on just the past 30 days.*

**Coding** 0 – No  
**for A/B:** 1 – Yes  
2 – Yes, but only when high or in withdrawal.

[NOTE: If client acknowledges a symptom, i.e., “Yes” ask: “Was this ONLY when high or in withdrawal?” and code 1 or 2 as appropriate.]

(P8 - P17): A. In your lifetime  
B. During any of the past 30 days  
C. How many days ago did you last \_\_\_\_\_?

*Have you (ever):* A. B. C.  
Lifetime | 30 Days | Days Ago

P8. had trouble falling asleep, staying asleep\*, or waking up too early?     
- \*sleeping through the night

P9. felt depressed or down most of the day (nearly every day for at least 2 weeks in a row)?     
-for past 30 days, code any days

*Have you (ever):* A. B. C.  
Lifetime | 30 Days | Days Ago

P10. felt anxious, nervous or worried most of the day (nearly every day for at least 2 weeks in a row)?     
-for past 30 days, code any days

P11. had hallucinations?      
-heard or saw things that other people couldn't see or hear  
0→P12 0→P12

P12. had trouble thinking/concentrating, understanding, or remembering to the extent that it caused problems?     
0→P13

P13. (since age 18) had difficulty controlling your temper, or urges to hit or harm someone?      
0→P14 0→P14

P14. (since age 18) pushed, hit, thrown things at, or used a weapon against someone?      
0→P15 0→P15

P15. had serious thoughts of suicide or killing yourself?      
0→P16 0→P16

P16. attempted suicide or tried to kill yourself?      
0→P17 0→P17

P17. experienced any other emotional or psychological problems not mentioned already?     
-e.g. eating disorder, mania, etc.  
Specify: \_\_\_\_\_

[NOTE: If all P9 – P17 are 0-No, i.e. no psychiatric symptoms or problems in the past 30 days, skip to P21]

(P18 – P20) *In the past 30 days:*  
-Exclude P8 (sleep problems) for P18 – P21

P18. How many days have you experienced these emotional or psychological problems?   Days

P19. How many days have you been unable to carry out normal activities because of emotional / psychological symptoms or problems?   Days

P20. How much have you been troubled or bothered by these emotional or psychological problems?   
0 - Not at all 3 - Considerably  
1 - Slightly 4 - Extremely  
2 - Moderately

P21. How important to you now is (ongoing or additional) treatment for psychological problems?   
0 - Not at all 3 - Considerably  
1 - Slightly 4 - Extremely  
2 - Moderately

G15. Time Ended:   :

**Global Interviewer Confidence/Validity Rating:**

*Take into account the respondent's apparent ability and willingness to understand the questions, provide thoughtful, accurate estimates, and respond honestly. Overall, the respondent provided information that is:*

**1-Poor, 2-Fair, 3-Good**

**Poor:** Many items are likely grossly inaccurate, were refused, and/or the profile is contradictory or nonsensical.

**Fair:** Numerous apparent inaccuracies, refusals, and or inconsistencies but the overall profile seems reasonable with the exception of 1 - 2 problem areas.

**Good:** Some/few apparent inaccuracies, refusals, and or inconsistencies, but the general profile seems to be a good reflection of the respondent.

## **Alcohol/Drug Listing**

**Alcohol** - beer, wine, coolers, hard liquor, etc.

**Marijuana** - cannabis, hashish, THC, "grass", "pot", "herb", "blunts", etc.

**Sedatives** – "benzos", Valium, Xanax, Ativan, Halcion, Serax, Dalmane, Ambien, Quaalude, Librium, barbiturates, "barbs", Phenobarbital, Seconal, Nembutal, Miltown, etc.

**Cocaine** – “crack” or free-base cocaine, “rock cocaine”, “speedball”, etc.

**Stimulants** – amphetamine, methamphetamine, Dexadrine, Benzadrine, Ritalin, Preludin, “speed”, "crystal meth", “ice”, "monster", "crank", etc.

**Hallucinogens** – LSD, "acid", "blotter", PCP, "angel dust", "dust", STP, DMT, mescaline, psilocybin, mushrooms, MDMA, Ecstasy, "X", "green", etc.

**Heroin** – **horse, smack, tar, black, tan**

**Methadone** – Methadone, Dolophine, LAAM, Buprenorphine.

**Other Opiates** – Pain Killers: Morphine, Dilaudid, Demerol, opium, Oxycotin, "oxcy", codeine (Tylenol 2,3,4), Percocet/Percodan, Darvon/Darvocet, Talwin, "syrup", Fentanyl, etc.

**Inhalants** – glue, nitrous oxide (laughing gas), amyl nitrate, "whippets", "poppers", solvents, gasoline, paint thinner, White Out, etc.

**Other** - Steroids, non-prescription sleep or diet pills, Sominex, benadryl, ephedra, other over-the-counter meds, unknown, etc.

## Major Occupation Groups

### 1 – Professional Specialty and Technical Occupations

(e.g. engineers, computer scientists, natural and social scientists, health related professionals, social and religious workers, teachers, lawyers, professional artists, entertainers and athletes)

### 2 – Executive, Administrative, Managerial Occupations

(e.g. CEOs, managers, accountants)

### 3 – Sales Occupations

(e.g. insurance and real estate sales, retail sales of all sorts, cashiers)

### 4 – Administrative Support, Including Clerical Occupations

(e.g. office supervisors, computer operators, secretaries, receptionists, clerks of all sorts, dispatchers, insurance adjusters, bank teller, teachers' aides)

### 5 – Precision Production, Craft, and Repair Occupations

(e.g. mechanics, equipment repairers, construction trades, carpet installers, brickmasons, electricians, painters, roofers, metal workers, upholsterers, electronic equipment assemblers, butchers, bakers, calibrators, plant and system operators- water and sewage, power plants)

### 6 – Machine Operators, Assemblers, and Inspectors

(e.g. metal-, plastic-, wood-working, textile machine operators, welders, cutters, solderers, assemblers, checkers, sorters)

### 7 – Transportation and Material Moving Occupations

(e.g. drivers of all sorts, parking lot attendants, crane and dozer operators, sailors and deckhands)

### 8 – Handlers, Equipment Cleaners, Helpers, and Laborers

(e.g. fishers, gardeners, forestry and logging workers, mechanics' helpers, construction helpers, production helpers, garbage collectors, stock handlers and baggers)

### 9 – Service Occupations, Except Private Household

(e.g. protective service – firefighters, police, guards; food service – cooks, food preparation, counter help, wait staff; health service – dental assistants, nursing aides, orderlies; cleaning and building service – janitors, maids and their supervisors; personal services – barbers, ushers, welfare service aides, child care workers, baggage porters and their supervisors)

### 10 – Farmer / Farm Manager

### 11 – Farm Labor

### 12 – Military Service

### 13 – Private Household Employee

(e.g. nanny, butler, live-in-maid)

### 14 – Other

Rating Scale

0 – Not at all

1 – Slightly

2 – Moderately

3 – Considerably

4 – Extremely

# Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index  
(ASI)

Versão 6

## Observação:

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

Dr. Felix Kessler:

[kessler.ez@terra.com.br](mailto:kessler.ez@terra.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:

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

## Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

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

## Códigos para aplicação do instrumento:

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

**Informações Gerais** – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe.

A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

G2. Código do Entrevistador:     
ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista:   /   /

G5. Data de Admissão:   /   /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:  
1 – Anterior à data da própria entrevista:   
2 – Anterior à data de admissão:   
3 – Anterior à outra data:   /   /

G7. Hora de Início:

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

G9. Data de Nascimento:   /   /      
(Idade: \_\_\_\_\_)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]  
 \_\_\_ 1. Negra/Preta                      \_\_\_ 5. Indígena  
 \_\_\_ 2. Branca                              \_\_\_ 6. Outros  
 \_\_\_ 3. Amarela/Oriental              \_\_\_ 7. Não respondeu  
 \_\_\_ 4. Parda/Mestiça

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

G12. Qual o seu estado conjugal?   
 1 – casado                                  4 – Divorciado  
 2 – vivendo como casado              5 – Separado              6 → G14  
 3 – viúvo                                      6 – Nunca casou

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

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?   
 – i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento  
 1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo  
 2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas  
 3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde  
 4 – Escola/Faculdade  
 5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego  
 6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)  
 7 – Sistema penal ou pelo juiz

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

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

A. Últimos 6 meses      B. 30 Dias  
           
 000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

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

H3. Hospital geral?        

H4. Hospital psiquiátrico?        

H5. Delegacia ou prisão?        

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

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

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?      A. Últimos 6 meses      B. 30 Dias  
           
 000 → H9

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

A. Últimos 6 meses      B. 30 Dias  
           
 000 → NOTA

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

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

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

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

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica  
 \_\_\_ 1. Sozinho                                  \_\_\_ 5. Outros parentes adultos  
 \_\_\_ 2. Cônjuge/Parceiro                      \_\_\_ 6. Outros adultos não-parentes  
 \_\_\_ 3. Filho(s) < 18anos                      \_\_\_ 7. Não respondeu  
 \_\_\_ 4. Pais    \_\_\_ 8. Outros

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?   
 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]  
 \_\_\_1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12  
 \_\_\_2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12  
 \_\_\_3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14  
 \_\_\_4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho  
 \_\_\_5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]  
 \_\_\_1. Dona-de-casa/do lar                      \_\_\_5. Não procura por trabalho  
 \_\_\_2. Estudante                                  \_\_\_6. Procura por trabalho  
 \_\_\_3. Incapaz                                    \_\_\_7. Institucionalizado  
 \_\_\_4. Aposentado                                \_\_\_8. Outro \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E25b.... últimos 6 meses? R\$

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

E26b.... últimos 6 meses? R\$

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

E27b.... últimos 6 meses? R\$

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

E28b.... últimos 6 meses? R\$

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

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

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

E30b.... últimos 6 meses? R\$

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

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

E32. Você alguma vez declarou falência?

1 – Sim, 0 – Não

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

1 – Sim, 0 – Não

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

1 – Sim, 0 – Não

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

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

1 – Sim, 0 – Não

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



**ASI6**

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

**NOTA:** Se o entrevistado relata:

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

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

**Comentários adicionais:**

---



---



---



---

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

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

**Rota(s) de Administração**

De que forma você já usou \_\_\_\_\_?

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

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

**Comentários adicionais:**

---



---



---



---

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

- D37.** Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?   – se nunca usou drogas ou medicação →D54
- D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?  
 0 – Sem uso (→ D45)                      3 – 3-6 vezes por semana  
 1 – 1-3 vezes por mês                      4 – Diariamente  
 2 – 1-2 vezes por semana
- D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   0 → D45
- D40.** Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   00 – se hoje, 01 – se ontem ou 02 – se 2 dias antes, etc.
- D41.** Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$       – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

**Nos últimos 30 dias:**

- D42.** Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?  1 – Sim, 0 – Não
- D43.** Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?  1 – Sim, 0 – Não
- D44.** Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?  1 – Sim, 0 – Não
- D45.** Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?  1 – Sim, 0 – Não
- D46.** Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?   00 → D48
- D47.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?  
 0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente                              4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente
- D48.** Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?  
 0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente                              4 – Extremamente

- D49.** Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?  
 0 – Nada                                      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente                              4 – Extremamente
- D50.** Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?  1 – Sim, 0 – Não – exclua medicações prescritas e apropriadamente) 0 → D52 tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)
- D51.** Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?     Anos Meses [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

- [NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]
- D52.** Alguma vez você se injetou drogas?  [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não 00 → D54
- D53.** Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?     Anos Meses Atrás – se nunca, codifique N e N – se no último mês, codifique 00 00
- D54.** Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?
- D55.** Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?     Anos Meses Atrás – se nunca, codifique N e N – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

- D56.** Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?   N → D59 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo – se nunca experimentou, codifique N
- D57.** Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?
- D58.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

- D59.** Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?  1 – Sim, 0 – Não
- D60.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASI6**

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

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

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

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

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

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

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

**(L7 – L14) Desde os 18 anos:**

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

- A. Quantas vezes no total?
- B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

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

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

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

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

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

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

L19. Investigado em inquérito policial .....

L20. Suspensão condicional do processo .....

L21. Aguardando julgamento ou sentença .....

L22. Sursis ou em Liberdade condicional .....

L23. Participando de um programa de justiça terapêutica .....

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

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

**(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:**

Pré-A. Você \_\_\_\_\_ ?

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

- A. número de dias, últimos 6 meses
- B. número de dias, últimos 30 dias

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

L27. Roubou alguém? .....

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

L28c. Roubou em loja .....

L28d. Praticou arrombamento .....

L28e. Roubou veículo a motor .....

L28f. Falsificou .....

L28g. Fraudou .....

L28h. Cometeu vandalismo .....

L28i. Provocou incêndio (premeditado) .....

L28j. Roubou / danificou propriedade .....

L29. Ameaçou ou agrediu alguém? .....     Se L29 = 0 → L30  
 – com ou sem uma arma;  
 – inclua violência doméstica, estupro e assassinato  
 – exclua roubo

L29c. Ameaçou sem agressão física .....

L29d. Agrediu fisicamente com uma arma ..

L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma ..

L29f. Agrediu sexualmente .....

L29g. Assassinou alguém .....

L29h. OUTRO .....

**ASI6**

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

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

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês?    
 1 – Sim, 0 – Não [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros<sup>8</sup> você tem?    
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos. [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

**NOTA: Para F3 – F9:**

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

**Nos últimos 30 dias, você:**

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

**Comentários:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

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

**Nos últimos 30 dias (F19-F22):**

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

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

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

**ASI6**

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

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

**F28.** Quando aconteceu pela última vez?   Anos Antes   Meses Atrás  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

**F29.** Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido?  0 → F32  
– exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas  
– exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra

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

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

**F32.** Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida?  0 → F35  
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra  
– exclua abuso, crimes violentos como descritos acima

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

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

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

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

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

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]

**F38.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?   
– inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente

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

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

**F40.** Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?   00 → F45

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

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

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

**F42.** Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente?  1 – Sim, 0 – Não

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

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

**F45.** Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?  1 – Sim, 0 – Não  
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo

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

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

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

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

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

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

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

[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

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

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

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



## ASI6

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

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

1 – Ruim,

2 – Satisfatória,

3 – Boa

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

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

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

## Lista de Álcool e Outras Drogas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Principais Grupos de Ocupação

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

**Escala de Intensidade**

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

# **M.I.N.I.**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM IV**

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

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

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

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

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

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

## INSTRUÇÕES GERAIS

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

- **Entrevista:**

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

- **Apresentação:**

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

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

- **Convenções:**

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

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

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

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

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

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

- **Instruções de cotação :**

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

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

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

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

### A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)<br>COTAR <b>SIM</b> , SE RESPOSTA <b>SIM</b> NUM CASO OU NO OUTRO. | NÃO | SIM | 3 |
| b | Tiveram problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?   | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado (a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado (a), sem energia, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 7 |
| f | Tiveram dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto (a) ou pensar em fazer mal a si mesmo (a)?  | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3?  
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM *
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>	

SE O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

- |     |   |          |     |    |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | →<br>NÃO | SIM | 10 |
| b   | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?                              | NÃO      | SIM | 11 |

**A5b É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE</b>	

\* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

## B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

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

**B4 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</b>	

## C. RISCO DE SUICÍDIO

---

<b>Durante o último mês:</b>			<b>Pontos</b>	
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?	NÃO SIM	<b>1</b>	
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO SIM	<b>2</b>	
C3	Pensou em suicídio?	NÃO SIM	<b>6</b>	
C4	Pensou numa maneira de se suicidar?	NÃO SIM	<b>10</b>	
C5	Tentou o suicídio?	NÃO SIM	<b>10</b>	

### **Ao longo da sua vida:**

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio?	NÃO SIM	<b>4</b>
----	--------------------------------------	---------	----------

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES  
COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR  
O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
<b>RISCO DE SUICÍDIO</b>	
ATUAL	
<b>1-5</b> pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
<b>6-9</b> pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
<b>≥ 10</b> pontos	Alto <input type="checkbox"/>

## D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

→  
NÃO SIM

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

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO.

D4 É COTADA "NÃO"?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

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

**F. AGORAFOBIA**

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

SE **F1** = “**NÃO**”, COTAR “**NÃO**” EM F2.

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

*Agorafobia Atual*

**F2** (Agorafobia Atual) É COTADA “**NÃO**”  
e  
**E7** (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**”?

NÃO                      SIM

**TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL**

**F2** (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”  
e  
**E7** (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**”?

NÃO                      SIM

**TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL**

**F2** (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”  
e  
**E5** (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “**NÃO**”?

NÃO                      SIM

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

### G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

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

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

**G4 É COTADA “SIM”?**

NÃO	SIM
<b>FOBIA SOCIAL</b> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <b>ATUAL</b>	

## H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) <b>ou</b> que tinha micróbios <b>ou</b> medo de contaminar os outros <b>ou</b> de agredir alguém mesmo contra a sua vontade <b>ou</b> de agir impulsivamente <b>ou</b> medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins <b>ou</b> ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis <b>ou</b> uma necessidade de colecionar <b>ou</b> ordenar as coisas? )	NÃO	SIM	1				
→Passar a H4								
<p><b>Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas REAIS da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.</b></p>								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas?	NÃO	SIM	2				
→ Passar a H4								
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	NÃO	SIM	3				
<b>obsessões</b>								
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
<b>compulsões</b>								
→								
<b>H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM”?</b>		NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos (as) ou exagerados (as) ?	→ NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	NÃO	SIM	6				
<b>H6 É COTADA “SIM”?</b>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b>	
NÃO	SIM							
<b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b>								

## I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO,  ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE  CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado (a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3?	→ NÃO	SIM	
I4	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Teve dificuldade de dormir?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso (a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado (a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

**I5 É COTADA SIM?**

**NÃO      SIM**

***TRANSTORNO DE  
ESTRESSE  
PÓS- TRAUMÁTICO  
ATUAL***

---

## J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO SIM

*ABUSO DE ÁLCOOL  
ATUAL*

---

## K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

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

→  
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

**ESTIMULANTES** : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

**COCAÍNA**: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

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

**ALUCINOGÊNEOS**: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

**SOLVENTES VOLÁTEIS**: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

**CANABINÓIDES**: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

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

**DIVERSOS**: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

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

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

**Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS**

**K2 SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:**

### Substância 1:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) )?  
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2  
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 4

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

**Substância 2:**

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?   | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) )?<br>Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?<br>COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO. | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?  | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?   | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?   | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?  | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?   | NÃO | SIM | 7 |

**Substância 3:**

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?   | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) )?<br>Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor?<br>COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO. | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?  | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?   | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?   | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?  | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?   | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):  
\_\_\_\_\_

NÃO                      **→**  
SIM

**DEPENDÊNCIA DE  
SUBSTÂNCIA(S)  
ATUAL**

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):  
\_\_\_\_\_

NÃO                      SIM

**ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)  
ATUAL**

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

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

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

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

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

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

				<b>BIZARR O</b>	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o (a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?	NÃO	SIM	SIM	1
b	<b>SE SIM:</b> Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s)?	NÃO		SIM	3
b	<b>SE SIM:</b> Atualmente acredita nisso?	NÃO		SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o (a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído (a)?	NÃO	SIM	SIM	5
b	<b>SE SIM:</b> Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	<b>SE SIM:</b> Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achava estranho ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você? COTAR “ <b>SIM</b> ” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	<b>SE SIM:</b> Atualmente eles acham suas idéias estranhas?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “ <b>SIM</b> ” “ <b>BIZARRO</b> ” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	<b>SE SIM:</b> Ouvia essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12



c **SE L13a** É COTADA “SIM”:

**ATUALMENTE** O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>TRANSTORNO DO</b>	
<b>HUMOR</b>	
<i>com características psicóticas</i>	
<b>ATUAL</b>	

d **L13b OU L13c** SÃO COTADAS “SIM”?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>TRANSTORNO DO</b>	
<b>HUMOR</b>	
<i>com características psicóticas</i>	
<b>VIDA INTEIRA</b>	

---

## M. ANOREXIA NERVOSA

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

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

### Durante os últimos 3 meses:

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

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

NÃO	SIM
<b>ANOREXIA NERVOSA</b>	
ATUAL	

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

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

## N. BULIMIA NERVOSA

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

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

\* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>	

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<b>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</b>	

## O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2				
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	→ NÃO	SIM	3				
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
		DE O3 A O3f COTAR “NÃO” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE							
O3		<b>Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:</b>							
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6				
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9				
		<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL									

## P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

### P1 Antes dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→  
NÃO SIM

Não cotar "SIM" Nas QUESTÕES abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

### P2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL <i>VIDA INTEIRA</i>	

## ADULT SELF-REPORT SCALE VI.I (ASRS-VI.I) SCREENER PARTE A E B

**Nome:**

**Data:**

Assinale o quadro que melhor descreve como você se sentiu e se conduziu nos últimos 6 meses.		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1	Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
2	Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?					
3	Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?					
4	Quando você tem uma tarefa que requer muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?					
5	Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos e(ou) os pés quando você precisa ficar sentado (a) por muito tempo?					
6	Com que frequência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse com um "motor ligado"?					
TOTAL SOMBREADO						
<b>PARTE A</b>						
7	Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar em um projeto chato ou difícil?					
8	Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?					
9	Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
10	Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar, ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
11	Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?					
12	Com que frequência você se levanta de sua cadeira em reuniões ou em outras situações quando deveria ficar sentado(a)?					
13	Com que frequência você se sente inquieto(a) ou agitado(a)?					
14	Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?					
15	Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?					
16	Quando você está conversando, com que frequência você pega terminando as frases das outras pessoas antes delas?					
17	Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem sua vez?					
18	Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					
TOTAL SOMBREADO						
<b>PARTE B</b>						

WHO © ASRS-VI.I (Adult Self Report Scale Version VI.I), Versão em português de Paulo Mattos

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

No. ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ASSIST - OMS

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

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

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

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

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

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

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

#### **NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**

**a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

**b. bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)

**c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

**d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

**e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

**f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

**g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

**h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)

**i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

**j. outras** – especificar:

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

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

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

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

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

## ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR –FES FORMA R

(Moos, 1984)

FRASES		
1- As pessoas da família de fato se ajudam e dão apoio (moral) umas às outras.		
2- As pessoas da família freqüentemente guardam seus sentimentos para si mesmas.		
3- Nós brigamos muito em nossa família.		
4- Freqüentemente em nossa família nós não fazemos as coisas sozinhos.		
5- Nós sentimos que é importante sermos os melhores em qualquer coisa que nós fazemos.		
6- Freqüentemente nós conversamos sobre problemas políticos e sociais.		
7- Nós passamos a maioria dos fins de semana e noites em casa.		
8- As pessoas de nossa família freqüentemente vão à igreja (ou a outro tipo de culto religioso) .		
9- Atividades familiares são cuidadosamente planejadas.		
10- Raramente manda-se em alguém da família.		
11- Freqüentemente as pessoas da família parecem estar "matando o tempo" quando estão em casa.		
12- Em casa, nós dizemos qualquer coisa que quisermos.		
13- Raramente as pessoas da família se tornam visivelmente zangadas.		
14- Em nossa família, somos muito encorajados a sermos independentes .		
15- Em nossa família ter sucesso na vida é muito importante .		
16- Raramente nós vamos a palestras, teatros ou concertos.		
17- Freqüentemente amigos vêm em casa para jantar ou nos visitar .		
18- Em nossa família nós não rezamos .		
19- Nós geralmente somos muito limpos e organizados.		
20- Em nossa família existem pouquíssimas regras a serem seguidas.		
21- Nós colocamos muita energia naquilo que fazemos em casa.		
22- Em casa é difícil desabafar sem preocupar ou magoar alguém .		
23- Algumas vezes as pessoas da família ficam tão bravas que atiram coisas.		
24- Em nossa família, nós tiramos nossas próprias conclusões sobre as coisas .		
25- Para nós, não importa quanto dinheiro uma pessoa ganha.		
26- Em nossa família é muito importante aprender coisas novas e diferentes .		
27- Em nossa família, ninguém pratica esportes, como futebol, voleibol ,etc.		
28- Freqüentemente nós falamos sobre o significado religioso do Natal ou de outros feriados religiosos.		
29- Freqüentemente é difícil achar as coisas em casa quando nós precisamos delas.		
30- Há uma pessoa da família que toma a maioria das decisões.		
31- Há um sentimento de união em nossa família.		

32- Nós contamos, uns aos outros, nossos problemas pessoais.		
33- Raramente as pessoas da família perdem o auto controle .		
34- Cada um entra e sai de casa quando quer.		
35- Nós acreditamos em competição e em “que vença o melhor”.		
36- Nós não temos muito interesse em atividades culturais.		
37- Frequentemente nós vamos ao cinema, a jogos, a acampamentos, etc.		
38- Nós não acreditamos em céu ou inferno.		
39- Em nossa família chegar na hora certa é muito importante .		
40- Em casa existem maneiras bem determinadas de se fazer as coisas.		
41- É raro que alguém se ofereça como voluntário quando algo precisa ser feito em casa,.		
42- Frequentemente se nós sentimos impulsivamente vontade de fazer alguma coisa, nós a fazemos.		
43- As pessoas da família criticam com frequência umas às outras.		
44- Em nossa família há pouquíssima privacidade.		
45- Nós sempre nos esforçamos para fazer as coisas um pouco melhor da próxima vez.		
46- Raramente temos discussões sobre assuntos intelectuais.		
47- Em nossa família, todas as pessoas tem um ou dois passatempos favoritos.		
48- As pessoas da família tem idéias firmes acerca do que é certo e do que é errado.		
49- Frequentemente as pessoas de nossa família mudam de opinião		
50- Em nossa família existe uma grande ênfase para que as regras sejam seguidas .		
51- As pessoas de nossa família realmente apoiam umas às outras.		
52- Frequentemente alguém fica aborrecido se você se queixar ou reclamar.		
53- Algumas vezes as pessoas da família se pegam a tapas.		
54- As pessoas da família quase sempre são auto-suficientes quando aparece um problema .		
55- Raramente as pessoas da nossa família se preocupam com promoção no trabalho, notas escolares, etc.		
56- Em nossa família alguém toca um instrumento musical.		
57- As pessoas da nossa família não se envolvem muito em atividades de lazer além do trabalho ou da escola.		
58- Nós acreditamos que existem algumas coisas nas quais simplesmente se deve acreditar.		
59- As pessoas da família certificam-se de que seus quartos estejam arrumados.		
60- Todos tem direito igual de opinião nas decisões da família.		
61- Em nossa família existe pouquíssimo "espírito de grupo".		
62- As questões relativas a dinheiro e despesas são tratadas abertamente em nossa família.		
63- Se há um desentendimento em nossa família, tentamos com todo empenho amenizar as coisas e manter a paz.		
64- As pessoas da família incentivam muito umas às outras a defenderem seus direitos.		

65- Não nos esforçamos muito para sermos bem sucedidos (ter sucesso na vida).		
66- As pessoas da família freqüentemente vão à biblioteca.		
67- Algumas vezes pessoas da família freqüentam cursos ou tem aulas sobre algum hobby ou coisas que lhes interessam (fora da escola).		
68- Em nossa família, cada pessoa tem idéias diferentes sobre o que é certo e o que é errado.		
69- As obrigações de cada um são claramente definidas em nossa família.		
70- Nós podemos fazer o que quisermos em casa.		
71- Nós nos damos realmente bem uns com os outros .		
72- Freqüentemente somos cuidadosos com o que dizemos uns aos outros.		
73- Freqüentemente, as pessoas de nossa família procuram se mostrar ou serem melhores do que os outros.		
74- Em nossa família é difícil sermos independente sem ferir os sentimentos de alguém.		
75- O lema em nossa família é “o trabalho vem antes da diversão”.		
76- Em nossa família, assistir televisão é mais importante do que ler.		
77- As pessoas de nossa família saem bastante.		
78- A Bíblia é um livro muito importante em nossa casa.		
79- Em nossa família o dinheiro não é administrado com muito cuidado.		
80- As regras em casa são um tanto quanto inflexíveis.		
81- Em nossa família damos bastante tempo e atenção para todas as pessoas.		
82- Há muitas conversas e trocas de idéias espontâneas em nossa família.		
83- Em nossa família, nós acreditamos que levantando a voz para o outro você nunca chega a lugar algum.		
84- Em nossa família, nós não somos encorajados a dizer o que pensamos.		
85- As pessoas da família são freqüentemente comparadas com outras pessoas em relação a se eles estão indo bem no trabalho ou na escola.		
86- As pessoas da família realmente gostam de música, arte e literatura.		
87- Nossa principal forma de diversão é ver TV ou escutar rádio.		
88- As pessoas da família acreditam que se você pecar, será punido.		
89- A louça é geralmente lavada logo depois das refeições.		
90- Em nossa família, não podemos escapar das conseqüências do que fazemos.		

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**  
**Professor Adjunto**  
**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	alguma vez	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Manual de Aplicação**  
**da sexta versão da**  
**Escala de Gravidade de Dependência**  
**(ASI6)**

Primeira edição (2006)

Organização: Felix Kessler e Flavio Pechansky

© 2006 University of Pennsylvania

Direitos em língua portuguesa reservados:  
Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas / UFRGS / HCPA

Revisão técnica:

**Felix Kessler, John Cacciola, Thomas McLellan, Arthur Alterman,  
Megan Long Beauchamp, Deni Carise, Thomas McLellan, Marcelo Cruz, Sílvia  
Brasiliano, Andresa Cazarine, Maria Lúcia Formigoni, Laisa Marcorela,  
Esdras Cabus, Larriany Giglio, Carolina Moser, Franciny Port, Cristine Costa,  
Ana Lúcia Golin, Sibeles Faller e Maria Adélia Pieta, Flavio Pechansky.**

Arte Gráfica: Karen Cerutti

Editoração e composição:  
Suliani Editografia Ltda – [editor@suliani.com.br](mailto:editor@suliani.com.br)

CENTRO DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS  
Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2201-F  
UFRGS / Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
CEP 90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil  
Fone e fax (55-51) 3330.5813  
[cpad.fm@terra.com.br](mailto:cpad.fm@terra.com.br)  
<http://www.ufrgs.br/psiq/cpad/index.html>

## **CRÉDITOS**

Presidente da República

**Luiz Inácio Lula da Silva**

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional

**Jorge Armando Felix**

Secretário Nacional Antidrogas

**Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa**

Diretora de Políticas de Prevenção e Tratamento

**Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte**

Coordenadora Geral de Tratamento

**Márcia Maria Martins Lopes**

### Observação:

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

Dr. Felix Kessler:

[kessler.ez@terra.com.br](mailto:kessler.ez@terra.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:

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

## **Secretaria Nacional Antidrogas**

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) responsável por articular, coordenar e integrar as ações do governo federal na área da redução da demanda de drogas, tem como uma de suas linhas de atuação, a produção de diagnósticos situacionais do consumo de drogas no país, a fim de fornecer à sociedade e aos demais setores do governo – formuladores de políticas públicas – dados epidemiológicos que permitam trabalhar de forma direcionada, primando por uma atuação técnica com base científica e, ao mesmo tempo, atenta ao momento político e social pelo qual passa o nosso país.

De acordo com dados históricos, somente a partir do século passado a dependência de álcool e outras drogas passou a ser considerada um transtorno mental, surgindo, então, a necessidade de avaliar esse fenômeno e as intervenções nele realizadas com o suporte de evidências científicas. Com o passar dos anos os estudos foram evoluindo e ganhando maior rigor científico e metodológico. Hoje, temos a possibilidade de utilizar um instrumento com características mundialmente reconhecidas para identificar a realidade terapêutica dos pacientes em tratamento no país.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), 12,3% dos entrevistados são dependentes de álcool e 10,1% de tabaco, o que corresponde a populações de, aproximadamente, 6 milhões e 5 milhões de pessoas, respectivamente. A pesquisa também aponta a dependência de maconha em 1,2% e de benzodiazepínicos em 0,5% da população. Outro dado relevante foi o de que 1,3% da população masculina de 12 a 17 anos declararam já terem sido submetidos a tratamento para dependência de droga. Esses e outros dados tornam evidente a necessidade de um instrumento de pesquisa que contemple os vários aspectos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e que, por sua vez, possam proporcionar um diagnóstico preciso e servir de base para o delineamento de tratamentos efetivos e do prognóstico dos dependentes de drogas em nosso país.

É neste contexto que a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) reconhece a importância do Addiction Severity Index (ASI6) e financia sua validação no Brasil. O ASI6 desenvolverá de forma padronizada, um instrumento de pesquisa e de avaliação clínica dos dependentes de drogas do país. A sua utilização repercutirá nas áreas de prevenção, tratamento, ensino, pesquisa e reinserção social, com intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a qualidade de vida e o bem-estar da população em nível local, regional e nacional.

## **PREFÁCIO PARA A SEXTA EDIÇÃO DO MANUAL DO ASI – 2006**

A adaptação desta escala para a cultura brasileira foi um grande desafio e envolveu um esforço conjunto da comunidade científica e do governo federal, por meio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O estudo foi dividido em duas fases: (1) traduzir e realizar adaptação transcultural do ASI6 para o Brasil e (2) validar o instrumento em um estudo multicêntrico no país. Este manual é resultado da primeira etapa. A partir deste momento o Addiction Severity Index (ASI) será chamado de Escala de Gravidade de Dependência.

Quando iniciamos nossos estudos, em 2005, o ASI completava 25 anos. É um instrumento bastante completo e relativamente breve, desenhado para fornecer informações importantes sobre os vários aspectos da vida de um paciente, os quais costumam estar relacionados aos problemas de abuso e dependência de substâncias psicoativas. Acabou tornando-se instrumento amplamente aceito, inclusive na prática clínica, não só nos Estados Unidos como também em outros países para a avaliação de indivíduos adultos que usam álcool e outras drogas. Evidências positivas sobre a validade e confiabilidade do ASI têm sido demonstradas na sua aplicação em homens e mulheres, em pessoas de diferentes raças, indivíduos que usam álcool e outras drogas de forma abusiva, pacientes em tratamento ambulatorial e/ou hospitalar.

Este manual da sexta edição do ASI tem a finalidade de permitir que profissionais de saúde possam, por meio de sua leitura, ter uma compreensão geral do instrumento e realizar uma entrevista fidedigna conforme as orientações gerais descritas ao longo do texto. Além disso, serão fornecidas informações adicionais em relação aos objetivos das questões do ASI, às circunstâncias especiais e exceções que afetam sua administração global e à ampliação das instruções para questões específicas durante a entrevista. Um segundo propósito da presente edição consiste em discutir as limitações do instrumento e áreas específicas que vêm se mostrando problemáticas ao longo dos anos de uso clínico e experimental do ASI. Essas questões serão discutidas aqui genericamente por meio de tópicos e serão tratadas detalhadamente nas seções específicas deste manual.

A partir da adaptação do ASI6, lança-se o desafio de validá-lo para o nosso meio com estudos que deverão testar as suas propriedades psicométricas em variadas populações e situações clínicas. Dessa forma, novas possibilidades de pesquisa e tratamento poderão ser implementadas, no intuito de melhor conhecer e modificar a realidade dos dependentes químicos no Brasil.

Felix Kessler e Flavio Pechansky

## **INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE O ASI**

Primariamente destinado a propósitos de pesquisa, o Addiction Severity Index (ASI), foi desenvolvido em 1979 por A. Thomas McLellan e colegas do Center for Studies of Addiction, em Filadélfia, EUA. O ASI foi criado com o propósito especial de capacitar um grupo de pesquisadores clínicos para avaliar a evolução do tratamento em um estudo terapêutico para abuso de substâncias.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, com duração de 45 a 60 minutos, que pode ser aplicada por um médico ou mesmo por entrevistadores treinados não médicos. Avalia a gravidade de problemas em sete áreas: médica, status ocupacional, aspectos legais, sócio-familiar, psiquiátrica, uso de álcool e uso de outras drogas. Em cada área, questões objetivas estimam o número, a extensão e a duração dos sintomas-problema durante toda a vida do indivíduo e, especificamente, nos 30 dias que antecedem a avaliação. Além disso, o relato subjetivo do paciente sobre a gravidade dos problemas atuais, e a necessidade de intervenção em cada área são analisados em conjunto.

Apesar de apresentar algumas limitações, como desempenho psicométrico em algumas subáreas ou custos de sua aplicação, o ASI tem respondido às demandas de clínicos e pesquisadores, determinando as prioridades terapêuticas, bem como o manejo dessas. Um aspecto que diferencia o ASI de outros instrumentos de avaliação é a sua abordagem multidimensional – característica considerada fundamental para uma estimativa mais próxima da realidade de cada paciente. Se ele for usado somente como uma entrevista clínica, deve ser descrito como o primeiro passo na compreensão do leque abrangente de problemas pelos quais o paciente está procurando ajuda e a base para o plano inicial de tratamento. Se o ASI for usado somente com finalidade de pesquisa, então o entrevistador deve explicar ao paciente que a entrevista ajudará a fornecer uma descrição de sua condição antes e depois da internação ou procedimento pelo qual ele/ela passará. Enfim, cada vez mais o ASI tem sido apontado com um dos principais instrumentos de avaliação para fins de pesquisa ou terapêutico, devendo ser validado no Brasil, a fim de reproduzir seus dados com maior fidedignidade.

## **DESENVOLVIMENTO DO ASI6 NOS EUA – PANORAMA**

O desenvolvimento do ASI6 nos Estados Unidos da América (EUA), coordenado pelos Drs. Arthur I. Alterman, John S. Cacciola e Thomas McLellan é um projeto elaborado na Universidade da Pensilvânia (Centro de estudos para desenvolvimento de instrumentos em adição) e financiado pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA).

Com o uso disseminado da quinta versão do ASI, problemas de confiabilidade e validade foram encontrados, em parte, porque se tornou difícil manter o nível do treinamento e qualidade assegurados. Considerando as revisões relativamente menores e os incrementos do ASI ao longo dos anos, tornou-se clara a necessidade de modificar substancialmente o instrumento, a fim de mantê-lo atualizado com tais mudanças. Há um pressuposto básico na construção de instrumentos de avaliação, pelo qual nenhum instrumento deve ser visto como algo imutável. De preferência, um instrumento precisa ter uma construção dinâmica, reavaliada periodicamente, com o objetivo de assegurar sua consistência em relação ao conhecimento. Um elemento essencial na revisão de um instrumento de avaliação consiste na seleção e no refinamento dos domínios que devem servir para representar as construções de interesse - nesse caso, aquelas que circundam o abuso/dependência de substâncias.

Além dessas razões teóricas que fundamentam a necessidade de um instrumento atualizado, havia algumas limitações como as escalas sumárias do ASI, algumas delas podendo somente ser remediadas com a inclusão de novos itens. Dessa forma, os objetivos do desenvolvimento de uma sexta versão do ASI (ASI6) foram eliminar algumas deficiências do ASI5 e expandir a cobertura em determinadas áreas de problemas que demonstraram ser importantes ao longo dos anos. O instrumento revisado por meio de métodos de análise estatística é também mais estruturado do que o ASI5, de modo que é, aparentemente, mais fácil de administrar e treinar entrevistadores. Ele leva quase a mesma quantidade de tempo para ser administrado do que o ASI5, mas tem uma cobertura mais extensa.

O instrumento recebeu assessoria de vários especialistas e vários esboços do ASI6 foram desenvolvidos e testados em um processo interativo. Também foi realizado um estudo piloto com as versões testadas do esboço do instrumento completo, e foi conduzido um estudo de fidedignidade por teste e reteste, além do estudo de confiabilidade entre entrevistadores.

Com o intuito de aperfeiçoar o conteúdo da cobertura de cada seção do ASI5, várias alterações foram realizadas, sendo mais útil para pesquisadores, clínicos e profissionais envolvidos com políticas públicas para álcool e outras drogas. Os itens do ASI foram feitos para traçar mais diretamente paralelos com dados oficiais. Uma crítica à quinta versão era a de que o tempo de 30 dias era curto demais para avaliar adequadamente a base funcional e para os intervalos maiores que 30 dias. Reciprocamente, o intervalo de 30 dias foi considerado muito impreciso para avaliar com acuidade os problemas. Considerando essas limitações, adicionou-se um intervalo de 6 meses para os itens principais. Esses intervalos são seletivamente utilizados em adição ao padrão de 30 dias de intervalo. Itens com pouca confiabilidade no ASI5 foram excluídos ou aprimorados. Também, foi provida mais estrutura para os itens da entrevista, tendo em vista aumentar a confiabilidade e simplificar o treinamento. Por exemplo, a maioria dos itens pode ser lida literalmente por quem está aplicando o instrumento, contrastando com o ASI5 onde isso não era especificado e, portanto, dependia de cada entrevistador. Os itens, contudo, não estão totalmente estruturados, permitindo que clínicos treinados possam elaborar melhor certas questões. Para ajudar o entrevistador a entender a intenção do item e elucidar o entrevistado, o ASI6 inclui sondagens adicionais e informações precisas, quando necessário. Desde as versões anteriores do ASI que falharam em explicar certas questões, considerável esforço foi feito para informar aos entrevistadores durante os treinamentos a intenção de itens específicos. Todas essas modificações diminuem a variância quanto ao treinamento e a habilidade do entrevistador e, no final, resultar em entrevistas mais uniformes e de melhor qualidade.

Decidiu-se também que era importante desenvolver o ASI6 primariamente para adultos que estão em tratamento para abuso de substâncias ou em pesquisa. Todavia, sabia-se que o ASI estava sendo utilizado em outras populações. Adicionalmente, foram mantidos três identificadores do ASI: 1) intervalo de 30 dias como o principal método de avaliação de intervalos. 2) itens objetivos e subjetivos. 3) os sete subtipos do ASI (médica, financeira, álcool e outras drogas, família/social, legal e psiquiátrica). Entretanto, novos itens foram adicionados (uso do tempo livre, trauma, etc.). O formato dos itens dos ASIs anteriores foi mantido no ASI6. Embora se reconheça que possivelmente haverá vantagens em adotar um padrão do Likert ou itens dicotômicos em escala de construção, multiformatos de resposta são mais naturais e apropriados para o tipo de informação que o ASI espera obter. Além disso, recente sumarização e procedimentos analíticos superaram as dificuldades da estrutura multiformato do ASI

(Alterman et al., 1998; McDermott et al., 1996) e mais medidas objetivas de gravidade foram construídas, retirando-se a avaliação subjetiva do entrevistador que costumava ser ponderada com a do paciente. Finalmente, para poder coletar mais informações e manter o tempo de entrevista em menos de uma hora, foram empregadas perguntas de triagem com “pulos”. Essa estratégia não foi muito utilizada no ASI5. Assim, o ASI6 obtém consideravelmente mais informações que o ASI5, embora não ocupe mais tempo para a sua administração.

O ASI6 está sendo desenvolvido e inicialmente testado como uma entrevista em papel da mesma forma que o ASI original. Assim como foram desenvolvidas entrevistas com o ASI5, auxiliadas por computador e versões auto-administradas testadas com sucesso (e.g., Butler et al., 2001; Cacciola et al., 1998a), no futuro deve-se considerar que isso também possa ocorrer com o ASI6. Um grande estudo está sendo conduzido para validar o ASI6 em todas estas versões. Os manuais de treinamentos preliminares e outros instrumentos de instrução estão sendo revistos e finalizados. Eles irão incluir as normas e outros resultados relevantes. O escore computadorizado também está sendo desenvolvido.

## **O ASI NO BRASIL**

No Brasil, a quinta versão do ASI vinha sendo utilizada com o nome de Escala de Severidade de Dependência (ASI5), porém sem uma validação formal. Em razão das limitações da quinta versão e com o consentimento e colaboração dos autores originais da sexta versão (ASI6), optou-se por utilizá-la. Após um estudo de adaptação transcultural da sexta versão americana do instrumento, chegou-se à sexta versão brasileira do ASI, que será chamada de Escala de Gravidade de Dependência (ASI6).

A escala foi traduzida ao português do Brasil por dois psiquiatras bilíngües<sup>9</sup>. Em seguida, as duas traduções foram comparadas e as questões discordantes quanto à semântica foram discutidas em conjunto com mais duas psiquiatras bilíngües<sup>10</sup>. Essa foi aplicada, individualmente, em sete pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por transtornos associados ao uso, abuso ou dependência de drogas. A amostra foi selecionada por conveniência, excluindo indivíduos com déficits cognitivos graves ou sintomas psiquiátricos agudos, que impossibilitariam a aplicação do instrumento.

O entendimento de cada item desta versão preliminar foi questionado aos pacientes selecionados, obtendo-se, desta forma, as questões que ofereceram maior dificuldade. Essas foram reformuladas, criando-se uma última versão em português que foi retrotraduzida para o inglês por uma profissional bilíngüe. Um dos psiquiatras coordenadores do Projeto de Adaptação Transcultural do ASI6 no Brasil, que participou na elaboração da versão preliminar do ASI6 em português, teve 2 reuniões de 3 horas com o autor da escala (John Cacciola) em Filadélfia, discutindo todos os itens da versão final retrotraduzida.

---

<sup>9</sup> Especialistas em álcool e outras drogas, um deles (Flavio Pechansky) com doutorado e 20 anos de experiência nesta área e o outro (Felix Kessler), com mestrado e 10 anos de experiência. Ambos são os coordenadores do Projeto de Adaptação Transcultural do ASI-6 em nosso país e fizeram a tradução do instrumento em separado.

<sup>10</sup> Especialistas em álcool e outras drogas (Patrícia de Saibro e Gabriela Baldisseroto), com experiência clínica de 10 anos, que serviram como “juízas” na elaboração de uma versão preliminar traduzida.

Após alguns ajustes, em especial para diferenças sócio-culturais, a escala foi novamente traduzida para o português pela mesma profissional bilíngüe, resultando em uma nova versão do ASI6 traduzido para o português. A escala foi novamente testada em dois grupos focais: o primeiro com residentes de psiquiatria e especialistas em álcool e outras drogas e o segundo com pacientes dependentes químicos para que se chegasse à versão final do ASI6. Finalmente, os ajustes finais foram realizados por vários especialistas em álcool e outras drogas bilíngües, durante uma reunião de 8 horas no Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Estudos em Álcool e Drogas de 2005.

Atualmente, está sendo realizado um estudo multicêntrico de validação da versão atual do instrumento (ASI6) para o contexto cultural brasileiro para que ele possa ser usado em situações clínicas e de pesquisa. A versão adaptada do ASI6, assim como esse manual preliminar, está ainda em avaliação pelo Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CPAD), que é o centro gerenciador do estudo. De acordo com a prática geral de pesquisa humana, esse projeto de validação transcultural do ASI-6 foi aprovado após avaliação pela Comissão de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pelos Comitês de Ética das respectivas instituições onde o projeto está sendo desenvolvido.

## Perguntas comuns sobre o ASI

### **O FORMATO DA ENTREVISTA - DEVE SER UMA ENTREVISTA?**

Talvez esta seja a pergunta mais comumente feita a respeito do ASI. Na procura por métodos mais rápidos e fáceis de coletar dados, muitos clínicos e pesquisadores vêm solicitando uma versão auto-administrável do instrumento (seja por computador ou via papel e lápis). Contudo, enquanto esses métodos ainda não chegam ao Brasil, torna-se importante o treinamento na forma de entrevistar corretamente com o instrumento ASI6.

Ainda não existe demonstração convincente de que o formato de entrevista produza informação menos confiável que a de outros métodos de administração. Tem-se notado que o formato padronizado de entrevista é o único método viável para assegurar a plena compreensão das questões perguntadas, o que é particularmente importante para alguns segmentos da população que abusa de substâncias (isto é, pacientes psiquiatricamente comprometidos, idosos, pacientes confusos ou com doenças clínicas). Sem o contato pessoal, costuma-se perder impressões clínicas do paciente que podem ser uma fonte adicional de informação importante à equipe clínica.

Existem, de fato, muitos instrumentos auto-administráveis úteis, válidos e confiáveis, apropriados para a população que abusa de substâncias. Vários questionários auto-administráveis como o Inventário de Depressão de Beck (BDI - *Beck Depression Inventory*), MAST, SCL-90 e outros instrumentos podem ser aplicados com resultados muito satisfatórios. Contudo, estes enfocam um único tema, para o qual alcançaram validade e consistência. O ASI é propositamente abrangente com as finalidades acima colocadas.

## **PAPEL DO ENTREVISTADOR - QUAIS SÃO AS QUALIFICAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM ENTREVISTADOR DO ASI?**

Tendo indicado a importância do processo de entrevista, sabe-se que a mais importante parte do ASI é o próprio entrevistador que coleta a informação. O entrevistador não é somente o registrador de uma série de informações subjetivas. O entrevistador é responsável pela integridade da informação coletada e deve estar disposto a repetir, mudar as palavras e questionar até que sinta que o paciente entende a questão e que a resposta reflete o melhor julgamento do paciente, consistente com a intenção da pergunta. Deve ser enfatizado que o entrevistador deve entender a intenção de cada questão. Isto é muito importante uma vez que a despeito da gama de situações e respostas incomuns que nós descrevemos no manual, uma nova exceção ou situação nunca ouvida previamente sempre pode ocorrer. Conseqüentemente, os entrevistadores do ASI não devem esperar encontrar respostas no manual a todas as situações incomuns que encontrarão no uso deste instrumento. Inversamente, é importante que o entrevistador entenda a intenção da pergunta para dispor da informação mais completa disponível pelo paciente e, então, registrar a resposta mais apropriada, incluindo comentários.

Há um conjunto bastante restrito de qualidades necessárias para se tornar um entrevistador capacitado. Primeiro, o futuro entrevistador deve ter aparência e maneira agradáveis a fim de facilitar a empatia com o paciente que abusa de substâncias, ou seja, ser capaz de formar um bom vínculo. Segundo, o entrevistador deve estar apto a ajudar o paciente a separar as áreas problemáticas e examiná-las individualmente usando as perguntas disponíveis. Qualidades igualmente importantes ao futuro entrevistador são a inteligência básica para entender a intenção das perguntas na entrevista e o compromisso de coletar a informação de maneira responsável.

Não há perfil educacional ou de antecedentes que seja mais confiável em relação à habilidade de realizar uma entrevista boa. Em outros países, um grande número de pessoas, das mais diversas profissões, incluindo recepcionistas, policiais e oficiais de justiça, médicos, entrevistadores profissionais e psicólogos, já foram treinados para aplicar o ASI. E, em cada um destes grupos, alguns indivíduos foram incapazes de realizar entrevistas, sendo excluídos durante o treinamento (aproximadamente 10% de todos os treinados) ou nas checagens de confiabilidade subsequentes. Os motivos de exclusão mais comuns foram a incapacidade de estabelecer um vínculo razoável com os pacientes, insensibilidade à incompreensão ou desconfiança do paciente, incapacidade de efetivamente aprofundar respostas inicialmente confusas com questões esclarecedoras suplementares ou simplesmente não concordância com a abordagem do ASI (examinando problemas individualmente ao invés de considerá-los como função do abuso de substâncias).

## **ESCORES DE GRAVIDADE - QUAL SUA IMPORTÂNCIA E UTILIDADE?**

É digno de nota que os escores de gravidade foram historicamente o último item a ser incluído no ASI. Eles são considerados itens interessantes e um resumo conveniente para pessoas que desejam um perfil geral rápido do estado problemático de um determinado paciente. Eles são disponíveis principalmente para conveniência clínica e

menos para uso em pesquisa, permanecendo especialmente úteis para planejamento inicial do tratamento e encaminhamento.

#### Uma observação sobre "gravidade"

A definição de gravidade adotada pelo ASI (que alguns considerarão arbitrária) é a “necessidade de tratamento adicional”. Contudo, os Escores de Gravidade do Entrevistador (EGE) que faziam parte do ASI5, não são mais utilizados no ASI6. Pesquisas de mais de uma década produziram evidências a respeito das falhas em um dos grupos originais desses índices sumários, os EGEs. Os EGEs eram escalas globais de 10 pontos em cada área do ASI, baseadas na impressão subjetiva do entrevistador, sobre o funcionamento passado e recente (últimos 30 dias). Embora McLellan e cols. relatassem inicialmente elevadas confiabilidades entre os entrevistadores para os EGEs, quando codificados por entrevistadores altamente treinados, evidenciou-se que os EGEs eram geralmente mais modestos e, quando o treinamento tinha menor qualidade, também eram menos válidos. Por isso, o seu uso passou a ser menos recomendado.

### **ESCORES COMPOSTOS - PARA QUE SERVEM, POR QUE FORAM CONSTRUÍDAS DESSA FORMA E QUAIS AS NORMAS?**

Usuários familiarizados com edições prévias do ASI sabem que há um manual separado desenhado para descrever seu uso e mostrar como calculá-los (ver “Composite Scores from the Addiction Severity Index” - McGahan *et al*, 1986). Os escores compostos foram desenvolvidos a partir de combinações de itens em cada área problemática capaz de mostrar alteração (isto é, baseado no período dos 30 dias anteriores e não da vida toda) e que mostre a estimativa de estado problemático de maior consistência interna. As complicadas fórmulas usadas no cálculo dessas composições são necessárias para assegurar igual peso a todos os itens na composição.

Estas composições têm sido muito úteis aos pesquisadores, como medidas de alteração do estado problemático matematicamente calculadas, mas não têm tido valor aos clínicos como indicações do estado atual em uma área problemática. Isto é devido à falha em se desenvolver e publicar valores normativos para grupos representativos de pacientes que abusam de substâncias (por exemplo, homens em manutenção de metadona, mulheres dependentes de cocaína em tratamento livre de droga, etc). Com o risco de ser defensivo, nosso interesse primário foi medir alteração entre nossos pacientes locais e não comparar o estado problemático atual de vários grupos de pacientes ao longo do país. Além disso, ainda não se buscou o leque de interesse que tem sido mostrado no instrumento.

#### **Uma observação especial sobre populações adolescentes**

O ASI não é apropriado para adolescentes devido a seus conceitos subjacentes a respeito de auto-suficiência e porque simplesmente não estuda questões (como, por exemplo, escola, relações com colegas, problemas familiares da perspectiva do adolescente, etc) críticas para uma avaliação de problemas do adolescente. Até o momento, há duas versões do ASI desenvolvidas para populações adolescentes e que

mostraram evidência de confiabilidade e validade nesta população. Há um terceiro instrumento que não está no mesmo formato do ASI, mas tem mostrado confiabilidade e validade excelentes. Leitores interessados podem contatar estes indivíduos diretamente para mais informações sobre estes instrumentos:

*Sartes, L.M.A. (2005). Versão Brasileira do Teen Addiction Severity Index (T-ASI): Análise da Consistência Interna e Validação da Área de Uso de Substâncias. Tese de Mestrado.*

ou

*Kathy Meyers, Research Department, Carrier Foundation, Belle Meade, New Jersey - "Carrier - Addiction Severity Index"*

ou

*Yifrah Kaminer, Adolescent Chemical Dependency Program, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pa. - "Teen - Addiction Severity Index"*

ou

*Al Friedman, Adolescent Substance Abuse Program, Department of Psychiatry, Philadelphia Psychiatric Center, Phila., Pa. - "Adolescent Drug and Alcohol Diagnostic Assessment"*

### **QUESTÕES ADICIONAIS PARA O ASI**

*Posso fazer perguntas adicionais e/ou retirar algum dos itens atuais?*

Como indicado acima, o ASI foi desenhado para captar a informação mínima necessária para avaliar a natureza e gravidade dos problemas de tratamento dos pacientes na admissão ao tratamento e no seguimento (follow-up). Por esta razão, encoraja-se a adição de questões particulares e/ou instrumentos adicionais no curso da avaliação de pacientes.

As perguntas da forma como estão descritas servem como um forte guia à entrevista, mas não necessitam ser seguidas à risca desde que a intenção/idéia chave seja comunicada. As potenciais investigações e os esclarecimentos que seguem as questões com "por exemplo" ou "-", ou são incluídos ocasionalmente nos parênteses ou devem ser usados seletivamente como parte da entrevista. Durante suas primeiras entrevistas, use estas investigações/clarificações adicionais livremente. Fazendo deste modo, você desenvolverá uma percepção de: 1 - como os entrevistados compreendem e respondem às perguntas; e 2 - como fazer a entrevista fluir e ao mesmo tempo conseguir a informação exata. Assim que você se sentir mais confortável com a entrevista e adquirir uma percepção de cada cliente especificamente, você será capaz de determinar o quanto investigar e em que momentos isto é necessário. Esclareça quando necessário – para verificar a informação, para assegurar-se de que o cliente compreendeu o significado da pergunta, e para conseguir informações qualitativas quando puderem ser valiosas. Entretanto, como há muitas perguntas esse processo deve ser seletivo, conforme a necessidade, a fim manter a entrevista em, mais ou menos, uma hora.

*Não se estimula a eliminação ou substituição de itens presentes no ASI6*

Novamente, os itens do ASI (independentemente de serem eles bons ou ruins para necessidades de indivíduos em particular) têm sido testados para confiabilidade e validade como itens individuais e também como parte dos escores compostos e/ou de

gravidade (das versões anteriores). A eliminação ou substituição dos itens existentes poderia reduzir significativamente a confiabilidade e comparabilidade destes escores. É possível eliminar sessões inteiras (áreas problemáticas) do ASI se problemas particulares não são aplicáveis a populações específicas ou ao foco de intervenções terapêuticas específicas.

Na versão do ASI6 e neste manual, estão incluídos um conjunto de itens adicionais que foram acrescentados ao ASI5 a fim de obter informações em áreas que eram inadequadamente cobertas em outras versões. Esses itens são apresentados na mais recente versão do questionário e as instruções específicas para perguntar estas questões e para interpretar as respostas serão discutidas em cada uma das áreas problemáticas na parte de Instruções Específicas do Manual. Deve ficar claro que estes itens não são utilizados no cálculo dos escores compostos, portanto é importante salientar que o uso de versões anteriores do ASI ainda promoverá dados comparáveis nos escores compostos e na maioria dos itens, uma vez que eles não foram alterados ou eliminados, apenas suplementados.

Com o passar dos anos, também foram desenvolvidas outras entrevistas e questionários para coleta de informações gerais e especializadas em usuários de substâncias. Alguns destes instrumentos merecem destaque especial pelo fato de poderem ser usados em substituição ou em complementação ao ASI para fornecer informações aprofundadas ou especializadas.

## **INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DO ASI6**

Em primeiro lugar, é particularmente importante que o paciente perceba o propósito da entrevista. Se ela for usada somente como uma entrevista clínica, deve ser descrita como o primeiro passo na compreensão do leque completo de problemas pelos quais o paciente está procurando ajuda e a base para o plano inicial de tratamento. Se o ASI for usado somente para finalidade de pesquisa, então o entrevistador deve explicar que a entrevista ajudará a fornecer uma descrição de sua condição antes e depois da internação ou procedimento pelo qual passará. O entrevistador deve também aproveitar esta oportunidade para descrever quaisquer benefícios potenciais que o paciente possa esperar ao participar no projeto de pesquisa.

O entrevistador deve se apresentar e afirmar brevemente que ele deseja perguntar ao paciente algumas questões sobre o plano para tratamento. Deve acrescentar que estas questões são perguntadas a todos os participantes do tratamento/pesquisa, que a entrevista será completamente confidencial, e que as informações não sairão do ambiente de tratamento/pesquisa. Observação: isto deve ser reenfocado ao longo de toda a entrevista.

O entrevistador deve, então, descrever o modelo da entrevista, enfatizando as sete áreas problemáticas em potencial. Estas áreas são: Médica, Ocupação/Sustento, Álcool e outras Drogas, Legal, Familiar/Social, e Psiquiátrica. É importante que se reforce a natureza da contribuição do paciente. Por exemplo, o entrevistador deve afirmar: "Nós observamos que enquanto todos os nossos pacientes têm problemas com álcool ou outras drogas, muitos também têm problemas significativos em outras áreas, como a médica, ocupacional, familiar, legal e psiquiátrica. Em cada uma dessas áreas, eu lhe perguntarei se você sente que tem problemas, quanto você tem se incomodado por estes problemas, e quanto você julga ser importante o tratamento para estes problemas. Esta é

uma oportunidade para você descrever seus problemas mais importantes; aqueles que você sente precisar de mais ajuda".

A etapa final da introdução é a explicação da escala de escores que serão dados pelo paciente (ver anexo e instruções específicas). Esta escala de 5 pontos será usada pelo paciente para responder questões subjetivas em cada área problemática e será apresentada para referência neste ponto da entrevista. O entrevistador deve descrever o uso da escala e oferecer um exemplo para testar a compreensão pelo paciente.

À medida que o foco da entrevista prossiga de uma área para a próxima, é muito importante que o entrevistador apresente cada nova seção e altere o foco do paciente a partir da área anterior. Por exemplo: "Bem, eu conversei com você sobre seus problemas médicos; agora, eu vou lhe perguntar algumas questões sobre qualquer problema ocupacional ou de sustento que você tenha".

Assim, o paciente estará preparado para se concentrar em cada uma das áreas independentemente. Nesse sentido, é importante que o paciente não confunda problemas em uma área particular com dificuldades experimentadas em outra área, como problemas psiquiátricos confusionais como aqueles devidos diretamente aos efeitos fisiológicos da intoxicação do álcool ou outras drogas.

### **REGRAS GERAIS PARA CODIFICAÇÃO DO ASI6**

Os "pulos" são usados em todas as partes como uma maneira de encurtar a entrevista. Quando uma resposta posterior contradiz uma informação prévia, investigue a fim de esclarecer, e se for constatado que o "pulo" dado anteriormente não é mais válido, a entrevista e a codificação devem conciliar com a melhor informação disponível. Por exemplo, ao atravessar a lista de problemas médicos graves/crônicos, o cliente revela uma recente hospitalização médica que não foi mencionada na seção Médica (M). A seção M deve ser recodificada o quanto for necessário, e informação suficiente deve ser obtida para fazer isto precisamente.

Codifique a resposta que representa a situação mais problemática quando uma resposta inexata é obtida.

Se o entrevistado responder com duas opções adjacentes e a resposta precisa não é obtida, por exemplo, a idade do primeiro uso de cocaína: "24 ou 25", selecione a resposta que é mais problemática. Assim, neste caso, o início precoce de uso é pior, selecione, conseqüentemente, "24". Da mesma maneira, se o cliente disser que ele/ela usa por "10 ou 11" anos, selecione "11" que é a opção mais grave.

Se o entrevistado responder em escala, sem esclarecimento adicional, selecione o ponto médio na escala, por exemplo, o cliente diz ter ganhado entre R\$300 e R\$350 no trabalho - codifique R\$325,00. Se a escala não tiver um ponto médio, selecione o número mais próximo à média mais problemática, por exemplo, o entrevistado diz que se ocupou com 3 a 6 dias de atividades ilegais - codifique 5 desde que seja um dos números do meio (4 ou 5), e o mais grave. Se a escala com a qual o entrevistado responde requer que você faça um cálculo, escolha a média deste cálculo; por exemplo, o entrevistado diz que ele (a) tem usado cocaína "1 ou 2 vezes por semana", desde que você necessite codificar o uso nos últimos 30 dias, a melhor resposta seria 6 dias, que é o ponto médio, uma vez por semana x 4=4 dias, e duas vezes por semana x 4=8 dias.

Estas regras gerais devem ser seguidas a menos que houver uma forte evidência para proceder de outra maneira, isto é, exceções. Por exemplo, se seguir à regra faria a informação inconsistente com respostas numerosas, aparentemente válidas, em outros itens. Também, alguns itens, como na seção de Moradia (M), estão relacionados entre si

e a combinação não pode exceder, por exemplo, 30 dias vivendo em várias instituições. Nesses casos, a regra poderá ter que ser aplicada flexivelmente de modo que o número de dias não exceda a resposta máxima permissível (por exemplo, 30 dias) para o grupo de itens relacionados. Um exemplo concreto: se um entrevistado indicar que ele esteve na prisão durante 25-30 dias e internado (desintoxicação) por 4 ou 5 dias, você não pode selecionar 28 na prisão e 5 dias na internação, sendo fiel à regra, mas adicionar até 33 dias (excedendo a resposta máxima para esse item). Você deve usar seu julgamento de modo que a combinação de respostas não exceda 30 dias - neste caso pode-se codificar 26/27 dias de prisão e 4/3 dias de internação.

#### Outros princípios de codificação das respostas

Estas regras aplicam-se tanto para codificar uma entrevista observada quanto em conduzir uma entrevista. Naturalmente, quando você conduz uma entrevista, consiga tanta precisão quanto possível para codificar um item, e ao mesmo tempo não prolongue indevidamente a entrevista ou fique preso em distinções relativamente pequenas ou sem sentido. É também certo, e preferível, se o tempo permitir, fazer o "cálculo" durante a entrevista, e oferecer ao entrevistado sua estimativa para depois ser validada pelo cliente, ou até mesmo para ele oferecer uma resposta mais precisa.

#### Às vezes, os entrevistados respondem com datas aproximadas em vez de número de dias

Freqüentemente não conseguem dizer facilmente quantos dias experienciaram algo nos últimos 6 meses. Então, você pode ouvir respostas do tipo "eu estava no hospital de maio a julho": supondo 30 dias = 1 mês, o número dos dias poderia ser tanto 90 (isto é, todos os dias de cada um daqueles 3 meses) ou somente 32 dias (isto é, todo mês de junho e um dia ou dois em maio e julho). Embora muitas vezes não possamos obter absoluta precisão, a escala (32-90) para o exemplo acima é, contudo, demasiadamente imprecisa e uma maior investigação é necessária. Se o entrevistado puder recordar datas exatas será, certamente, ideal, mas muito freqüentemente não é o caso. Conseqüentemente, se as datas não são conhecidas, algumas investigações como "isto ocorreu no início de maio, no meio ou no fim de maio?" e uma investigação similar para julho permitiria que o entrevistador estreitasse a escala da resposta. Por exemplo, a média de ambos os meses seria ~ 60 dias, ou do começo de maio até o fim de julho seria ~75-80.

Como no ASI5, usa-se o arredondamento (14 dias = 1 mês, 6 meses = 1 ano), exceto nas perguntas onde se pede especificamente uma determinada quantidade de tempo (por exemplo, abstinência por pelo menos 1 ano).

### **ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO (FOLLOW-UP)**

Se uma entrevista de seguimento será realizada em algum ponto mais tarde, isto também deve ser incluído na introdução. Por exemplo: "Com sua permissão, nós gostaríamos de estar de novo em contato com você em aproximadamente 6 meses a fim de lhe perguntar algumas questões similares. Dessa forma, esperamos avaliar nosso programa, para ver quão útil ele tem sido".

Espera-se que introduzindo a entrevista de forma clara e descritiva, esclarecendo quaisquer incertezas, e desenvolvendo e mantendo um vínculo continuado com o paciente, a entrevista de admissão produzirá informações válidas e úteis.

Entrevistas de seguimento não devem ser realizadas antes de um mês da entrevista prévia, uma vez que o período de avaliação é dos 30 dias anteriores. A entrevista pode

ser conduzida de forma confiável e válida pelo telefone, desde que ocorra em um contexto onde o entrevistado se sinta livre para responder honestamente e o entrevistador tenha fornecido uma introdução apropriada para a entrevista, enfatizando a confidencialidade das informações (Ver McLellan et al., 1980; 1985).

As questões para seguimento do ASI6 ainda não foram definidas. Assim que elas forem selecionadas, estes itens serão capazes de mostrar alterações do paciente em relação à entrevista anterior. Certos itens na entrevista de seguimento terão, por exemplo, na seção de emprego, questões sobre a extensão de educação formal ou treinamento, na intenção de refletir o acréscimo de educação desde a entrevista prévia. Em função desta necessidade de informação adicional, o entrevistador é orientado a ter o original ou uma cópia da entrevista prévia disponível para referência. Quando isto não é possível, o entrevistador é orientado a simplesmente a codificar a informação adicional (p.ex., mais 2 meses de escola, 2 tratamentos adicionais para abuso de álcool, etc) próximo ao quadro de resposta e adicionar este número à resposta da entrevista prévia quando for possível referir a este formulário.

### **ESCALA DE ESCORES DO PACIENTE**

É especialmente importante que o paciente desenvolva a capacidade de comunicar a extensão dos problemas experimentados em cada uma das áreas selecionadas e com que extensão sente que é importante o tratamento para estes problemas. Estas estimativas subjetivas são centrais para a participação do paciente na abordagem de sua condição.

No intuito de padronizar estas avaliações, nós empregamos uma escala de 5 pontos (0-4) para os pacientes graduarem a gravidade de seus problemas e até que ponto eles sentem que o tratamento para eles é importante.

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

Para alguns pacientes, é adequado simplesmente descrever a escala e seus valores na introdução da entrevista e, a partir daí, ocasionalmente. A preocupação do entrevistador com estes itens deve ser conseguir a verdadeira opinião do paciente. Conseguir que o paciente use sua própria linguagem para expressar uma opinião é mais apropriado do que forçar uma escolha da escala.

Diversos problemas com relação a esses escores podem ocorrer. Por exemplo, o escore do paciente para a extensão de seus problemas em uma área não deve se basear em sua percepção de qualquer outro problema. O entrevistador deve se esforçar para esclarecer cada escore como uma área problemática separada, e focar o período de tempo nos 30 dias anteriores. Assim, o escore deve ser dado com base nos problemas atuais, e não em problemas potenciais. Se um paciente não relata problemas durante os 30 dias anteriores, então a extensão com que ele/ela tem se incomodado por estes problemas deve ser 0 (zero) e o entrevistador deve fazer uma pergunta confirmatória para checar a informação prévia. "Uma vez que você disse não ter tido problemas médicos nos últimos 30 dias, posso assumir que, neste ponto, você não sente necessidade para qualquer tratamento médico?" Observação: Se o paciente não for capaz de entender a natureza do procedimento de dar escore, então, insira um "X" para estes itens.

## **Estimativas**

Várias questões pedem que o paciente estime por quanto tempo experimentou um problema particular nos últimos 30 dias. Estes itens podem ser difíceis para o paciente e pode ser necessário sugerir mecanismos de estruturação de tempo: isto é, períodos fracionados (como a metade do tempo) ou pontos-âncora (fins-de-semana, dias de semana). Finalmente, é importante que o entrevistador não imponha suas respostas ao paciente com afirmações do tipo: "Parece que você tem um problema médico extremamente sério!". O entrevistador deve ajudar o paciente a selecionar uma estimativa apropriada sem forçar respostas específicas.

## **ESCLARECIMENTO**

Durante a administração do ASI há ampla oportunidade para esclarecimento de questões e respostas e isto é considerado essencial para uma entrevista válida. Para garantir a qualidade da informação, certifique-se de que a intenção de cada questão está clara para o paciente. Cada questão não necessita ser perguntada exatamente como colocado; mude as palavras ou use sinônimo apropriado para cada paciente em particular, e registre qualquer informação adicional nas seções de "Comentários".

Observação: quando fica firmemente estabelecido que o paciente não consegue entender uma questão em particular, esta resposta não deve ser registrada. Coloque um "X" no primeiro quadro daquele item. No caso do paciente parecer ter dificuldades de entender muitas questões, pode ser vantajoso interromper a entrevista. Neste caso, é melhor esperar um dia ou mais para que o paciente se recupere da confusão inicial e efeitos desorientadores do abuso recente de álcool ou outras drogas, do que registrar respostas confusas.

## **Observação geral a respeito dos escores de gravidade**

Deve ser entendido que estes escores são apenas estimativas do estado problemático, derivado de um único ponto no tempo e sujeito a alterações no contexto imediato da vida do paciente. Além disso, estes escores não podem tomar o lugar da informação mais detalhada fornecida pelo paciente em cada uma das áreas problemáticas.

## **SITUAÇÕES DIFÍCEIS OU INAPROPRIADAS**

### ***Prisão prévia ou tratamento hospitalar***

Várias questões dentro do ASI requerem julgamentos relativos aos 30 dias prévios ou ao ano anterior. Em situações nas quais o paciente foi encarcerado ou tratado em ambiente hospitalar, torna-se difícil desenvolver um perfil representativo do comportamento do paciente. Nesse caso, sugere-se restringir o período de avaliação destes itens aos 30 dias prévios à entrevista independentemente do estado do paciente durante este tempo.

Mesmo com esta compreensão geral, existem ainda itens individuais que são particularmente difíceis de responder para pacientes que tenham estado presos ou em ambiente algo controlado. Talvez, o exemplo mais comum seja encontrado na seção de emprego. Aqui nós definimos "dias de problemas", contando somente quando um paciente tem, de fato, se esforçado em achar trabalho ou quando há problemas no trabalho. Numa situação em que o paciente não teve a oportunidade de trabalhar não é possível, por definição, que tenha problemas de emprego. Em situações como esta, na qual o paciente não teve a oportunidade de encontrar a definição de um dia problemático, a resposta apropriada é um "N" e os escores do paciente que seguem devem também ser "Ns", uma vez que eles dependem da questão dos dias problemáticos. Em tese, a letra N vai representar as respostas que "não se aplicam".

#### Respostas duvidosas

Alguns pacientes responderão no sentido de apresentar uma imagem particular ao entrevistador. Isto geralmente resulta em respostas inconsistentes ou inapropriadas que se tornam aparentes durante o curso da entrevista. À medida que estas respostas se tornam aparentes, o entrevistador deve se esforçar para assegurar ao paciente a confidencialidade dos dados, explicar novamente o propósito da entrevista, investigar respostas mais representativas e esclarecer respostas prévias de validade questionável. Se a natureza das respostas não melhorar, o entrevistador deve simplesmente descartar todos os dados que pareçam questionáveis, colocando um "X" quando apropriado e registrando isto no formulário. No caso extremo, o entrevistador deve terminar.

#### Compreensão pobre

Os entrevistadores podem encontrar pacientes que simplesmente são incapazes de entender os conceitos básicos da entrevista ou de se concentrar em questões específicas, geralmente por causa dos efeitos de abstinência de álcool ou outras drogas ou devido a outros transtornos mentais. Quando isto se torna aparente, a entrevista deve ser finalizada e outra sessão agendada.

### **INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO (CONCEITOS)**

Há instruções gerais sobre os procedimentos utilizados no preenchimento do formulário logo no início do instrumento.

#### Informações Gerais (página 2)

É sempre importante iniciar uma entrevista se apresentando ao paciente e explicando os seus objetivos. Além disso, cabe salientar que: "Esta entrevista poderá ajudar no seu tratamento, assim como futuramente poderá ajudar no tratamento de outras pessoas. Agora vou ler algumas informações antes de começarmos". Conforme as orientações dos comitês de ética, em caso de pesquisa, deve-se entregar um consentimento livre esclarecido para o sujeito ler e assinar antes do início da entrevista. Sugere-se que se leia toda a introdução. Esta foi escrita para ser breve e ir direto ao ponto.

Ocasionalmente, os entrevistados querem saber mais, não há nada errado em fazer algumas perguntas. Não obstante, leia da forma em que está escrito sempre que possível, e explique brevemente, a menos que tenha razões convincentes para fazer de outra maneira.

**Nome do paciente** - Coloque o nome do entrevistado ou insira apenas as iniciais.

**G1** - Coloque o número de identificação atribuído ao entrevistado, se houver um.

**Nome do entrevistador** - Coloque seu nome.

**G2** - Coloque seu código de entrevistador, se houver um.

**G3** - Serve para treinamento ou para confiabilidade entre entrevistadores e para codificar sua identificação se você está observando, mas não conduzindo a entrevista. Os observadores devem somente observar, e não fazer nenhuma pergunta durante a entrevista. O observador e o entrevistador devem codificar suas entrevistas independentemente, e somente discutir os casos depois que terminarem de preencher o formulário de entrevista do ASI6.

**G4** - Coloque a data da realização da entrevista.

**G5** - Coloque a data em que o entrevistado ingressou no tratamento atual (ambulatório ou internação).

**G6** - Dependendo do tipo de estudo que está sendo realizado as entrevistas poderão ser referentes ao dia da entrevista, à data de admissão ou a período anterior a outras datas.

**G10** - Pergunte; não presuma a raça, nem fale sobre as outras raças ou faça algo para deixar o entrevistado ciente de que múltiplas respostas são aceitáveis. Pergunte simplesmente qual cor ele(a) se considera.

**G11** – Por exemplo, no caso de hospital-dia ou centro de atenção psicossocial (Caps): marcar como “outro local”.

**G12** - Codifique o estado civil atual. Por exemplo, se o entrevistado é divorciado ou separado e agora está casado ou vivendo como casado, essa última condição é a que deve ser codificada. Também é necessário deixar claro ao entrevistado que “vivendo como casado” é uma resposta válida; vivendo com o(a) namorado(a) não significa necessariamente vivendo como casado, depende da percepção do entrevistado. Então, por exemplo, dois entrevistados podem estar vivendo com um(a) parceiro(a) romântico e cada um ser codificado de maneira diferente dependendo de sua percepção. Se ele(a) disser que está vivendo com um(a) parceiro(a), você pode sondar perguntando: “Você diria que está vivendo como casado ou não?”. Outra possibilidade, quando a resposta não tiver sido clara é ler cada alternativa de resposta e deixar a pessoa escolher o que fizer mais sentido para ela. Escolha o senso comum. Ex.: 1- se a pessoa está separada há tempo, mas não está divorciada legalmente, no entanto, considera-se que a pessoa está separada. 2- vivendo como casado pode ser codificado para parceiros homossexuais. 3- se o paciente nunca se casou, pule para G14.

**G13** - Codifique o número de anos e meses que a pessoa permanece em algum estado civil. Essa pergunta é pulada se a pessoa nunca se casou.

**G14** - O entrevistado deve referir a fonte de encaminhamento para esse específico programa de tratamento. Se ele mencionar vários, deixe o cliente escolher a principal, que na maioria dos casos será a mais recente.

### Preencher as lacunas

É importante diferenciar os itens que não são aplicáveis ao paciente (os quais devem ser registrados como "N") dos itens que o paciente não pode entender ou não responderá (os quais devem ser registrados com "X"). Por favor, não deixe nenhum item sem código, exceto quando houver pulos.

### Moradia (página 2)

Para manter o entrevistado focado nos últimos seis meses, uma abreviação de letra única para cada mês é provida ao entrevistador (acima de “moradia”) para facilitar a contagem. Ex.: se a entrevista foi feita em 06/04/2003: A(abril) = 0, M(março)=1,

F(fevereiro)=2, J(janeiro)=3, D(dezembro)=4, N(novembro)=5, O(outubro)=6, portanto o tempo de 6 meses seria de 05/10/2002 até 06/04/2003.

### Questões sobre moradia

Se o entrevistado passou a noite numa prisão hospital nos últimos 6 meses, isso é codificado como noites em H5 prisão (não em noites H3/H4 ex.: não em hospitais psiquiátricos). Mas conte hospitalizações no M25 ou P1 para representar mais precisamente a gravidade que isso representa na vida do indivíduo.

**H1** - Refere-se a qualquer ambiente controlado ou supervisionado (exceto abrigos que são codificados separadamente no item H8). H1A (últimos 6 meses) deve ser igual à soma de H2A a H7A. Similarmente, H1B (últimos 30 dias) deve ser igual à soma de H2B a H7B. H1B não deve jamais ser maior que H1A.

Se, em H1A, o paciente reportar que não passou nenhuma noite em um ambiente controlado nos últimos 6 meses, pule para H8A. Esse é o primeiro de vários “pulos” que foram feitos para deixar a entrevista mais fluída. Não é necessário preencher os quadrados vazios com zeros.

**H2** – Inclui tratamento residencial e comunidades terapêuticas, assim como pacientes internados em unidades de desintoxicação.

**H3** - Inclui hospitalizações por problemas médicos, não psiquiátricos ou por álcool e outras drogas.

**H4** - Inclui hospitalizações por problemas psiquiátricos, noites passadas em unidades psiquiátricas. Se alguém é hospitalizado por álcool ou outras drogas e problemas psiquiátricos, será incluído somente no H2.

**H6** - Este item deve ser codificado quando o paciente não está apenas em tratamento, mas também morando no local.

**H7** - Um ambiente controlado refere-se a uma situação de vida na qual o indivíduo foi restringido de sua liberdade de movimentação e de seu acesso ao álcool e outras drogas. Isto geralmente significa estar residindo em um local de tratamento ou instituição penal. Um hospital-dia ou hospital-noite não é, geralmente, um ambiente controlado. Se o indivíduo estava em dois tipos de ambiente controlado, coloque o número do ambiente no qual ele passou a maior parte do tempo. Nestes casos, o tempo de permanência em ambiente controlado refletirá o tempo total em todos os ambientes. Inclui pequenos hospitais e outros lugares estruturados para pessoas que necessitam de algum cuidado que não foram capturados por H2 a H6.

**H8** - Inclui abrigos somente para os sem-teto. Abrigos para vítimas de violência doméstica (a não ser que o local seja focado para mais longo prazo e funcione como casa comunitária – nesse caso será codificado como H6) serão contados em H7 (casa de passagem).

**H9/H10** - “Lugar nenhum para ficar” requer alguma interpretação para levar em conta os fatores do entrevistados, como o que o entrevistado está realmente fazendo. Se, por exemplo, ele fica numa casa de crack por uma noite ou duas de farra e depois vai para casa, isso geralmente não será contado como não ter lugar para ficar. No entanto, se o entrevistado fica por um período mais extenso de uso descontrolado de alguma substância e esteve morando com amigos/família, mas não esteve em “casa” por uma ou mais semanas, o paciente pode não ser bem-vindo em casa e isso pode ser considerado como noites sem-teto. Similarmente, se ele esteve morando sozinho, abandonado no apartamento e está morando nas ruas, o seu apartamento provavelmente não estará mais disponível. Também, alguns clientes podem dizer “eu poderia ficar na minha mãe ou irmão”, mas isso é hipotético e não há como ter certeza se ele será realmente bem-vindo, então codifique como sem-teto. Geralmente, além de situações breves de opções do cliente (como o primeiro exemplo de uma ou duas noites numa casa de crack),

codifique como sem teto. Arranjos domiciliares instáveis, ex.: morar com amigos ou famílias por um período extenso (ex.:semanas/meses), geralmente não contam como noites sem-teto.

Nota:

- Se o paciente responder que esteve sem-teto nos últimos 6 meses, pule H10. Sabe-se de antemão que a resposta H10 será sim.

**H11** - Codifique todas as respostas que se aplicarem. Pode ser necessário investigar por respostas adicionais, pois os pacientes, em geral, não pensam nas suas crianças ou familiares na resposta dessa questão. Se houver compartilhamento de peças (banheiro, cozinha, cômodos) isso será considerado a mesma casa, mas se houver uma separação entre as peças, mesmo que seja uma parede ou uma porta são consideradas como casas diferentes. Também, se divorciado e morando com o ex-cônjuge de um modo não romântico/sexual isso também será considerado como vivendo com outros adultos (6). No entanto, se morar com o ex-cônjuge de um modo romântico/sexual será então considerado como cônjuge/parceiro(a) (2). Se o entrevistado disser que ele está separado, mas morando na mesma casa com o ex-cônjuge, ele deve ser codificado como separado (G12). Essas convenções influenciam a F1 (relações com um parceiro sexual/romântico). Se a pessoa viveu com o parceiro(a)/cônjuge nos últimos 30 dias, F1 deve ser codificado como sim. Também, se H9B for maior que zero, se o paciente morou na rua, ou no carro, ou em prédios abandonados, etc., deve-se codificar com quem ele estava morando no H11. Quando o paciente morar com um dos pais, marcar a opção “pais”.

Caso o paciente responda somente a opção SOZINHO (1) – marcar N na questão seguinte (H12).

**H12** - Problemas com álcool será semelhante aos critérios de abuso do DSM-IV-TR ou uso nocivo do CID-10. Inclui uso problemático e recente de drogas e/ou álcool. Se o paciente mencionar alguém em tratamento, mas já recuperado, não se deve codificar como tendo problemas recentes de álcool e/ou outras drogas. Também, é de decisão do paciente se alguém que está morando com ele tem problema com álcool. Qualquer uso de drogas por pessoas com quem o paciente está morando é codificado como sim (1). Se o sujeito considerar sua estada na casa da namorado(a) nos finais de semana marcar como “sim” - tem envolvimento.

### **Médico** (página 3)

**M1**- O entrevistador pode marcar mais de uma opção se for o caso do paciente ter mais de um convênio de saúde.

**M3/M4** - Ainda que não possamos considerar todas essas doenças como tipicamente crônicas, elas são enfermidades que, mesmo tendo ocorrido no passado ou estando em remissão, colocam o paciente, no mínimo, em risco de recorrência ou incapacidade.

**M15/16** - Uma condição crônica é uma condição física ou médica séria ou potencialmente grave que requer cuidados contínuos ou regulares por parte do paciente (por exemplo, medicação, restrições de dieta, incapacidade de participar ou realizar atividades normais). Quando há uma pequena recorrência da doença, independentemente do período de intervalo sem doença, ela será considerada crônica. Alguns exemplos de condições crônicas são hipertensão, diabetes, epilepsia e defeitos físicos. Em casos extremos, problemas menstruais crônicos devem ser registrados caso interfiram na vida cotidiana ou só sejam abordáveis através de tratamento médico regular. Codifique "Sim" em M16, caso o paciente tenha um problema clínico crônico

que continua impedindo-o de obter as vantagens completas de suas capacidades.

Se o paciente referir o uso de óculos para leitura ou alergias mínimas como um problema crônico, isto indica um entendimento errôneo da questão. Caso um paciente realmente relate um problema crônico válido, comente a natureza do problema no espaço fornecido.

*Problemas clínicos crônicos comuns em indivíduos dependentes de álcool*

Problemas gastrointestinais (sangramento ou varizes esofágicas, úlcera, gastrite, pancreatite), hepáticos (esteatose hepática, cirrose, hepatite) e outros (hipertensão, diabetes, convulsões - podem ou não fazer parte da abstinência)

*Problemas clínicos comuns em indivíduos dependentes de drogas*

Problemas como hepatite, hipertensão, abscessos (em braços, pernas), derrame pulmonar, condições cardíacas. AIDS - os problemas relacionados podem ser de grande variedade, mas particularmente micoses orais, infecções não usuais, problemas pulmonares.

O paciente pode não ter sido exatamente informado que ele tem, por exemplo, “problemas nas costas” ou “movimentos prejudicados”. Se um médico ou outro profissional da saúde, entretanto, mencionar que o paciente tem “hérnia de disco” ou se ele já teve uma amputação ou uma substituição articular realizadas, isto é, se já foi submetido a algum procedimento que suporte a validade da condição, a mesma deve ser incluída em M15 e/ou M16. Não se deve incluir relatos como “minhas costas estão muito duras, eu devo ter artrite”, não havendo qualquer tipo de validação dessa condição, como tratamento ou diagnóstico por um profissional da saúde.

**M17** - A intenção desta pergunta é validar a gravidade da doença através da decisão independente de medicar o problema, por um médico. Portanto, se a medicação foi prescrita por um profissional médico legítimo, para uma condição física (não psiquiátrica ou por abuso de substância psicoativa), então, deve ser registrado - independentemente se o paciente faz uso ou não da medicação.

Se o paciente está tomando alguma medicação, ela precisa ter sido prescrita por um médico.

Medicações prescritas por apenas curtos períodos ou para condições temporárias específicas (isto é, resfriados, desintoxicação), não devem ser levadas em conta. Apenas a necessidade prolongada de medicação deve ser contada (por exemplo, hipertensão, epilepsia, diabetes, etc). Não se deve incluir medicações para transtornos psiquiátricos, as quais serão registradas posteriormente, em seção específica. Medicamentos para transtornos do sono são, geralmente, de uso temporário e são abordados na parte de psiquiatria.

Basicamente as respostas também vão avaliar a necessidade e a obediência. Se o paciente deveria tomar algo e não há uma boa razão para acreditar que a doença regrediu sozinha, mesmo que a medicação tenha sido prescrita há muito tempo, o caso deve ser codificado como 2- deveria estar tomando, mas não está. Outra possibilidade é o medicamento ser considerado ineficaz e descartado pelo médico e não existir outro medicamento para tratar a condição; esta situação seria codificada como 3- medicamento não é mais necessário. Talvez isso devesse ser lido com mais exatidão – não é mais necessário ou útil. Quando não se tem mais nenhuma evidência de sintomas e/ou indicação de medicação de manutenção codifica-se 3.

**M19** - Considera a avaliação subjetiva do entrevistado.

**M20** - Nessa sessão serão codificadas apenas doenças clínicas. “Está recebendo algum tipo de tratamento para esse sintoma referido?”. Se a resposta for negativa não entra nessa sessão. Pergunte ao paciente quantos dias, nos últimos 30 dias, ele apresentou

problemas físicos/médicos. Não inclua os problemas diretamente causados apenas por álcool ou outras drogas. Isto significa problemas como ressaca, vômitos, insônia, e outros que seriam removidos caso o paciente estivesse abstinente. Entretanto, se o paciente desenvolveu um problema médico prolongado por abuso de substância psicoativa, o qual não desapareceria simplesmente com a abstinência, inclua os dias nos quais ele apresentou este problema (por exemplo, cirrose, flebite, pancreatite).

Se nesta questão a resposta for 0 (zero) – marcar N na questão seguinte (M21).

Não inclua intercorrências leves, tais como gripe ou resfriado, mesmo que estas intercorrências acarretem um baixo escore de gravidade.

**M21** - Deve-se considerar o paciente como incapacitado para exercer atividades normais devido a problema médico ou físico se estiver hospitalizado ou residindo em clínica de reabilitação.

**M22** – MOSTRAR OU ENTREGAR AO PACIENTE A FOLHA COM OS ESCORES DE INTENSIDADE. Essa questão considera a avaliação subjetiva do entrevistado.

**M23/M24** – No momento de fazer a pergunta, sugere-se que onde diz “qualquer problema clínico ou físico” quando um ou dois problemas foram citados pelo sujeito, substituir “qualquer” problema físico ou clínico pelos problemas já citados pelo entrevistado. Ex: Quão preocupado ou incomodado você tem estado com suas “dores nas costas?”.

Tenha certeza que o paciente restringiu sua resposta em M22 e M23 aqueles problemas abordados na seção médica. Para o item M24, enfatize que você está falando de tratamento médico adicional para os problemas especificados.

**M25/M26** - Embora uma pessoa possa ficar no HPS ou na sala de emergência durante a noite, isto não é uma hospitalização de fato.

Anote o número de noites passadas no hospital por problemas clínicos. Inclua hospitalizações de emergência por Overdoses (OD) ou Delirium Tremens (DTs), mas exclua hospitalizações para desintoxicação ou outras formas de tratamento para álcool, outras drogas ou psiquiátricos. Parto normal não entra na contagem, uma vez que não é um problema médico resultante de doença ou trauma. Complicações resultantes do parto são contadas e devem ser registradas na seção de comentários.

**M28** - Mesmo que o paciente tenha feito mais de uma visita em um dia será considerado apenas o número de dias.

**Comentários** - anotar problemas de saúde relatados pelo sujeito para que se tenham informações neste sentido.

### **Emprego/Sustento** (página 4)

**E1** - Para codificar as respostas de 1 a 5 considere apenas se o paciente completou o grau referido. Ex.: se ele está na 4ª série do ensino fundamental codifique 6 (nenhuma), pois ele ainda não completou nenhum dos graus descritos.

**E2/E5** – Considere este treinamento apenas se ele apresenta algum potencial de uso na vida civil e é desenvolvido para dar ao paciente alguma capacidade considerável ou reconhecida. Ou seja, cozinhar, operacionalização de equipamentos pesados, conserto de equipamentos, são considerados; treinamento de infantaria ou de demolição geralmente não é reconhecido.

Considerar qualquer curso que disponibilize certificado e possa ser utilizado em atividades profissionais (ex.: computação, línguas, etc...) ou que o indivíduo teve como

finalidade reverter em algum tipo de renda. Não considere atividades apenas de lazer. Ex.: se um indivíduo fez um curso de cerâmica, porém sem intenção de vender as peças, não considere.

**E5** - Significa, geralmente, matriculado e cursando. Se um paciente está mesmo matriculado, ou seja, se já foi aceito e tem plano consistente de freqüentar o programa num futuro próximo, deve ser também codificado como 1 ou 2, ainda que não esteja freqüentando no momento. Deve-se ter cautela nesse item, pois vários pacientes “planejam” fazer alguma coisa e não conseguem dar seguimento a seu intento. Quanto mais evidências houver de que o paciente está realmente matriculado, melhor será para decidir como codificar: se ele pagou antecipadamente o valor total ou parcial do treinamento/ensino, se já cursou pelo menos um ano ou semestre, se está em período de férias, etc. Então, segundo essa lógica, um “estudante” em férias de verão também deverá ser codificado como 1 ou 2. Da mesma forma, para E10/Situação de emprego atual, se o paciente estava desempregado e acabou de receber uma proposta de emprego, mas ainda não começou a trabalhar, a lógica utilizada em E5 nos levaria a marcar 1 ou 2.

**E6** - Carteira de habilitação: é válido para uma carteira de habilitação que não esteja vencida ou tenha sido suspensa ou revogada. Este item simplesmente é um indicador da oportunidade de ser empregado em vários trabalhos que exijam dirigir enquanto no serviço ou, no mínimo, a habilidade de obtenção de um emprego em lugares em que o transporte público não é disponível.

**E7** – Automóvel: isto não requer necessariamente um meio de transporte próprio, mas sim a disponibilidade de transporte pessoal regular. Caso o paciente não possua carteira de habilitação, deve ser registrado "Não" neste item. Os itens E6, E7 e E8 são utilizados como indicadores da capacidade do paciente para ir e voltar do trabalho.

**E8** - Especificar que esta pergunta se refere somente ao meio de transporte.

**E9** - Fazer a pergunta somente se ainda houver dúvida da capacidade do entrevistado. Caso contrário, codifique 1.

**E10** - Codifique a condição que melhor explica a situação atual do paciente. A opção 4 deve ser assinalada se o paciente não trabalha, não procura ativamente por trabalho e não faz bicos de forma regular. A opção 5 deve ser escolhida caso o paciente esteja fazendo bicos numa freqüência mínima de 1 vez por semana. Considera-se bico qualquer atividade exercida de modo irregular e sem horário fixo.

Trabalho de período integral (incluindo empregos não registrados) é regular e maior que 35 horas por semana. Trabalho regular de meio período é um emprego no qual o paciente tem uma escala de trabalho menor do que 35 horas por semana, porém é regular e mantido. Trabalho irregular de meio período refere-se a empregos nos quais o paciente trabalha em base de meio período, mas não há uma escala confiável, por exemplo, diaristas.

Obs: Indivíduos em licença saúde são considerados empregados.

**E11** - O motivo relatado pelo paciente, que o afasta do mercado de trabalho, deve ser codificado nesse item. Se o paciente não está em busca de emprego devido a problemas com álcool e outras drogas, deve-se, em geral, codificar como 5- Não procura por trabalho (e não como incapaz). Incapaz deve se referir à deficiência física ou possível incapacidade psíquica, as quais devem ter sido documentadas previamente (por outro serviço) ou com as quais o cliente persiste (e pode justificar), tornando-o incapacitado para o trabalho ou para procurar um emprego. A incapacidade não precisa necessariamente ser permanente.

Marque todas as opções que se aplicam aos pacientes codificados em E10 como 4 ou 5. Lembrando que, também são considerados como estudantes, indivíduos que estejam com sua matrícula trancada por período inferior a 6 meses desde que tenham cursado anteriormente pelo menos 1 semestre do curso referido.

**E12 – MOSTRAR OU ENTREGAR AO PACIENTE A FOLHA DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE OCUPAÇÃO.** Codificar a categoria que mais se aplica.

**Habilidades: anote qual é a ocupação do cliente. Em geral, é considerado como ocupação qualquer habilidade ocupacional transferível que foi adquirida através de treinamento ou educação especializados.**

Ocupação: codifique a categoria apropriada do anexo: Principais Grupos de Ocupação. Certifique-se de especificar em termos de categorias gerais de trabalho (por exemplo, se comerciante, então, venda de computadores, venda de carros usados, etc). Caso o paciente esteja trabalhando recentemente em uma atividade diferente, registre a ocupação usual. Caso o paciente não possua uma ocupação usual, então anote o trabalho mais recente. Anote "N" apenas quando o paciente nunca tenha trabalhado.

**E13 - Considera-se como trabalho informal, aquele que é sem carteira assinada.**

**E14 - Considerar o trabalho de maior duração em regime superior a 35 horas semanais (turno integral). O trabalho em questão pode ser formal ou informal, ou seja, se o paciente tiver como trabalho mais duradouro um bico regular, em turno integral, este deve ser codificado. Refere-se ao emprego mais duradouro com o mesmo empregador, mesmo que o paciente tenha sido promovido a posições ascendentes ao longo do tempo. Se o paciente teve múltiplos cargos, codifique o mais recente no item E16-Ocupação.**

Período de emprego: enfatize o fato de que você está interessado no período mais longo em que o paciente manteve um emprego em período integral. Emprego no serviço militar será considerado apenas quando ultrapassa o período de alistamento do indivíduo.

**E15 - Codificar o tempo, em meses, desde o término do trabalho de turno integral mais longo. Realizar as contas necessárias no momento da entrevista.**

**E16 - Codificar a ocupação/trabalho de turno integral mais longa de acordo com especificadores da questão/nota E12.**

**E17 - Codificar o número de semanas em que teve trabalho pago, sem desconsiderar períodos remunerados de licenças, férias, dias como autônomo e trabalho informal e bicos.**

Codifique o número de semanas trabalhadas durante os últimos 6 meses. Se o paciente trabalhou apenas um dia por semana durante 2 semanas, equivale a 2 semanas. Um mês equivale a 4 semanas, mas 3 meses = 13 semanas e 6 meses = 26 semanas. Então, 4 meses = 17 semanas (13 semanas + 4 semanas) e 5 meses = 21 semanas. Essencialmente, 3 meses ou mais equivale a 13 semanas mais o número adicional de semanas (com 4 semanas equivalendo um mês); deve-se sempre seguir essa lógica, exceto quando o paciente trabalhou cada semana no período de 6 meses, isto é, o tempo inteiro, o que totaliza 26 semanas.

**E18 - Considerar o total de dinheiro recebido nos últimos 6 meses como fruto de trabalho remunerado. Não computar as receitas provenientes de aposentadoria, atividades ilegais.**

**E19 - Codificar o número de dias remunerados nos últimos 30 dias, considerando também os dias remunerados de licença, férias, trabalho como autônomo e trabalho informal.**

**E20** - Considerar o total de dinheiro recebido por trabalho nos últimos 30 dias.

**E21** - Computar o número de dias em que algum tipo de problema relacionado ao trabalho ocorreu. Considera-se como problema nesta questão qualquer tipo de situação que possa resultar em prejuízo no trabalho. Exemplos: baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, faltas.

Nos casos em que o paciente não teve a oportunidade para trabalhar, devido a encarceramento ou outro ambiente controlado, não é possível, por definição, que ele tenha tido problemas no trabalho. Em casos como este, em que o paciente não tenha tido a chance para preencher a definição de dia problemático, a resposta apropriada é "N" e a escore que segue do paciente também deve ser "N", uma vez que ela depende da questão de dias problemáticos.

**E22** - Nesta questão, procurar emprego implica em tomar uma atitude para atingir este objetivo, como, por exemplo, mandar currículo, preencher uma ficha de emprego, falar com um possível empregador.

**E23** - Mostrar a escala de avaliação de intensidade para o entrevistado. Codificar o escore respondido pelo paciente. Deixar claro na pergunta que se refere à importância de uma assistência atual ou adicional em relação à área de emprego.

Escore do paciente: os escores são restritos aos problemas identificados pelo item E21. Para o item E23, enfatize que você está falando sobre ajuda para encontrar ou prepará-los para um trabalho - não dar um trabalho para eles.

Problemas de trabalho, últimos 30 dias: inclui incapacidade de arrumar emprego (apenas se o paciente tem tentado), ou problemas no trabalho atual (se o emprego está em perigo ou insatisfatório, por exemplo).

Não inclua problemas em "encontrar um emprego" que estejam diretamente relacionados apenas ao abuso de substâncias psicoativas por parte do paciente, tais como abstinência ou ressaca.

Não inclua sentimentos de insatisfação em relação às expectativas no emprego, ou o desejo comum de ganhar mais dinheiro ou mudar de trabalho, a menos que o paciente já tenha tentado, na prática, estas mudanças e não tenha conseguido.

**E24** - Codifique "Sim" se o paciente mora em habitação financiada pelo governo (ex.: COHAB, Cingapura, etc...) ou está recebendo auxílio-moradia.

**E25** - *Contribuição para o sustento*

Anote se o paciente está ou não recebendo algum suporte regular em forma de dinheiro, moradia ou alimentação de um amigo ou familiar, não de instituição. A contribuição do cônjuge para manutenção da casa é incluída.

Quando existir períodos equivalentes que se encaixam em mais de uma categoria, registre aquela que melhor representa a situação atual.

Refere-se a dinheiro proveniente da Previdência Social ou INSS, de fontes governamentais de pensão, seguro-social, seguro-desemprego.

Pensão, benefícios ou seguro social: aqui são incluídas pensões por invalidez ou aposentadoria, benefícios de veteranos de guerra, "SSI", compensação por tempo de serviço.

**E26** - Refere-se a auxílio financeiro público tipo bolsas.

**E27** - Refere-se a outras formas de assistência governamental que não pensão, seguro-social, seguro-desemprego ou bolsas. Exemplos: comida, vale-refeição, vale-transporte e fomentos provenientes de campanhas governamentais.

**E26/E27** - Assistência pública: refere-se à assistência pública ou social. Inclui aqui quantia em dinheiro e vales-refeição, assim como dinheiro para transporte fornecido pelo serviço que assiste o paciente, para ir e voltar do tratamento.

**E28** - Aplica-se aos cuidadores da(s) criança(s), independentemente de serem pais biológicos ou não. Dinheiro do seguro social (INSS) ou da assistência pública (bolsa-família, bolsa-escola, etc) direcionado às crianças, entretanto, deve ser especificado nessas categorias nos itens E25 e E26, respectivamente.

**E29** - Considera-se o dinheiro total proveniente de toda e qualquer atividade ilegal que o paciente tenha realizado no período determinado.

Ilegal: este inclui qualquer dinheiro obtido ilegalmente por tráfico de drogas, roubo, venda de objetos roubados, jogos ilícitos. As máquinas de caça-níqueis ilegais entram nesta categoria.

Caso o paciente tenha recebido drogas em troca de alguma atividade ilegal, não tente converter este valor em dinheiro (em reais). Simplesmente anote isto na seção de comentários deste item e na seção legal. Novamente, o enfoque é no dinheiro disponível para o paciente, não uma estimativa do valor líquido do paciente.

**E30** - Refere-se a todas as outras fontes que não são melhor codificadas entre E25 e E29. Dinheiro recebido por trabalho na prisão ou em outro ambiente controlado não conta como trabalho pago (E17-E22), melhor se encaixando como renda inesperada (dinheiro proveniente de heranças, imposto de renda, empréstimo particular, jogos de azar, etc.); especifique então o valor recebido nos últimos 30 dias em E30 (dinheiro de outras fontes). Inclui também dinheiro recebido por participação em pesquisas.

A intenção desta pergunta é determinar a quantia adicional de dinheiro que o paciente tem recebido nos últimos 30 dias - não é para determinar se ele recebe ajuda em termos de alimentos, roupas e abrigo.

Anote apenas o dinheiro emprestado ou recebido de cônjuge, familiares ou amigos do paciente. Este se refere apenas a pagamentos em dinheiro dados ao paciente e não a uma estimativa do valor de fornecimento de alimentos e estadia.

Não anote simplesmente o salário do cônjuge neste item – apenas a quantia em dinheiro dada ao paciente para gastar.

Inclua aqui ganhos inesperados ou coincidentes de jogos lícitos, devolução de impostos, ou qualquer outra fonte de renda instável.

**E31** - Marcar todas as opções que se aplicam ao paciente, ou seja, especifique todas as fontes de sustento financeiro atuais. Se o paciente não tem nenhuma fonte de sustento, assinale a opção 11 (nenhuma).

**E32** - Marcar “Sim” apenas se houve falência legalmente declarada.

**E33** - Considerar apenas empréstimos ao governo ou instituição privada. Mesmo que a dívida seja da empresa e o sujeito é dono ou sócio a resposta é SIM. Atraso não é considerado “deixar de pagar”.

**E34** - Considerar atraso superior a 1 mês no pagamento de qualquer dívida, governamental ou não.

**E35** - Refere-se ao número de pessoas que o entrevistado sustenta, sem contar com ele próprio. Considera-se sustento regular, a satisfação de necessidades básicas como moradia, alimentação, educação e saúde. Inclui os indivíduos que o entrevistado sustenta e também os indivíduos que o entrevistado teria a obrigação de sustentar.

Dependentes: enfatize que estas pessoas devem depender dele regularmente para suporte financeiro, não simplesmente pessoas para as quais o paciente ocasionalmente

dá dinheiro. Não inclua o próprio paciente ou a esposa que se auto-sustenta.

Não inclua dependentes que são normalmente sustentados pelo paciente, mas que, devido a circunstâncias não usuais, não têm recebido ajuda recentemente. Pagamento de pensão e sustento dos filhos são incluídos como indicadores de pessoas que dependem do paciente.

**E36** - Considerar se tem renda compatível para fornecer sustento aos dependentes. Contabilizam-se aqui também os indivíduos que o entrevistado tem a obrigação de sustentar, mas que, eventualmente não sustenta (por motivos financeiros ou outros).

### Álcool ou outras drogas (página 6)

#### Alguns esclarecimentos sobre essa sessão

Se não houve uso de álcool nos últimos 6 meses (isto é, D12 = 0-Sem uso), pule para D20 e pergunte sobre fissuras ou desejos intensos de beber e continue. De forma semelhante, se não houve uso de drogas nos últimos 6 meses (isto, é D38 = 0-Sem uso), pule para D45.

#### Uso de Álcool

**D1** - Considerar como tratamento consultas médicas para tratar o uso de álcool, internações e avaliações, mesmo que não tenham sido transformadas em tratamento. Não considerar a participação em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia na vida, passar para a questão D6. Quando necessário, é preciso esclarecer se o que ele está computando como duas coisas não se refere a um mesmo tratamento.

Não computar o tratamento atual se o sujeito estiver em avaliação.

**D2** - Computar o número de tratamentos que tiveram como objetivo apenas a desintoxicação, não incluindo desintoxicações seguidas de tratamento adicional.

**D3** - Considerar a idade do paciente no início de seu primeiro tratamento para álcool.

**D4** - Computar o número de dias que o paciente participou de programas ambulatoriais e/ou consultas médicas, incluindo avaliações, somente com o objetivo de tratar o uso de álcool e/ou drogas. Não considerar internações e participações em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D5.

**D5** - Codificar o número de dias que o paciente tomou medicação prescrita por médico para tratar o uso de álcool. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D6.

**D6** - Computar o número de dias de participação em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D8.

**D7** - Considerar o tempo contínuo mais longo de participação em reuniões de auto-ajuda, por pelo menos 2 dias na semana, em meses e anos.

**D8** - Computar o número de anos em que o paciente ingeriu álcool por pelo menos 3 dias na semana, excluindo períodos sem álcool. Caso o paciente responda de forma ambígua computar a resposta que indica maior gravidade. Exemplo: se bebeu regularmente durante 5 ou 6 anos, considerar 6 anos. Se a resposta for inexata arredondar para o número mais alto, a não ser que o número de meses seja inferior a 6. Exemplo: se bebeu regularmente durante 10 meses, considerar como 1 ano. Se o período é menor do que 6 meses, não se considera como um ano. Ex: Se o entrevistado bebeu por 4 anos e 3 meses, colocar somente 4 anos. Se não fechar pelo menos 1 ano codifique 00 e passe para a questão D10.

**D9** - Considerar os anos em que o paciente bebeu, regularmente, 5 (se homem) ou 4 (se mulher) drinques, em pelo menos 3 dias da semana. Se não completar pelo menos 1 ano, passar para a questão D11.

**D10** - Codificar “Sim” se o paciente ingeriu mais de 50 drinques por pelo menos 50 dias em sua vida.

**D11** - Considera-se a idade que o paciente bebeu, pela primeira vez, com a intenção de sentir os efeitos do álcool ou pelo menos com a noção de que esses efeitos poderiam ocorrer. Não considerar episódios de ingestão acidental de álcool na infância.

**D12/D38** - Se o entrevistado relata somente 1 semana de uso diário de álcool, faz-se a média para o período de pico de uso em 30 dias nos últimos 6 meses. Se o entrevistado usou diariamente durante uma semana e este foi o máximo que usou durante o período de 6 meses, codificar “2. 1-2 vezes por semana”. Se ele(a) usou uma semana diariamente, mas usou 1-2x/semana por outras 3 semanas durante 30 dias/1 mês, então passa para “3. 3-6 vezes por semana”. Caso tenha usado diariamente por 2 semanas, é codificado como “3. 3-6 vezes por semana”. Se a pessoa disse que usou quase todos os dias, quer dizer, 25 dias, deixando de usar um dia ou outro, talvez por falta de dinheiro, codificar “4-diariamente”.

**D12** - Codificar a categoria que mais se aplica.

**D13** - Computar os dias em que o paciente bebeu qualquer tipo e quantidade de bebida alcoólica. Se nenhum dia, passar para a questão D20.

**D14** - Considerar o último episódio de ingestão de bebida alcoólica.

**D15** - Computar os dias em que o paciente bebeu, pelo menos, 5 (se homem) ou 4 (se mulher) drinques, nos últimos 30 dias.

**D16** - Computar a quantia, em reais, que o paciente gastou em álcool para o uso próprio.

**D17** - Marcar a opção “sim” apenas se o entrevistado apresentou sintomas de abstinência (ansiedade, agitação, perturbação com a claridade ou sons altos, náuseas, vômitos, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial) nos últimos 30 dias. Sintomas de ressaca não são considerados.

**D18** - Codificar “Sim” se apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

**D19** - Codificar “Sim” se apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

#### *Sintomas do Álcool*

##### **Nos últimos 30 dias:**

**D20** - Codificar “Sim” se o entrevistado apresentou, nos últimos 30 dias, “fissuras” (desejo intenso e quase incontrolável de utilizar uma substância, às vezes, acompanhada de sintomas e sinais como salivação, ansiedade ou pensamentos recorrentes em relação à substância) ou desejos intensos de beber. Para “fissura” ou urgência em usar, mesmo que leve, não contam memórias, pensamentos e sonhos, a não ser que sejam problemáticos de alguma forma para o entrevistado – esses elementos podem ou não contar como “fissura”, dependendo do que o cliente quer dizer com pensamentos, memórias, etc.

**D21**- Considerar todos os dias em que entrevistado apresentou quaisquer das dificuldades relacionadas ao álcool, descritas ou não nas questões anteriores, nos últimos 30 dias. Se nenhum dia nos últimos 30 dias, passar para a questão D23. Este item inclui problemas específicos apontados pelos 4 itens precedentes (como por exemplo recaída, controle, conseqüências, “fissura”) ou quaisquer outros problemas/dificuldades que o entrevistado atribua ao álcool.

**D22** - Computar a resposta que mais se aplica ao entrevistado, de acordo com a escala.

**D23** - Considerar o tratamento (atual ou adicional) que, na opinião do entrevistado, é o mais importante. Exemplo, se ele responder que seria “levemente” importante um tratamento adicional, mas que seu tratamento atual é “extremamente” importante, colocar a opção “4” (extremamente).

**D24** - Codificar a categoria que mais se aplica, de acordo com a escala.

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

**MOSTRE OU ENTREGUE A TABELA PARA O PACIENTE**

**D25/D33** - A tabela de uso de drogas deve ser investigada da seguinte forma: “Você alguma vez já experimentou/usou...? Quantos anos você tinha quando experimentou pela primeira vez...? Então você experimentou quando você tinha X anos. Quantos anos você tinha quando usou regularmente pela primeira vez, quer dizer, 3 ou mais vezes por semana?”. O ponto principal deste exemplo é que nós não podemos, como rotina, investigar profundamente o histórico de uso de drogas, seqüenciando cada período de mais ou menos uso ou abstinência (quase como um histórico modificado, com linha de tempo estendida), pois isso tornaria a entrevista muito longa. Deve haver, é claro, investigação suficiente para que se obtenha informação segura e informações adicionais necessárias.

Uso de Substâncias – Categorias Problema

\*\* Nicotina entra na categoria 11 – “Outras Substâncias”

Principal problema

O entrevistador deve determinar a principal droga de abuso baseado nos anos de uso, número de tratamentos, número de **DT**/superdosagem. Se as informações fornecidas não indicarem claramente a droga problema, então pergunte ao paciente qual é a principal substância que pensa ser causadora de maiores problemas. Anote um dos códigos seguintes:

- 01-ÁLCOOL
- 02-MACONHA (CANNABIS)
- 03-SEDATIVOS
- 04-COCAÍNA/CRACK
- 05-ESTIMULANTES
- 06-ALUCINÓGENOS
- 07-HEROÍNA
- 08-METADONA
- 09-OUTROS OPIÓIDES
- 10-INALANTES
- 11-OUTRAS SUBSTÂNCIAS
- 12-NENHUMA

**D34/D36** - Geralmente, aparecem no relato do entrevistado. Pode-se ajudar o entrevistado revisando com ele o que disse previamente. Aqueles que se consideram abusadores de múltiplas substâncias (ou mencionam problemas equivalentes com substâncias) deveriam ser encorajados a enumerá-las. Mais uma vez, pode-se ajudar o entrevistado revisando o que ele já falou.

Rotas de administração

Foi adicionados uma coluna com um código para a via de administração para cada droga citada. O código para a via de administração está listado abaixo da lista de drogas, como segue:

- 1-ingerida (uso oral)
- 2-inalada
- 3-fumada
- 4-injetada (EV e não-EV, ex: intramuscular, intradérmica).

5-outra (que não as listadas de 1 a 4)

6-sem uso (nenhuma via de administração foi usada)

A via de administração usual ou a mais recente deve ser codificada. Nos casos em que duas ou mais vias são utilizadas rotineiramente, a via de maior gravidade deve ser a codificada.

Uso de Drogas - Geral (exceto álcool e tabaco)

**D37** - Os períodos de uso de substância mesmo que não consecutivos de no mínimo 6 meses, devem ser computados como equivalentes há 1 ano. Ex: se o paciente relata ter usado cocaína durante 6 meses e, depois de abstinência, ter utilizado maconha 8 meses, deve-se computar 2 anos como resposta.

Droga de rua (exemplos): cola de sapateiro, loló, benzina, gasolina.

Droga ilegal (exemplos): maconha, cocaína, crack.

**D38** - Se o entrevistado relata somente 1 semana de uso diário de drogas, faz-se a média para o período de pico de uso em 30 dias nos últimos 6 meses. Se o entrevistado usou diariamente durante uma semana e este foi o máximo que usou durante o período de 6 meses, codificar “2. 1-2 vezes por semana”. Se ele(a) usou uma semana diariamente, mas usou 1-2x/semana por outras 3 semanas durante 30 dias/1 mês, então passa para “3. 3-6 vezes por semana”. Caso tenha usado diariamente por 2 semanas, é codificado como “3. 3-6 vezes por semana”. Se a pessoa disse que usou quase todos os dias, quer dizer, 25 dias, deixando de usar um dia ou outro, talvez por falta de dinheiro, codificar “4-diarriamente”. Aqui, o uso de drogas deve ser contabilizado mesmo que sejam drogas diferentes. Ex: Se o paciente usou em uma semana maconha na segunda-feira, loló na quarta-feira e cocaína no sábado, mantendo esse padrão no mês de maior uso, codifique uma frequência de 3 vezes na semana.

Se nenhum dia, passar para a questão D45.

**D39** - Aqui, da mesma forma que em D38, contabiliza-se o uso de drogas mesmo que sejam drogas diferentes.

**D41** - Não deve ser contabilizado troca por sexo, venda de objetos pessoais, trabalho no tráfico de drogas sem envolvimento direto de dinheiro. Se o paciente recebeu dinheiro por esses comportamentos e comprou drogas, contabiliza-se as quantias gastas em drogas. Drogas prescritas não devem ser contabilizadas.

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

**D42** - Marcar a opção “Sim” apenas se o entrevistado apresentou sintomas de abstinência (ansiedade, agitação, perturbação com a claridade ou sons altos, náuseas, vômitos, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial) nos últimos 30 dias. Sintomas de ressaca não são considerados.

**D43** - Esse é um critério subjetivo que se assemelha a um dos critérios de dependência do DSM-IV-TR. Ele é importante para verificarmos o controle do indivíduo diante da droga e o grau de envolvimento do mesmo. Codificar “Sim” se o entrevistado apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

**D44** - Essa questão avalia os prejuízos causados pela substância nas principais áreas da vida. Mesmo que o paciente identifique apenas uma dessas áreas, deve-se codificar “Sim” quando o paciente relata problemas importantes nas áreas referidas. Caso o paciente não tenha a percepção subjetiva de prejuízo mesmo tendo relatado um problema grave em uma das áreas, codifique X e anote a dúvida nos comentários da página.

**D45** - Codificar “Sim” se o paciente apresentou, nos últimos 30 dias, fissuras (desejo intenso e quase incontrolável de utilizar uma substância, às vezes, acompanhada de

sintomas e sinais como salivação, ansiedade ou pensamentos recorrentes em relação à substância). Para “fissura” ou urgência em usar, mesmo que leve, não contam memórias, pensamentos e sonhos, a não ser que sejam problemáticos de alguma forma para o entrevistado – esses elementos podem ou não contar como “fissura”, dependendo do que o cliente quer dizer com pensamentos, memórias, etc.

**D46** - Considerar todos os dias em que o paciente apresentou quaisquer das dificuldades relacionadas às drogas, descritas ou não nas questões anteriores, nos últimos 30 dias. Se nenhum dia nos últimos 30 dias, passar para a questão D48. Este item inclui problemas específicos apontados pelos 4 ítems precedentes (como por exemplo, recaída, controle, conseqüências, “fissura”) ou quaisquer outros problemas/dificuldades que o entrevistado atribua a drogas.

**D47** - Computar a resposta que mais se aplica ao entrevistado, de acordo com a escala.

**D48** - Considerar o tratamento (atual ou adicional) que, na opinião do paciente, é o mais importante. Exemplo, se ele responder que seria “levemente” importante um tratamento adicional, mas que seu tratamento atual é “extremamente” importante, colocar a opção “4” (extremamente).

**D49** - Codificar a categoria que mais se aplica, de acordo com a escala.

**D50** - O período de abstinência considerado é aquele em que não houve uso de nenhuma substância, inclusive álcool, por um período superior a um ano.

Se o código do item D34 foi "12-sem droga problema", digite "N" na questão D50. Se o paciente tem mais de uma droga-problema, então a abstinência será referente a todas as drogas problemáticas.

**D51** - Computar quantos meses e anos se passaram desde o término do período de abstinência total, se este for de no mínimo um ano.

### **INFORMAÇÕES ADICIONAIS À SEÇÃO DE SUBSTÂNCIAS DE USO ABUSIVO**

Primeiro, pergunte ao paciente o número de dias que ele usou álcool ou outras drogas nos últimos 30 dias. Esteja preparado para fazer o paciente lembrar com exemplos (utilizando gírias e nomes populares) de drogas de cada categoria específica.

É importante perguntar todas as questões referentes à história de abuso de substâncias psicoativas, independente do problema presente (por exemplo, um alcoolista pode estar associando drogas com álcool; um usuário de cocaína pode não considerar seu problema com álcool).

Medicações prescritas são consideradas na categoria genérica apropriada. Antagonistas, tais como Antabuse (dissulfiran) e Naltrexone não são registrados na seção de história do abuso de substâncias psicoativas, porém devem ser registrados como comentários na parte inferior da página.

Consulte o Apêndice III para obter a lista de agentes químicos mais comuns listados pelos nomes populares e categoria do ASI. Se o paciente refere uso regular recente e/ou passado de uma substância que não conste da lista, então deve ser registrado na seção de "Comentários".

#### **Álcool para intoxicação**

Não significa necessariamente ficar bêbado. Na realidade, não é aconselhável utilizar a frase "para intoxicação" na formulação da pergunta, uma vez que as interpretações dos pacientes a esta frase variam amplamente. Em seu lugar, pergunte o número de dias em que o paciente sentiu os "efeitos" do álcool; por exemplo, ficou "tonto", "alto" ou "bêbado".

Caso o paciente dê evidências de beber consideravelmente ainda que negue sentir os efeitos do álcool, obtenha uma estimativa da quantidade que o paciente tem bebido (Ele pode estar negando os efeitos ou manifestando tolerância). Nestes casos, como regra geral, o equivalente a 3 ou mais drinques em um encontro ou em um curto período de aproximadamente uma a duas horas pode ser considerado como "álcool para Intoxicação" para o item D2.

#### Cocaína e suas diferentes formas

Cocaína é utilizada de várias formas e estas geralmente têm nomes diferentes. "Crack" ou cocaína em "pedra" é simplesmente a "base pura" (fumável) da cocaína misturada com bicarbonato de sódio. Todas as diferentes apresentações da cocaína (por exemplo, pó de cocaína - aspirado, base pura de cocaína - fumada, pó de cocaína - injetado) devem ser todas consideradas na categoria de cocaína. Caso mais de uma via de administração seja usada, anote a via mais grave (as vias de administração são numeradas em ordem de gravidade).

#### "Uso na vida"

É perguntado para determinar períodos prolongados de uso regular. A "regra geral" para uso regular é uma frequência de 3 ou mais vezes por semana. Porém, enquanto esta é uma regra geral, é verdade que a cocaína, o álcool e até mesmo outras drogas podem ter uso abusivo regularmente e grave em dois dias de uso compulsivo (binge drinking). Portanto, o entrevistador deve procurar evidências de uso regular problemático, geralmente até o nível de intoxicação e até o ponto em que compromete outras atividades normais como o trabalho, estudos ou vida familiar. Aqui, uso problemático geralmente será óbvio e deve ser considerado mesmo sendo menos que 3 vezes por semana.

Caso haja uso substancial, mas irregular de qualquer droga (menos que 3 vezes por semana por um mês ou mais), por favor, anote na parte de "Comentários".

#### Múltiplas substâncias

Em relação aos "últimos 30 dias", pergunte ao paciente em quantos dias ele utilizou mais de uma substância (categorias do ASI) incluindo álcool.

Em relação ao "Uso na Vida", pergunte ao paciente por quanto tempo ele utilizou regularmente (isto é geralmente numa frequência de 3 vezes por semana por um mês ou mais) mais de uma substância por dia, incluindo álcool.

Consideramos que, na grande maioria dos casos de adultos, a duração do uso regular de substâncias psicoativas pode ser aproximada para anos, sem perder a informação. Por exemplo, 6 (seis) meses ou mais de uso problemático ou regular será considerado como um ano; menos de 6 (seis) meses de uso problemático deve ser codificado na seção de comentários, mas não será considerado como 1 (um) ano.

#### Escore

Nas entrevistas de seguimento (follow-up), registre qual a principal droga de uso abusivo que o paciente considere problema. Se, no seguimento, o paciente mantém a opinião de que não tem problemas com álcool ou outras drogas, porém refere a vivência de problemas por álcool ou outras drogas no item D22 ou D47, então esclareça o item D34 perguntando ao paciente se ele considera aquela substância como principal problema atual.

#### Abstinência

Pergunte ao paciente quanto tempo ele foi capaz de manter-se abstinente da principal(s) droga(s) de uso abusivo (item D34). Enfatize que isto é referente à última tentativa (por pelo menos um mês) de abstinência, não necessariamente o período mais longo.

Períodos de hospitalização ou encarceramento não são considerados como períodos de abstinência. No entanto, períodos de abstinência nos quais o paciente recebeu Metadona, Antabuse ou Naltrexone em tratamento ambulatorial são incluídos.

Digite "99" se o número de meses for equivalente a 99 ou mais.

Digite "00" caso o paciente não tenha permanecido abstinente por um mês.

#### Término do período de abstinência

Digite "00" se atualmente o paciente está abstinente. Digite "N" caso o paciente nunca tenha ficado abstinente desde que iniciou o uso.

#### Superdosagem (overdoses- OD) e DT's

Se houver dúvida a respeito de uma superdosagem referida, pergunte o que foi feito com o paciente para reanimá-lo.

Simplesmente deixar o paciente "dormindo até passar o efeito" não constitui superdosagem. Caso o paciente descreva qualquer incidente no qual foi necessária a intervenção de alguém para re acordar, considere isto como superdosagem. A natureza da superdosagem irá diferir de acordo com o tipo de droga usado. Enquanto opiáceos e barbitúricos produzem efeito tipo-coma, superdosagem de anfetaminas frequentemente resulta em psicose tóxica.

Inclua tentativas de suicídio, caso tenham sido feitas por superdosagem da droga (Lembre-se disso na parte Psiquiátrica e esteja certo de verificá-la na parte Clínica para registrar hospitalizações).

#### Definição de delirium tremens (DTs)

DTs ocorrem entre 24 e 48 horas após a última ingestão da substância. Eles consistem de tremores ("tremedeiras") e delirium (desorientação grave com alteração do nível de consciência). Geralmente eles são acompanhados de febre. Algumas vezes, mas não sempre, há alucinações. Os DTs verdadeiros são usualmente tão graves que requerem algum tipo de cuidado médico ou intervenção externa. Iminência de DT quando diagnosticado por um profissional também seria considerado grave o bastante para considerá-lo como DT.

Problemas algumas vezes confundidos com DTs: "as tremedeiras" que ocorrem cerca de 6 horas após a parada de ingestão de álcool e não incluem delirium.

#### Tratamentos

Considere qualquer tipo de tratamento para álcool e outras drogas, incluindo desintoxicações, hospital-dia, internações, aconselhamento ambulatorial, e AA e NA (se 3 ou mais seções) dentro de um período de um ano. Isto não inclui aconselhamento psicológico para abuso de drogas.

Importante: tratamento requer contato pessoal (pelo menos, telefônico) com o programa de tratamento. O fato de um paciente estar "oficialmente envolvido" em um programa não é considerado, caso ele não tenha comparecido a, no mínimo, 3 sessões.

Se o paciente foi tratado por problemas de álcool e outras drogas simultaneamente, considere o tratamento em ambas categorias.

Exclua "Reeducação de Motoristas" por violações de trânsito. Faça as questões

sobre álcool e outras drogas separadamente. No caso de problema duplo, tente obter o número de tratamento em cada categoria.

### Tratamentos de desintoxicação

O propósito de quantificar os tratamentos de desintoxicação é determinar em que extensão o paciente tem buscado por reabilitação duradoura em comparação com uma estabilização mínima ou cuidados para uma crise aguda. Portanto, registre no item D2 o número de tratamentos que foram apenas desintoxicações e não inclua tratamentos de seguimento (follow-up).

### Despesas

Esta é, primariamente, uma medida do ônus financeiro, não a quantia usada. Portanto, anote apenas o dinheiro gasto, não o valor de mercado do que foi usado (por exemplo, traficante que utiliza, porém não compra; "barman" que bebe bastante, mas não compra, etc).

Anote "X" apenas se o paciente não é capaz de fazer uma determinação razoável.

### Dias com problemas

Certifique-se de que você enfatizou que você está interessado no número de dias nos quais o paciente apresentou problemas diretamente relacionados com uso de álcool ou outras drogas (questões D21 e D46). Inclua apenas "craving" por álcool ou outras drogas, sintomas de abstinência, efeitos perturbadores devido à intoxicação por álcool ou outras drogas, ou desejo de parar sem conseguir fazê-lo. Não inclua a incapacidade do paciente em encontrar álcool ou outras drogas como um problema.

### Escore do paciente

Enfatize os últimos 30 dias como o período em análise. Nos itens D23 e D48, o paciente está avaliando a necessidade específica de tratamento para abuso de substância psicoativa, não terapia em geral. Enfatize que você está falando sobre problemas por abuso de substância psicoativa no presente e não avaliando a necessidade de tratamento dos piores problemas por uso de substâncias.

### Riscos para a Saúde

**D52** - Codificar qualquer uso injetável (intramuscular, endovenosa, sub-cutânea, e outras). Se o entrevistado não usou drogas injetáveis nenhuma vez na vida, pule para a questão 54.

**D53** - Se o paciente nunca compartilhou drogas injetáveis codifique "NN NN". Se houve compartilhamento no último mês codifique "00 00".

**D54** - O termo "diferentes", neste item, pode ser confuso ou repetitivo para alguns, ao passo que esclarecedor para outros. Tente garantir que o paciente não perceba isso como diferente de esposa e, portanto, garanta que ele não exclua a esposa como uma das parceiras.

**D55** - Se o paciente, com toda a certeza, não fez o teste HIV, codifique "NN NN". Se ele não está certo sobre se fez o teste HIV, codifique "XX XX". (Tome cuidado com esse item: algumas pessoas confundem testagem de HIV com TB/PPD (para tuberculose) ou hepatite. Não presuma que ele tenha feito o teste HIV por dizer que fez teste de sangue por razões indeterminadas/não lembradas).

### Jogo

**D59** - Entende-se por jogos: Bingo, Loteria, corrida de cavalos, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos ou jogo ilegal de qualquer natureza. São os chamados "jogos de azar".

**D60** - Deve ser contabilizado o número de dias em que o entrevistado se envolveu em um ou mais tipos de jogos.

Legal (página 10)

**L1** - Não será considerado como detenção se o entrevistado não foi até a delegacia, e apenas foi abordado por policiais ou ficou circulando em uma viatura policial.

**L2** - Prisão não significa ser detido em delegacia e sim ir para o presídio. Se a resposta for “Não”, pular para L18.

**L3** - Se houver dúvida quanto à idade, marcar a menor idade mencionada.

**L5** - No Brasil, a palavra condenação é legalmente utilizada para maiores de 18 anos. Nessa questão, considera-se condenação todas as vezes que o entrevistado for recolhido ou enviado a centros de detenção para menores infratores.

**L6** - Computar o tempo total em meses.

**L7-L14** - Se a resposta for “Não” para cada item (por exemplo: L7 “Você já foi preso por porte de drogas?”, resposta: “Não”), codificar “00” para A e passar direto para o próximo item.

### Roubo

Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência física à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência. Não computar Furto (não envolve violência) neste item.

**L15** - Aqui, codifique “00” se dentro do último mês, mesmo que tenha havido a prisão nos últimos 30 dias. Inclui qualquer tipo de crime.

**L16** - Quantificar o número de crimes cometidos que levaram à condenação.

**L17** - Computar o tempo total; se for de meses, codificar “00” para anos e colocar o número de meses.

Aprisionamentos: anote o número total de meses passados na prisão (independente da transgressão ter resultado em condenação), penitenciária, ou centro de detenção durante a vida do paciente a partir dos 18 anos, a menos que o paciente tenha sido detido como adulto enquanto menor de idade. Se o número for equivalente a 100 ou mais, digite "99". Considere como um mês qualquer período de detenção maior que duas semanas.

**L18** - Ler a pergunta e o exemplo. Se a resposta for “Não”, mesmo assim, seguir perguntando L19-L25.

Ordenação para admissão: anote "Sim" se algum membro do sistema de justiça criminal foi responsável pela admissão atual do paciente ou, se, de forma geral, o paciente sofrerá conseqüências legais indesejáveis como resultado de sua recusa ou do

não término do tratamento.

**L19** - Significa estar sendo investigado pela autoridade policial, a fim de apurar a prática ou participação em algum tipo de infração criminal (furto, roubo, tráfico de drogas, etc.). Essa investigação ocorre anteriormente à abertura de um processo.

**L20** - A suspensão do processo ocorre mediante o cumprimento de algumas condições estabelecidas pela justiça, como por exemplo: comparecer em cartório (Fórum) mensalmente para informar endereço e atividade laboral, indenização à vítima, não sair do Estado.

**L21** - Ainda não foi julgado culpado ou inocente. Pode estar aguardando o julgamento preso ou em liberdade.

**L22** - São formas de suspensão da pena que resultou na privação da liberdade do condenado, por um determinado período, desde que ele preencha alguns requisitos.

### Sursis

As condições para o *sursis* são: a) que o condenado não seja reincidente em crime doloso; b) que a culpabilidade, os antecedentes, a conduta social e personalidade do condenado, bem como os motivos e as circunstâncias autorizem a concessão do benefício (*Sursis*).

### Livramento condicional

As condições para o livramento condicional são: a) que o condenado tenha cumprido mais de um terço da pena e não seja reincidente em crime doloso, além de ter bons antecedentes; b) que o condenado tenha cumprido mais da metade da pena se for reincidente em crime doloso; c) que o condenado tenha comportamento satisfatório durante o cumprimento da pena, bom desempenho no trabalho que lhe foi atribuído e aptidão para prover a própria subsistência mediante trabalho honesto; d) que o condenado tenha reparado, salvo efetiva impossibilidade de fazê-lo, o dano causado pela infração; e) que o condenado tenha cumprido mais de dois terços da pena, nos casos de condenação por crime hediondo, prática de tortura, tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, e terrorismo, se não for reincidente específico em crimes dessa natureza.

A violação da condicional não é implica em uma nova condenação.

### **L25 – MOSTRAR A ESCALA DE INTENSIDADE**

Escore do paciente: não inclua nenhum problema civil (por exemplo, processo por custódia, divórcio, etc).

Para o item L25, o paciente é avaliado pela necessidade de ser encaminhado para aconselhamento legal ou defesa contra transgressões criminais.

**L26-L30** - Ler todos os itens (inclusive os exemplos abaixo) perguntando nos últimos 6 meses e nos últimos 30 dias. Se a resposta para os últimos 6 meses for “Não”, codifica-se “000” para A e passa-se direto para o próximo item.

**L28f** - Significa ter falsificado moeda, títulos, papéis públicos, documentos, como: a) ter falsificado selo ou sinal público; b) ter falsificado documento público ou particular; c) ter omitido ou inserido declaração falsa em documento público (falsidade ideológica); d) ter feito falso reconhecimento de firma (assinatura); e) ter atestado ou

certificado falsamente (até mesmo atestado médico falso); f) ter usado documento falso. Também ter atribuído a si ou a terceira identidade falsa e possuir ou comercializar algum aparelho utilizado para falsificação.

**L28g** - Significa ter praticado ato de má-fé como: contrabando, clandestinidade, fraudar um concurso, etc.

**L28h** – Significa ter destruído bens que, por sua importância tradicional, pela antigüidade ou pela beleza, merecem respeito.

**L30** - Mencionar que não entram aqui posse de droga ou uso pessoal, bem como dirigir sob influência de álcool e/ou outras drogas.

**L31** - Mais uma vez, não incluir dirigir sob efeito de álcool e/ou outras drogas, bem como uso de droga e posse.

**L32** - A pergunta deve ser feita para os últimos 6 meses e, em caso afirmativo, para os últimos 30 dias.

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A ÁREA LEGAL

### Liberdade vigiada/ Liberdade condicional

Pode ser de alguma ajuda para estimar a duração e grau de liberdade condicional separadamente.

### Transgressões oficiais

Este é um registro do número e tipos de oportunidades de prisão com transgressões oficiais (não necessariamente condenações) acumuladas pelo paciente ao longo de sua vida.

Certifique-se para incluir o número total de oportunidades e não só de detenções. Estes incluem somente penas formais, não períodos em que o paciente foi apenas detido ou interrogado.

Inclua detenções que tenham ocorrido durante o serviço militar, mas não inclua aquelas que não possuam equivalência na vida civil (por exemplo, insubordinação), porém anote-as na seção de "Comentários".

### Condenações

Lembre-se que condenações incluem multas, liberdade vigiada, sentenças suspensas e sentenças que requerem aprisionamento. Condenações também incluem petições de culpa. Transgressões por violação de liberdade vigiada e/ou condicional são automaticamente consideradas como condenações.

### Transgressões

Nesta categoria podem incluir aquelas que se relacionam genericamente à perturbação da ordem pública sem o cometimento de um crime em particular.

### Transgressões de trânsito

São transgressões de movimentação (alta velocidade, direção imprudente, abandonar cena de acidente, etc). Este não inclui violação de veículos, infrações de registro, estacionamento proibido, etc.

#### Duração da detenção

Anote "N" caso o paciente nunca tenha sido encarcerado.

#### Detenção

Inclua estar detido; por exemplo, detido, mas liberado no mesmo dia.

#### Atividades ilegais recentes com fins lucrativos

Anote o número de dias que o paciente se envolveu em crimes para lucro.

Não considere posse simples de drogas ou uso de drogas. Entretanto, inclua tráfico de drogas, prostituição, roubos, venda de objetos roubados, etc.

### **Família/Social** (página 11)

Apesar dos problemas familiares e sociais dos usuários de substâncias psicoativas estarem entre as partes mais importantes de qualquer avaliação clínica, não há um método satisfatório (incluindo o ASI) para capturar os aspectos mais importantes das relações familiares e sociais do paciente. Nos últimos anos, entretanto, tem sido feito um trabalho substancial nesta área e três aspectos importantes da vida familiar e social têm mostrado um papel importante na determinação do tipo de tratamento a ser oferecido e na predição de resposta ao tratamento de acompanhamento.

A seção de Relacionamentos Familiares e Sociais avalia os relacionamentos de forma quantitativa e qualitativa. O ASI6 contém uma série de questões que examinam o histórico do paciente com relação à sua capacidade de estabelecer relacionamentos. Deve estar claro que o ASI nunca foi desenhado para fornecer diagnósticos psiquiátricos. Entretanto, as informações do ASI sobre tipos de drogas utilizadas, histórico de emprego e crimes e padrões de relacionamentos dos pacientes usuários de drogas pode ser útil, clinicamente, para pessoal treinado a empregá-las na realização de diagnósticos do distúrbio de personalidade anti-social, e, talvez, em outros diagnósticos.

#### Abuso físico, emocional e sexual.

A secção Familiar/Social revisada agora contém questões sobre episódios passados e presentes de qualquer tipo de abuso ou trauma que o entrevistado possa ter sofrido ao longo da vida. Problemas de abuso são muito prevalentes em uma população usuária de substâncias psicoativas (independente do sexo ou idade dos pacientes) e, se eles forem efetivamente abordados como parte do tratamento, podem se tornar importantes determinantes dos resultados.

**F1** - Se o cliente tem esposa/parceira (G12 é casado ou está vivendo como casado), F1 é codificado 1- Sim (mesmo que o cliente declare/reclame não ser um parceiro romântico/sexual). A questão básica é a de que, se está vivendo com uma esposa/parceira, não pode ser considerado como separado (o que, no mínimo, significaria um tipo de separação geográfica). Essa questão pode se relacionar com a H11 (quem morou junto com o cliente); se o cliente morou com esposa/parceira, então F1 também é codificada 1-Sim.

Se o cliente está brigado com a esposa/parceira nos últimos 30 dias, porém teve algum contato com a esposa/parceira com intuito de retomar a relação, F1 é codificado 1-Sim. F3A a F9A podem ser codificadas 1-Sim ou 0-Não, o que dependerá da história

relatada pelo sujeito. Vale perguntar para o cliente se ele considera a relação com a outra pessoa como um relacionamento amoroso.

### **INSTRUÇÕES GERAIS PARA O "QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTOS"**

**F3-F9** - É particularmente importante para o entrevistador fazer uso criterioso das respostas "N" e "X" nestas questões.

Em geral, uma resposta "Sim" deve ser registrada para qualquer categoria onde pelo menos um membro da categoria familiar preenche os critérios. Por exemplo, se o paciente tem dois irmãos e tem apresentado sérios problemas com um deles e tem desenvolvido um relacionamento afetivo, íntimo com o outro, então ambos os itens F5B e F6B são codificados como "Sim". Em contraste, uma resposta "Não" deve ser considerada apenas se todos os familiares da categoria em questão não preenchem os critérios.

Um "N" deve ser registrado para todas as categorias em que não há familiares para a categoria. Entretanto, é possível que um paciente tenha apresentado problemas sérios com o pai no passado, mas, devido à morte deste, não apresentou problemas no último mês. O código correto, neste caso, seria "sim" no período de vida e "N" nos últimos 30 dias.

Um "X" deve ser usado em qualquer situação em que o paciente simplesmente não consiga recordar ou não tenha certeza, por qualquer razão. Em geral, é preferível utilizar um "X" do que registrar uma informação possivelmente inapropriada.

Importante: uma simples resposta afirmativa não é adequada para estas questões e alguma investigação será necessária para determinar, especificamente, se houve habilidade para sentir a proximidade e responsabilidade mútua pelo relacionamento. O paciente apresenta um senso de valorização da pessoa (dentro do simples benefício próprio)? O paciente está desejando trabalhar para reter/manter estes relacionamentos?

**F2** - Amigos íntimos: enfatize que você se refere a íntimo no sentido de próximo, "verdadeiro". Não inclua membros da família ou namorado (a), que é considerado como sendo membro da família/esposo(a).

**F3** - Passar tempo com: esta resposta é, geralmente, fácil de interpretar. Familiares próximos e afastados, assim como aqueles com parentesco pela lei, são incluídos na "Família" para todos os itens que se referem à "Família".

"Amigo" pode ser considerado qualquer pessoa próxima ao paciente que não membro da família, e os problemas relacionados devem ser considerados como "Sociais".

Escore Geral: Alguns pacientes podem considerar um(a) namorado(a) com o qual eles têm tido um longo relacionamento, como um "membro da família". Nestes casos, essas pessoas podem ser consideradas como membros da família.

**F6** - No item F6 (A, B e C), caso o paciente não tenha tido contato com a pessoa nos últimos 30 dias, deve ser registrado "N". Como indicado acima, "N" também deve ser registrado nas categorias em que não são aplicáveis, por exemplo, no caso do paciente

não ter irmãos.

**F7** - Esclareça o que quer dizer discussão no item F7. Explique que conflitos requerem contatos (mesmo que telefônicos) e enfatize que você está falando sobre conflitos sérios (por exemplo, sérias discussões, agressão verbal), não simplesmente de diferenças de opiniões rotineiras. Estes conflitos devem ser de tal magnitude que prejudiquem o relacionamento do paciente com a pessoa envolvida.

**F8** - Uso de substância psicoativa no ambiente familiar: os itens F8 (A, B e C) avaliam se o paciente retornará ou não para uma situação de vida livre de álcool e outras drogas. Esta questão é vista como uma medida da integridade e do suporte do ambiente familiar e não se refere à vizinhança na qual o paciente reside. O ambiente familiar em questão é aquele no qual o paciente reside no momento (no caso da maioria dos serviços ambulatoriais de tratamento) ou o ambiente para o qual o paciente espera retornar após o tratamento.

**F13** – Satisfação: uma resposta de "satisfação" em F13 deve indicar que o paciente, de uma forma geral, gosta da situação, e não que ele esteja meramente conformado com ela.

**F14/F15** - Problemas de relacionamento: os itens F14 e F15 referem-se a problemas sérios, de duração e intensidade suficientes para prejudicar o relacionamento. Estes problemas incluem má comunicação extrema, completa falta de confiança ou entendimento, inimizade, discussões crônicas.

Score geral: nesta secção, mais do que em qualquer outra, há dificuldades em determinar se o problema do relacionamento é conseqüente a problemas intrínsecos ou de efeitos de álcool e outras drogas. De forma geral, deve ser perguntado ao paciente se ele acredita ou não que "o problema com álcool ou outras drogas estava ausente", caso exista algum problema de relacionamento. Esta é, geralmente, uma questão que requer algumas perguntas extras, porém o intuito destes itens é avaliar os problemas de relacionamento herdados mais do que a extensão da influência de álcool ou outras drogas nos relacionamentos.

Escores do paciente: estes se referem a qualquer insatisfação, conflito ou outro problema de relacionamento relatados na seção Familiar/Social.

Não inclua a necessidade do paciente em buscar tratamento para problemas sociais como solidão, inabilidade de socialização, e insatisfação com amigos.

Não inclua problemas que seriam eliminados se o problema de abuso que o paciente apresenta não existisse.

Para o item F15, tenha certeza de que o paciente está ciente de que ele não está avaliando se sua família concorda ou não em participar, mas sim, quanto ele necessita de aconselhamento para os problemas familiares, em qualquer forma.

F17 – A resposta é válida para o sujeito sem estar sob efeito de substância.

F19 – qualquer tipo de envolvimento religioso, conta como “religião”. Ex Santo Daime.

### Trauma/Abuso

**F23-37** - Estes itens foram acrescentados para acessar quais os aspectos da vida familiar precoce que podem ser importantes para estes pacientes (perguntas sobre período de vida) e para avaliar perigos no ambiente recente e, possivelmente, futuro (respostas sobre os últimos 30 dias). É importante fazer estas perguntas de modo a confortar o paciente, enfatizando a confidencialidade das informações e as oportunidades para o

paciente abordá-las nas sessões subseqüentes de tratamento com o profissional adequado.

Abuso emocional será codificado, geralmente, de acordo com o relato do paciente e é entendido que será difícil julgar se o abuso "real" relatado (ou a falta dele) seria assim considerado, ou não, por outra pessoa. Nenhuma tentativa deve ser feita neste sentido, uma vez que a intenção aqui é registrar o julgamento do paciente.

Abuso físico deve seguir as mesmas instruções gerais do abuso emocional. Cabe lembrar que simples palmadas ou outras punições não devem ser consideradas como abuso, a menos que tenham sido (ao ver do paciente) exageradas e desnecessárias.

Abuso sexual não se restringe à relação sexual, devendo ser considerado como tal quando o paciente referir qualquer tipo de abordagem de natureza sexual não desejada.

De modo geral, não conte duas vezes um incidente/evento traumático. Pode haver exceções, mas essa é a regra geral. No entanto, se o paciente sofreu abuso sexual e abuso físico pelo mesmo autor, mas foram incidentes/eventos diferentes, ambos devem ser codificados. Para F35, traumas como ter visto cadáveres (por exemplo, um atendente da emergência, ou veterano de guerra que tenha feito identificação de corpos) também contam mesmo que o cliente não tenha corrido risco de vida.

**F38 e F39** – Relembre ao paciente quais são os eventos a que se refere esta seção: qualquer tipo de abuso que tenha sofrido, inclusive sexual e traumas (situações de risco de vida que o entrevistado tenha enfrentado de crime violento na posição da própria vítima ou numa posição passiva de assistir alguém sendo vítima de um crime violento).

#### Filhos ou qualquer criança vivendo com o cliente

**F41** - Codifique a idade atual. Não arredonde para cima: se um filho tem < 1 ano, codifique 00 para idade.

Os enteados não adotados legalmente não são considerados como filhos.

**F43** - Os filhos podem estar sob a guarda de parentes por determinação judicial. Isso conta aqui neste item.

**Nota após F44/F45** - O tema chave é: sem crianças nos últimos 30 dias. Nenhum dos itens precisa ser codificado 00, porque pode realmente ser que F44 deva ser pulado/00 e F45 é 00. Incluir qualquer parente menor de 18 anos, inclusive irmãos.

**F46/F47** - Estes são itens contingentes. Se não houver problemas (F46), então pode não haver necessidade de assistência profissional (F47). Não existe um padrão de pulo, então os dois itens podem servir para conferência mútua. Exemplo: se F46 é 00, então fale de outro jeito e pergunte F47 – se F47 recebe uma resposta diferente de 0-Não, então esclareça ambos F46/47. Se houver contradição nas respostas do cliente, esclareça o caso.

**F47** - Relembre o cliente sobre quais os problemas a que se refere esta questão: afastamento de filhos, ou de qualquer outra criança, por decisão judicial, processo de guarda da criança, problemas de saúde, de comportamento ou de aprendizado de algum filho ou de alguma criança que tenha morado com o sujeito, etc.

#### Psiquiátrico (página 13)

Esta seção tem o objetivo de identificar sintomas de alguma doença psiquiátrica grave que o cliente possa ter por um período de tempo significativo (pelo menos 2 semanas). Os problemas psicológicos/psiquiátricos relatados se referem aos transtornos mentais descritos pelo DSM-IV-TR: transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência; esquizofrenia e outros transtornos psicóticos;

transtornos do humor, transtornos de ansiedade; transtornos alimentares; transtornos do controle dos impulsos; etc.

**P2** – Medicação: deve ter sido prescrita por um médico para um problema emocional ou psiquiátrico. Registre “Sim” caso tenha sido prescrita medicação, mesmo que o paciente não tenha tomado.

**P4/P5** - Atendimento psiquiátrico inclui avaliações, atendimento individual/terapia de grupo/sessões de aconselhamento, bem como monitorização de medicação psiquiátrica, etc. O foco deve ser o problema psicológico.

**P8** - Este item não deve ser considerado como um problema emocional ou psicológico para os itens P18-P21. Se for preciso, o cliente pode ser informado disso. A nota após o item 17 deve ser lida exatamente como se encontra: “Se todas P9-P17 são 0-Não, isto é, sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pular para P21”.

**P8/P17** - Estas questões podem ser perguntadas como se encontram. Para muitas perguntas (P9, P10, P13, P14) as palavras entre parênteses são para a duração de uma vida toda (coluna A). No caso de P9 e P10, a questão pode ser lida como está escrita, incluindo as palavras em parênteses para a duração da vida toda. Para os últimos 30 dias, excluir as palavras entre parênteses e falar “em qualquer período”.

Também para P8-17, se o cliente responder “Sim”, a menos que o cliente responda oferecendo informações suficientes, isto deve ser seguido de algo tipo “Você se sentiu desse jeito somente quando estava ”alto” ou numa recaída, ou em outros momentos também?”. Codificar apropriadamente, com base nas informações ou na investigação.

**P9/P17** – Refere-se aos dias em que o cliente experimentou problemas psiquiátricos.

**P9** - Depressão: sugerida por tristeza, desesperança, perda significativa de interesse falta de energia, dificuldade com funções diárias, culpa, "crises de choro", entre outros sintomas característicos da síndrome depressiva.

**P10** - Ansiedade: sugerida por tensão, nervosismo, incapacidade de relaxar, preocupado sem razão ou com trivialidades, entre outros.

**P11** – Delírios: pensamentos que não condizem com a realidade, como ter certeza de que o estão perseguindo, sem nenhum dado concreto. Alucinações: explicar ao paciente o que são alucinações. Por exemplo, perguntar se o paciente viu coisas ou ouviu vozes que não estavam lá ou que outras pessoas não viram ou ouviram.

**P12** - Problemas cognitivos: sugeridos por séria dificuldade em se concentrar, lembrar e/ou compreender.

**P13** - Dificuldade de controle (ou perda de controle): raiva ou violência.

**P14** - As ameaças a outrem, a partir de um determinado ponto, podem configurar violência física, contando aqui neste item. Se o respondente ameaçou alguém com uma arma, isto deve ser codificado aqui e L-29- “ameaçou ou agrediu” e L-29d devem ser codificados devidamente (se o período se encaixa). Ameaças que envolvem intimidação física devem ser contadas em ambos os itens. Por exemplo: bloquear a saída de um local e gritar com alguém; perseguir alguém para machucá-lo.

Ameaças meramente verbais, até uma certa intensidade, devem ser codificadas no L29c, mas não devem ser codificadas no P14 (e podem acabar sendo codificadas no P13).

**P15** - Pensamentos suicidas: períodos em que o paciente considerou seriamente um plano para tirar sua vida.

**P16** - Tentativas de suicídio: incluem atitudes ou tentativas suicidas discretas.

Importante: pergunte ao paciente se ele/ela tem considerado suicídio recentemente. Se a resposta a essa questão é "Sim", e/ou o paciente dá a impressão distinta de estar deprimido e que o suicídio talvez se torne uma possibilidade, notifique um membro da equipe de tratamento a respeito desta situação assim que possível.

**P20/P21** - Escores do paciente: faça com que o paciente dê escore para a gravidade daqueles problemas nos últimos 30 dias. No item P21, certifique-se de que o paciente compreenda que você não necessariamente quer dizer transferência para uma enfermaria psiquiátrica, ou medicação psicotrópica.

## **INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A SEÇÃO PSIQUIÁTRICA**

### TRATAMENTOS

Aqui se inclui qualquer tipo de tratamento para qualquer tipo de problema psiquiátrico. Isto não inclui aconselhamento para abuso de substâncias, emprego ou familiar. A unidade de medida é um episódio de tratamento (geralmente uma série mais ou menos contínua de visitas ou dias de tratamento), não o número de visitas ou dias de tratamento em si.

Se o paciente está ciente de seu diagnóstico, registre isto na seção de comentários.

### Pensão

Pensões para problemas físicos do sistema nervoso (p.ex., epilepsia, etc) devem ser contados no item M18 na Seção Médica, não aqui.

### Sintomas psiquiátricos

Os itens considerados ao longo da vida, P8 C a P17C se referem a sintomas psiquiátricos graves por um período de tempo significativo (pelo menos 2 semanas). Portanto, os itens referentes à depressão, ansiedade e concentração (itens P9, P10 e P12) estão avaliando períodos de transtorno significativos, não simplesmente um dia.

Certifique-se de que o paciente entenda que está se querendo que ele consiga diferenciar se estes sintomas ocorreram apenas em momentos em que estava sob efeitos diretos do álcool, outras drogas ou abstinência (código 2) ou também fora destas circunstâncias (1). Tem sido nossa experiência que o paciente quase sempre conseguirá diferenciar um período sustentado de problemas emocionais de um efeito induzido por droga ou álcool. Conseqüentemente, em situações em que existem dúvidas, o paciente deve ser questionado direta e geralmente sobre sua percepção dos sintomas ou problemas.

Geralmente, relatos de tentativas recentes de suicídio ou pensamentos devem chamar a atenção do supervisor da equipe de tratamento assim que possível, mesmo que isto viole as normas comuns de confidencialidade.

Importante: compreenda que os "últimos 30 Dias" e os intervalos "Ao Longo da Vida" são desenhados para serem considerados separadamente. Os últimos 30 dias fornecerão informações sobre problemas recentes enquanto ao longo da vida indicará problemas ou uma história de problemas anterior aos últimos 30 dias.

É recomendado que o entrevistador pergunte a questão ao longo da vida para cada par, primeiro. Por exemplo, "Você já teve um período significativo em sua vida, vamos dizer, aproximadamente duas semanas ou mais, em que você tenha experimentado depressão grave?" Independentemente da resposta, o entrevistador deve perguntar sobre

os últimos 30 dias. Por exemplo: "E mais recentemente? Você experimentou depressão severa nos últimos 30 dias?".

## **ASSUNTOS VARIADOS QUE APARECEM NAS SEÇÕES**

### **Unidade de atendimento para tratamento de comorbidades psiquiátricas**

Não devemos contar duas vezes. Uma unidade que trate tanto os transtornos por uso de substâncias conta como um tratamento de abuso de substância. As sessões psiquiátricas de uma unidade que trate ambas as doenças não contam como sessões psiquiátricas ambulatoriais no ASI6. No entanto, medicação psiquiátrica prescrita em uma unidade desse tipo conta como medicação psiquiátrica. Desta forma, mesmo que pareça contraditório, um cliente pode ter recebido medicação psiquiátrica, tendo uma idade de primeiro tratamento psiquiátrico, apesar dos itens de internação psiquiátrica e de consultas psiquiátricas ambulatoriais serem codificados 0.

### **Medicação para dormir**

A menos que prescrito rotineiramente para recaída, é codificado como medicação psiquiátrica. Remédios para dormir são prescritos freqüentemente na internação (médica, psiquiátrica ou de álcool e outras drogas) e, algumas vezes, para recaídas em tratamento de álcool e outras drogas. Quando prescritos para recaída, os remédios para dormir podem ser codificados em medicação para álcool e outras drogas. Caso prescritos rotineiramente, mas não para recaída ou sintomas psiquiátricos (como ansiedade, depressão), devem ser contados na seção psiquiátrica.

### **Consultas ambulatoriais (médicas, para álcool e outras drogas, psiquiátricas)**

Regra geral – se há visitas, sessões ou consultas para problemas médicos, de álcool e outras drogas, ou problemas psiquiátricos em um paciente internado ou detento, estes serviços não são contados como consultas de atendimento ambulatorial. Por exemplo, visitas a um médico na prisão não contam como consultas ambulatoriais nos últimos 6 meses/30 dias. Um outro exemplo: visitas psiquiátricas de um interno da unidade de álcool e outras drogas não contam como visitas/sessões psiquiátricas durante a vida toda/nos últimos 6 meses/nos últimos 30 dias. Uma outra situação é a da pessoa que recebe tratamento para álcool e outras drogas enquanto presa (às vezes, tem unidade separada de tratamento de álcool e outras drogas dentro da própria prisão). Este tipo de tratamento conta como episódio de tratamento na seção de álcool e outras drogas. Se esse tratamento é recente, quer dizer, nos últimos 6 meses, aparece zero dias de internação ou consultas ambulatoriais de álcool e outras drogas, porque isso é computado como dias na prisão (apesar de grupos de auto-ajuda serem codificados).

## **CHECAGEM DOS ERROS DE PREENCHIMENTO E INCONSISTÊNCIAS DO ASI:**

O ASI funciona melhor quando checado regularmente para maior precisão, consistência e completude. A pessoa encarregada de checar o ASI deve ter tido experiência prévia como entrevistador, estando familiarizado com as relações entre os itens dentro de uma mesma seção e através de diferentes seções.

O ideal é que as entrevistas sejam checadas o mais breve possível após seu término, para que a memória do entrevistador esteja fresca para solucionar dúvidas. O máximo de tempo para checagem deve ser de uma semana.

Em primeiro lugar, deve-se verificar se o instrumento está completamente preenchido e sem erros de codificação; em segundo, se há consistência entre os itens que se relacionam. Inconsistências aparentes devem ter sido registradas na forma de comentários pelo entrevistador, sob pena de ser considerado incompleto o instrumento, caso isso não tenha sido feito. As alterações de informações devem ser feitas sempre consultando o entrevistador.

Aquele que estiver fazendo a checagem, ao encontrar questões inconsistentes, deve contatar o entrevistador. Caso este último não se lembre da situação, este deve contatar o paciente para esclarecê-la. Se o entrevistador não conseguir fazer contato com o paciente, o responsável pela checagem deve anular as questões inconsistentes.

### **ITENS PARA CHECAGEM CRUZADA DA ACURÁCIA DA ENTREVISTA**

1. O estado conjugal referido em G12 deve se manter o mesmo ao longo de todo o instrumento. Se o paciente é casado ou vive como casado, deve aparecer em H (Habitação/Moradia) que vive com parceira. Em E (Emprego/Sustento), isso pode constar como ajuda no sustento; em F1 (Família/Social) também deve ser relatado relacionamento amoroso nos últimos 30 dias.

2. Em H, dependendo de com quem o paciente morou nos últimos 30 dias (filhos, outras crianças), isso deve aparecer em F. Se o paciente conta na página 1, na seção de Moradia que esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias, certifique-se de que esta informação está refletida na área apropriada do ASI (p.ex., se o paciente esteve na prisão, isto estaria refletido na seção Legal; se no hospital - na seção Médica, etc.).

3. Se o paciente relata em H que esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias, certifique-se de que esta informação está descrita na área apropriada do ASI (p.ex., se o paciente esteve na prisão, isto estaria descrito na seção Legal; se no hospital - na seção Médica, etc.).

4. Se em H foi reportado que o paciente esteve em ambiente controlado no último mês e, no entanto, há registro de que usou diariamente álcool ou outras drogas, verificar se isso está correto e, em caso afirmativo, registrar isso na forma de comentário. Vale lembrar que mesmo em ambientes controlados é possível que ocorra o uso de álcool ou outras drogas. O número de dias que o paciente esteve em ambiente controlado deve ser levado em conta através de toda a entrevista. Por exemplo, se o paciente passou 10 dias na prisão nos últimos 30 dias, deve haver 20 dias de abuso de substância nos últimos 30 dias, exceto se o paciente usou drogas durante seu encarceramento. Se o tempo de uso de substância englobar o tempo de estadia em ambiente controlado, investigar isso com o paciente e, se isso estiver correto, registrar como comentário.

5. Se o paciente conta na seção Médica que recebe uma pensão, certifique-se de que você anotou a quantidade de dinheiro que ele ganha por mês na seção Emprego/Sustento (item E25). O paciente pode ter complicações médicas que, se existentes, devem aparecer em M.

6. O paciente relatou problemas médicos nos últimos 30 dias e diz não estar incomodado com esses problemas ou achando que precisa tratá-los. Verificar com o paciente se é assim mesmo e, em caso afirmativo, registrar comentário.

7. O paciente não referiu problemas clínicos nos últimos 30 dias, mas disse estar incomodado com a saúde ou precisando de tratamento médico. Verificar isso, voltando a M20 (quantos dias apresentou problemas clínicos) e investigando quantos dias pode ter se sentido de fato incomodado com problemas de saúde. Se a resposta do paciente permanecer a mesma, escrever comentário.
8. O item referente a quantas vezes o paciente foi hospitalizado pode oferecer informações sobre: a) problemas médicos crônicos; b) overdoses; c) acidentes de carro (que podem aparecer em L – dirigir intoxicado); d) abuso de substâncias (dor no peito devido ao uso de cocaína, danos aos órgãos causados pelo uso de álcool, problema no pulmão acarretado pelo cigarro); e) incapacidade que tenha resultado em pensão (deveria constar na área médica e em emprego/sustento); f) comportamento violento (deveria constar na área legal – agressões, conduta desordeira; na área família/social – problemas de relacionamento; na área psiquiátrica – ansiedade, comportamento violento).
9. Cheque a idade do paciente, contra o número de anos que ele/ela vem usando álcool ou outras drogas regularmente, e contra o número de anos que ele/ela esteve preso. Compare o total de anos de uso regular de substâncias relatadas (itens D8 e D37) e o número total de anos de prisão (itens L6 e L17) para ver se o paciente tem idade suficiente para ter usado as substâncias pelo tempo relatado. Se isto parece improvável, uma pergunta adicional pode ser: "Você usou álcool ou outra droga regularmente enquanto esteve encarcerado?".
10. O paciente não acha que o álcool é um problema para o qual precisa de tratamento. No entanto, consumiu álcool 15 dias no último mês. Revisar isso com ele e se mantiver a posição negativa, anotar comentário.
11. O tempo de uso de álcool e outras drogas não pode conflitar com o tempo de abstinência.
12. Se o paciente consumiu álcool ou outras drogas, mas não gastou dinheiro com esses itens, conferir com ele. Caso isso seja verdade, escrever comentário.
13. Se o paciente teve problemas com álcool nos últimos 30 dias e não está incomodado com esses problemas, ou não reconhece a necessidade de tratamento, conferir isso com ele. Se for mesmo o caso, escrever comentário.
14. O paciente relatou não ter tido problemas com álcool nos últimos 30 dias, mas diz estar incomodado com problemas com álcool ou precisar de tratamento para esses problemas. Volte ao D21 e pergunte novamente o número de dias que se sentiu incomodado com problemas com álcool.
15. Informações sobre rota de administração das substâncias deveriam resultar em registros na área médica como HIV, hepatite, problemas nasais, complicações respiratórias.
16. Se um paciente conta que gastou muito dinheiro com álcool ou outras drogas (seção Álcool e outras Drogas, item D16), verifique a seção Emprego/Sustento (itens E18 , E20 e E25 a E30) para ver se o paciente relatou renda suficiente para cobrir o valor gasto. Se a renda do paciente for menor do que o gasto com álcool ou outras drogas, verificar se houve atividades ilegais para posteriormente codificar na área legal e registrar isso na forma de comentário.
17. Às vezes, pacientes informarão na seção Álcool e outras Drogas (item D1) sobre uma overdose que necessitou de hospitalização, que eles esqueceram de contar na seção Médica. Volte e esclareça os itens M25 e M26 na seção Médica.
18. Períodos de abstinência podem fornecer informações importantes sobre tratamentos de álcool ou outras drogas ou psiquiátricos.

19. O paciente diz em L21 estar aguardando sentença ou julgamento. A infração que ocasionou tal situação tem que constar na listagem L7-L14.
20. As infrações cometidas podem aparecer na seção família/social como problemas de relacionamento e na área psiquiátrica como comportamento violento.
21. Se o paciente admite se engajar em atividades ilegais por lucro na seção Legal verifique a seção Emprego/Sustento (item E29) para certificar-se de que você anotou a quantidade de dinheiro que ele ganhou ilegalmente no mês passado. Se a atividade ilegal não resultou em renda, isso deve aparecer na forma de comentários.
22. Às vezes, um paciente admitirá estar vivendo atualmente com alguém na seção Familiar/Social, entretanto pode não ter informado sobre isto na seção Emprego/Sustento. Algumas perguntas que você pode querer fazer são: "Esta pessoa trabalha?", "Esta pessoa ajuda a pagar as contas?" (itens E28, E30 e E31). Se o paciente de fato lhe conta sua situação de vida atual, na seção Familiar/Social (item F1), cheque também se essa informação se correlaciona com o item G12.
23. O paciente teve conflitos familiares nos últimos 30 dias, mas não se sente incomodado ou reconhecendo precisar de tratamento para esses problemas. Verificar isso com ele e, se for assim mesmo, redigir um comentário.
24. O paciente nunca foi tratado para problemas psiquiátricos e, no entanto, tem medicação psiquiátrica prescrita. Verificar se está correto.
25. O paciente nunca foi tratado para problemas psiquiátricos, mas já tentou suicídio. É possível que tenha passado por um tratamento após essa tentativa de suicídio. Revisar isso com o paciente.
26. Se o paciente conta a respeito de uma pensão psiquiátrica na seção Psiquiátrica (item P7), cheque a seção Emprego/Sustento (item E25A) para se certificar de que você anotou a quantidade de dinheiro recebido no mês passado pela doença.
27. O paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias em P18, mas aparecem anteriormente problemas psiquiátricos de P8 a P17. Revise isso com o paciente.
28. O paciente teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, mas não está incomodado com esses problemas e não acha que precisa de tratamento. Revisar isso com ele e, se a contradição persistir, anotar comentário.
29. O paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, mas afirmou sentir-se incomodado com problemas psiquiátricos ou precisar de tratamento. Revisar isso, voltando ao P18.
30. O paciente tem comportamento violento em P13 e P14. Isso deveria constar em L (Legal) na forma de ameaças ou agressões, ou em F (Família/Social), como conflitos com outras pessoas.
31. Se o paciente teve medicação psiquiátrica prescrita em P (Psiquiátrica) e abusa desta medicação, isso deve constar em D (álcool ou outras drogas).

Importante: **\*\*Cheque se a entrevista completa faz sentido.\*\***

## **ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO (FOLLOW-UP) – AINDA EM DEFINIÇÃO**

Diferem das avaliações iniciais de muitas maneiras:

1. Somente uma parte dos itens é aplicada e usada.
2. Conseqüentemente, as entrevistas de follow-up são mais breves, duram de 15 a 20

minutos.

3. Você pode obter boa informação fazendo os seguimentos até mesmo por telefone.
4. Somente os itens circundados são usados na entrevista de follow-up.
5. Itens com asteriscos precisam ser refeitos para registrar dados cumulativos desde a época da última entrevista.
6. Questões ao longo da vida não são perguntadas nos itens 1 -13 da D/A, itens 11 - 19 da F/S, ou itens 3 - 10 da seção psiquiátrica.
7. Como alcançar altas taxas de seguimento:

A - Informe o paciente na entrevista inicial que a avaliação de follow-up será realizada x meses mais tarde.

B - Anote nomes, endereços e números de telefone de mais de um membro familiar e/ou amigos. Certifique-se de que são endereços e números diferentes. Cheque estes números e endereços imediatamente, enquanto o paciente está em tratamento.

C - Colete informações sobre outras pessoas com as quais o paciente está envolvido, como Oficial de Condicional, outras Agências de Tratamento, etc.

D - Garanta confidencialidade - um número de telefone não revelado para o paciente chamar quando você deixar mensagens para ele. Além disso, faça o paciente saber que as referências não serão questionadas em relação ao estado do paciente, mas somente serão usadas para localizá-lo.

E - Tenha registros detalhados de todas as tentativas de follow-up, inclusive horários tentados e os resultados. Isto ajuda a reduzir perda de tentativas e ajuda a ampliar esforços.

F - Também é possível enviar uma carta não reveladora, mas personalizada, afirmando horários nos quais o paciente possa contatá-lo ou para que ele possa enviar informações de quando você pode contatá-lo. **Obs:** Certifique-se de que as pessoas que realizam os seguimento não estejam envolvidas no tratamento do paciente.

(1-56)

#### Referências Bibliográficas

- (1) Alterman AI, Brown LS, Zaballero A, McKay JR. Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look. *Drug Alcohol Depend* 1994 Feb;34(3):201-9.
- (2) Alterman AI, McDermott PA, Cook TG, Cacciola JS, McKay JR, McLellan AT, et al. Generalizability of the clinical dimensions of the Addiction Severity Index to nonopioid-dependent patients. *Psychol Addict Behav* 2000 Sep;14(3):287-94.
- (3) Alterman AI, Mulvaney FD, Cacciola JS, Cnaan A, McDermott PA, Brown LS, Jr. The validity of the interviewer severity ratings in groups of ASI interviewers with varying training. *Addiction* 2001 Sep;96(9):1297-305.
- (4) Alterman AI, Bovasso GB, Cacciola JS, McDermott PA. A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. *Psychol Addict Behav* 2001 Jun;15(2):159-62.

- (5) Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins DJ. Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *J Nerv Ment Dis* 1997 Mar;185(3):159-65.
- (6) Argeriou M, McCarty D, Mulvey K, Daley M. Use of the Addiction Severity Index with homeless substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1994 Jul;11(4):359-65.
- (7) Brown LS, Jr., Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, Zaballero AR. Addiction Severity Index scores of four racial/ethnic and gender groups of methadone maintenance patients. *J Subst Abuse* 1993;5(3):269-79.
- (8) Brown TG, Seraganian P, Shields N. Subjective appraisal of problem severity and the ASI: secondary data or second opinion? *Addiction Severity Index. J Psychoactive Drugs* 1999 Oct;31(4):445-9.
- (9) Cacciola JS, Alterman AI, Fureman I, Parikh GA, Rutherford MJ. The use of case vignettes for Addiction Severity Index training. *J Subst Abuse Treat* 1997 Sep;14(5):439-43.
- (10) Cacciola JS, Alterman AI, O'Brien CP, McLellan AT. The Addiction Severity Index in clinical efficacy trials of medications for cocaine dependence. *NIDA Res Monogr* 1997;175:182-91.
- (11) Cacciola JS, Alterman AI, McLellan AT, Lin YT, Lynch KG. Initial evidence for the reliability and validity of a "Lite" version of the Addiction Severity Index. *Drug Alcohol Depend* 2006 Oct 10.
- (12) Calsyn DA, Saxon AJ, Bush KR, Howell DN, Baer JS, Sloan KL, et al. The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug Alcohol Depend* 2004 Nov 11;76(2):165-71.
- (13) Campbell WG. Evaluation of a residential program using the Addiction Severity Index and stages of change. *J Addict Dis* 1997;16(2):27-39.
- (14) Carise D, McLellan AT, Cacciola J, Love M, Cook T, Bovasso G, et al. Suggested specifications for a standardized Addiction Severity Index database. *J Subst Abuse Treat* 2001 Apr;20(3):239-44.
- (15) Currie SR, El-Guebaly N, Coulson R, Hodgins D, Mansley C. Factor validation of the addiction severity index scale structure in persons with concurrent disorders. *Psychol Assess* 2004 Sep;16(3):326-9.
- (16) Daeppen JB, Burnand B, Schnyder C, Bonjour M, Pecoud A, Yersin B. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 1996 Nov;57(6):585-90.
- (17) DeJong CA, Willems JC, Schippers GM, Hendriks VM. The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch alcoholic population. *Int J Addict* 1995 Apr;30(5):605-16.

- (18) Esquivel LES, Corrales KA. Adaptación y validez del índice de gravedad de la adicción en un grupo de población costarricense. *Bol of Sanit Panam* 1989;107(6):561-7.
- (19) Fureman I, McLellan AT, Alterman A. Training for and maintaining interviewer consistency with the ASI. *J Subst Abuse Treat* 1994 May;11(3):233-7.
- (20) Gerevich J, Bacskai E, Ko J, Rozsa S. Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology* 2005 Nov;38(6):301-9.
- (21) Grissom GR, Bragg A. Addiction Severity Index: experience in the field. *Int J Addict* 1991 Jan;26(1):55-64.
- (22) Hendriks VM, Kaplan CD, van LJ, Geerlings P. The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treat* 1989;6(2):133-41.
- (23) Hodgins DC, El-Guebaly N. More data on the Addiction Severity Index. Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis* 1992 Mar;180(3):197-201.
- (24) Joyner LM, Wright JD, Devine JA. Reliability and validity of the addiction severity index among homeless substance misusers. *Subst Use Misuse* 1996 May;31(6):729-51.
- (25) Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 1983 Oct;171(10):606-10.
- (26) Krenz S, Dieckmann S, Favrat B, Spagnoli J, Leutwyler J, Schnyder C, et al. French version of the addiction severity index (5th Edition): validity and reliability among Swiss opiate-dependent patients. French validation of the Addiction Severity Index. *Eur Addict Res* 2004;10(4):173-9.
- (27) Langeland W, van den BW, Draijer N, Hartgers C. Sensitivity of the Addiction Severity Index physical and sexual assault items: preliminary findings on gender differences. *Eur Addict Res* 2001 Dec;7(4):193-7.
- (28) Langeland W, Draijer N, van den BW. Assessment of lifetime physical and sexual abuse in treated alcoholics. Validity of the Addiction Severity Index. *Addict Behav* 2003 Jul;28(5):871-81.
- (29) Leonhard C, Mulvey K, Gastfriend DR, Schwartz M. The Addiction Severity Index: a field study of internal consistency and validity. *J Subst Abuse Treat* 2000 Mar;18(2):129-35.
- (30) Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict* 1991 Aug;86(8):1017-28.
- (31) Makela K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction* 2004 Apr;99(4):398-410.

- (32) Makela K. Commentaries on Mäkelä. 2004.  
Ref Type: Personal Communication
- (33) Martin C, Grabot D, Auriacombe M, Brisseau S, Daulouede JP, Tignol J. [Descriptive studies of the use of the Addiction Severity Index in France]. *Encephale* 1996 Sep;22(5):359-63.
- (34) McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980 Jan;168(1):26-33.
- (35) McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Barr HL, Evans F. The addiction severity index in three different populations. *NIDA Res Monogr* 1984;55:217-23.
- (36) McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, et al. New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985 Jul;173(7):412-23.
- (37) McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1992;9(3):199-213.
- (38) McLellan AT. Addiction Severity Index. In: Hersen M, Belack AS, editors. *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: Pergamon; 1988.
- (39) Najavits LM, Weiss RD, Reif S, Gastfriend DR, Siqueland L, Barber JP, et al. The Addiction Severity Index as a screen for trauma and posttraumatic stress disorder. *J Stud Alcohol* 1998 Jan;59(1):56-62.
- (40) Petry NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 2003 Jun;191(6):399-407.
- (41) Reelick NF, Wierdsma AI. The Addiction Severity Index as a predictor of the use of mental health care. *Psychol Addict Behav* 2006 Jun;20(2):214-8.
- (42) Rikoon SH, Cacciola JS, Carise D, Alterman AI, McLellan AT. Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *J Subst Abuse Treat* 2006 Jul;31(1):17-24.
- (43) Rogalski CJ. Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample. *Int J Addict* 1987 Oct;22(10):981-92.
- (44) Rogalski CJ. The Addiction Severity Index: predicting relationship to a hospital and a professional. *Int J Addict* 1990 Feb;25(2):179-93.
- (45) Rosen CS, Henson BR, Finney JW, Moos RH. Consistency of self-administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores. *Addiction* 2000 Mar;95(3):419-25.

- (46) Sandi Esquivel LE, Avila CK. Validity of the Addiction Severity Index (adapted version) in a Costa Rican population group. *Bull Pan Am Health Organ* 1990;24(1):70-6.
- (47) Scheurich A, Muller MJ, Wetzel H, Angheliescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J Stud Alcohol* 2000 Nov;61(6):916-9.
- (48) Senoo E, Ogai Y, Haraguchi A, Kondo A, Ishibashi Y, Umeno M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2006 Aug;41(4):368-79.
- (49) Spear SE, Brown AH, Rawson RA. "Painting a picture of the client": implementing the Addiction Severity Index in community treatment programs. *J Subst Abuse Treat* 2005 Dec;29(4):277-82.
- (50) Stoffelmayr BE, Mavis BE, Kasim RM. The longitudinal stability of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1994 Jul;11(4):373-8.
- (51) Thomas MA, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The addiction severity index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 2006 Mar;15(2):113-24.
- (52) Tremeau F, Darreys A, Khidichian F, Weibel H, Kempf M, Greth P, et al. [The impact of substitution treatment by methadone among opiate-dependent subjects evaluated by Addiction Severity Index and by urine tests]. *Encephale* 2002 Sep;28(5 Pt 1):448-53.
- (53) Weisner C, McLellan AT, Hunkeler EM. Addiction severity index data from general membership and treatment samples of HMO members. One case of norming the ASI. *J Subst Abuse Treat* 2000 Sep;19(2):103-9.
- (54) Wertz JS, Cleaveland BL, Stephens RS. Problems in the application of the Addiction Severity Index (ASI) in rural substance abuse services. *J Subst Abuse* 1995;7(2):175-88.
- (55) Zanis DA, McLellan AT, Cnaan RA, Randall M. Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *J Subst Abuse Treat* 1994 Nov;11(6):541-8.
- (56) Zanis DA, McLellan AT, Corse S. Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? *Community Ment Health J* 1997 Jun;33(3):213-27.