



Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Faculdade de Medicina de Juiz de Fora – FAME-JF



# **DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE DROGAS EM TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS EM JUIZ DE FORA - MG**

Alice Contini Bonani

Amanda Mota Fernandes

Ana Carolina Fernandes Reis

André Naoshi Akamini

Oriana Pereira Vila Verde

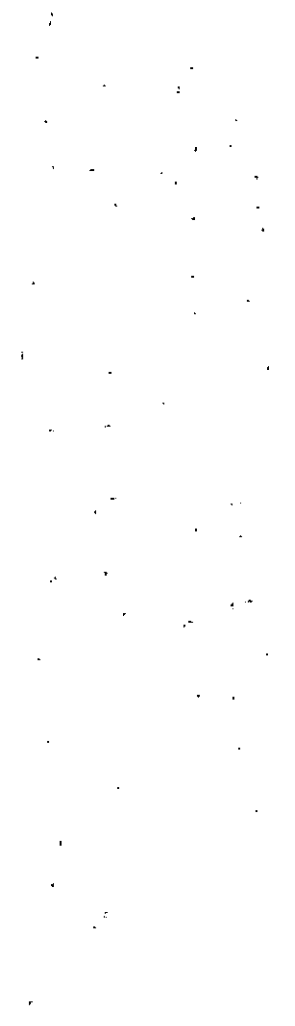
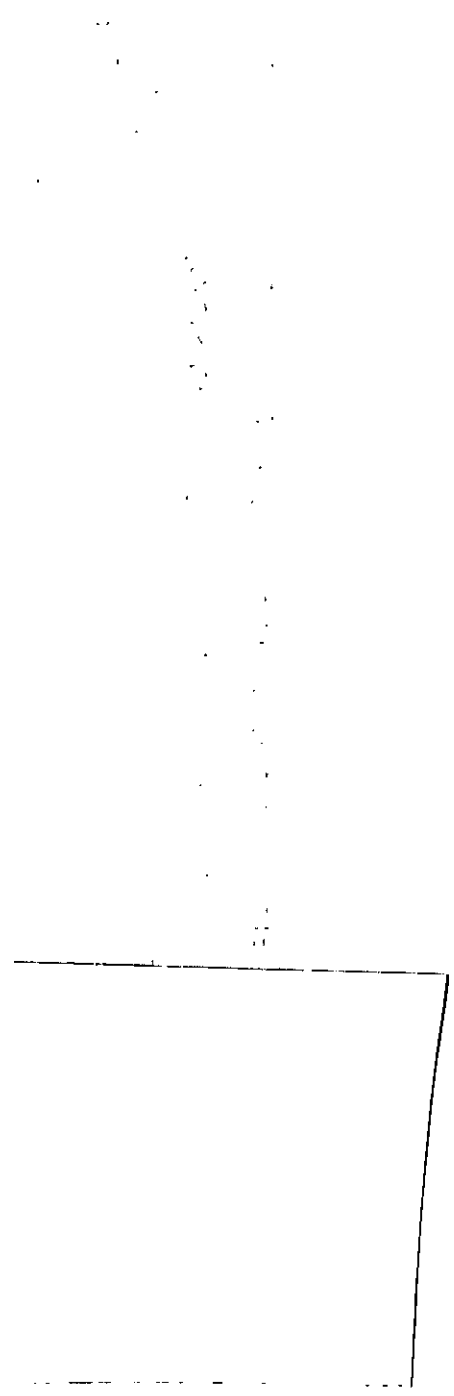
Roberto Nardi Silva Barbosa

Sarah Nascimento Cardoso

Shara Cristina dos Santos

Simone Chaves Rodrigues Magalhães

Juiz de Fora - MG  
Setembro de 2013



**Depressão em Usuários de Drogas em Tratamento no  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em  
Juiz de Fora - MG**

Alice Contini Bonani

Amanda Mota Fernandes

Ana Carolina Fernandes Reis

André Naoshi Akamini

Oriana Pereira Vila Verde

Roberto Nardi Silva Barbosa

Sarah Nascimento Cardoso

Shara Cristina dos Santos

Simone Chaves Rodrigues Magalhães

**Orientador:** Prof. Dr. José Eduardo Moreira Amorim

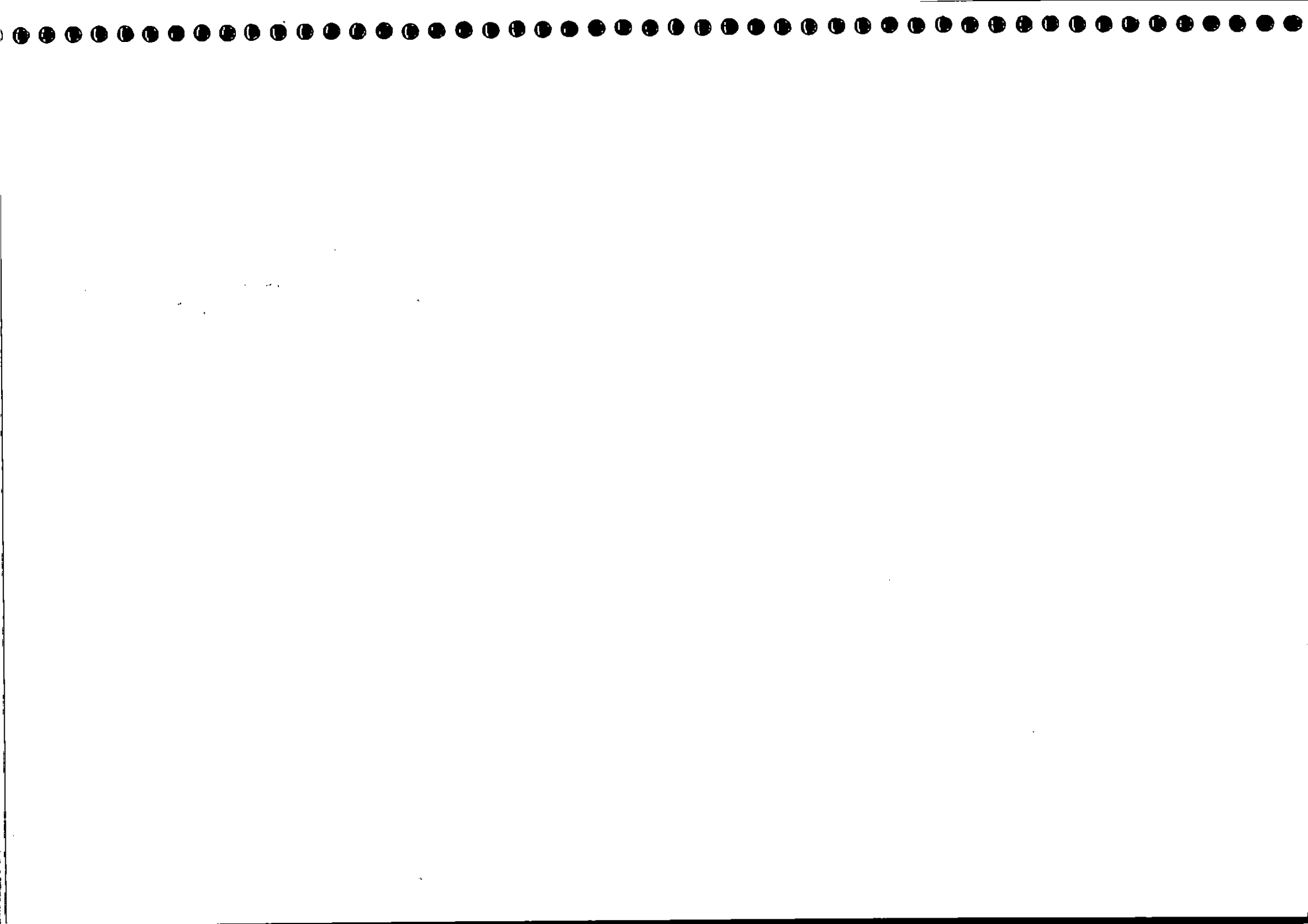
**Co-Orientador:** Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome

Profa. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo

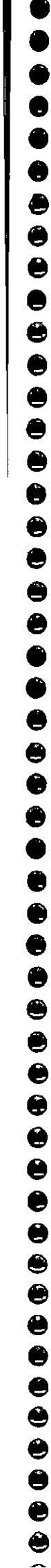
Trabalho apresentado à disciplina de Saúde Coletiva,  
à Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, da  
Universidade Presidente Antônio Carlos

Juiz de Fora - MG

Setembro de 2013



Dedicamos esse trabalho a Deus, pelo conforto espiritual nos momentos de ansiedade e incertezas. Aos nosso pais por acreditar e transmitir amor quando mais precisamos.



*"Não sabendo que era impossível, foi lá e fez".*

*Jean Cocteau*



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos inicialmente a Deus por nos capacitar e renovar nossas forças.

Aos nossos pais e familiares, pela compreensão e incentivo.

Ao nosso orientador Dr. José Eduardo Moreira Amorim, pela simpatia, confiança e por intermediar nosso acesso aos campos de pesquisa.

Em especial, aos nossos co-orientadores Nathália Barbosa do Espírito Santo e Dr. Guillermo Patrício Ortega Jácome, pela paciência, atenção e apoio.

A todos os professores e funcionários da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora – MG pelo apoio ao projeto de monografia.

Aos nossos colegas pela caminhada conjunta e amizade.

Ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Juiz de Fora pela disponibilidade e receptividade na realização da nossa pesquisa.

Finalmente, agradecemos a cada um dos entrevistados que se dispuseram a responder nossas perguntas e partilhar conosco um pouco de suas histórias tão essenciais à elaboração desse trabalho.



**SUMÁRIO**

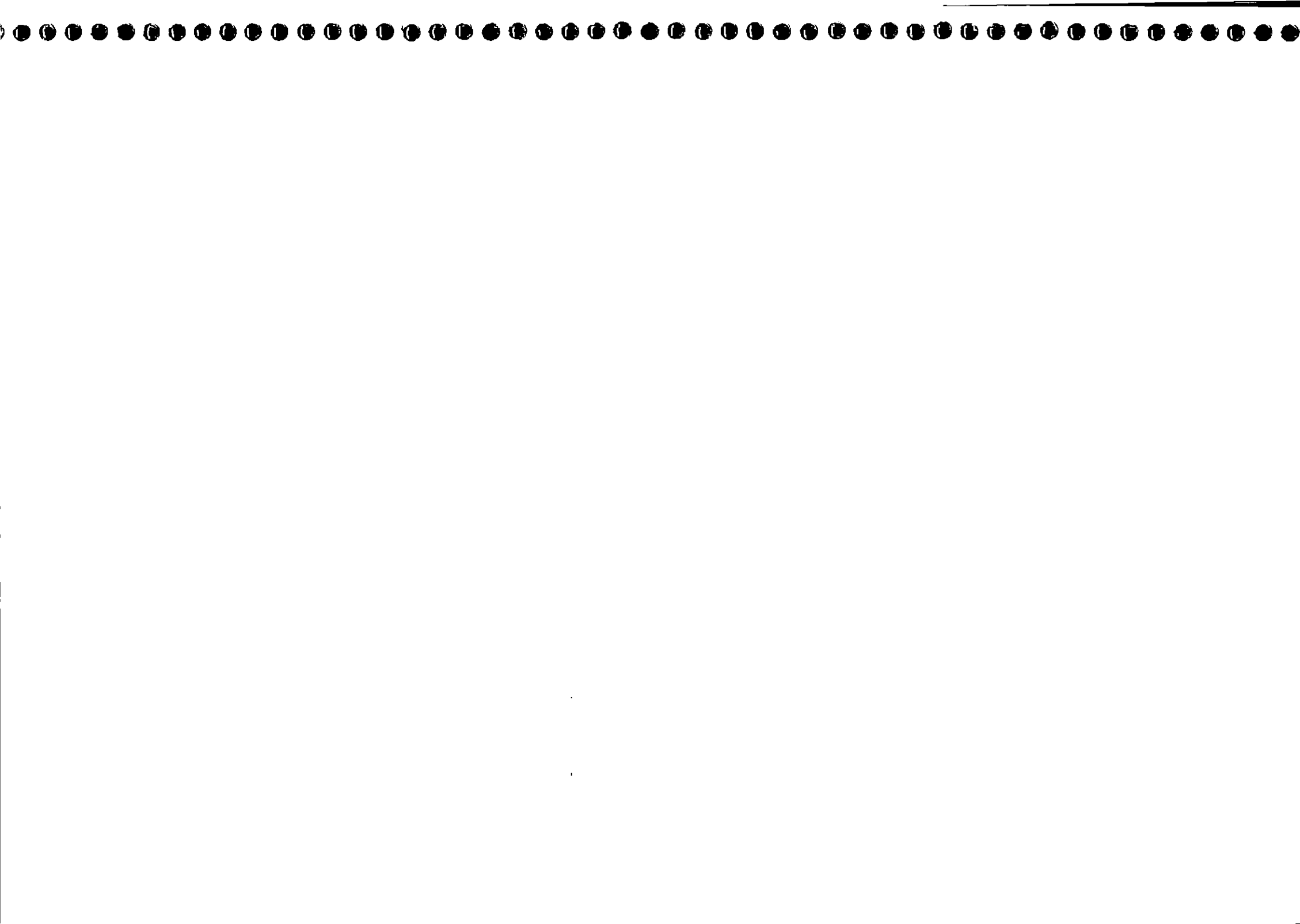
|                                                                                        |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Dedicatória.....                                                                       | iii  |
| Agradecimentos.....                                                                    | iv   |
| Sumário.....                                                                           | vi   |
| Resumo.....                                                                            | vii  |
| Abstract.....                                                                          | viii |
| 1- INTRODUÇÃO.....                                                                     | 01   |
| 1.1 Consumo de Álcool.....                                                             | 01   |
| 1.2 Consumo de Tabaco.....                                                             | 04   |
| 1.3 Consumo de Maconha.....                                                            | 05   |
| 1.4 Consumo de Cocaína.....                                                            | 07   |
| 1.5 Consumo de Crack.....                                                              | 08   |
| 1.6 Consumo de Heroína.....                                                            | 09   |
| 2- JUSTIFICATIVA.....                                                                  | 11   |
| 3- OBJETIVOS.....                                                                      | 11   |
| 3.1 Geral.....                                                                         | 11   |
| 3.2 Específicos.....                                                                   | 12   |
| 4- METODOLOGIA.....                                                                    | 12   |
| 5- RESULTADOS.....                                                                     | 14   |
| 6- DISCUSSÃO.....                                                                      | 21   |
| 7- CONCLUSÃO.....                                                                      | 27   |
| 8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                                     | 29   |
| 9- ANEXOS.....                                                                         | 33   |
| 9.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                         |      |
| 9.2 Questionário Socioeconômico                                                        |      |
| 9.3 Questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement<br>Screening Test (ASSIST) |      |
| 9.4 Inventário de Depressão de Beck                                                    |      |
| 9.5 Carta de Autorização do CAPS AD                                                    |      |
| 9.6 Carta de Autorização do CEP                                                        |      |
| 9.7 Lista de Abreviaturas                                                              |      |
| 9.8 Lista de Tabelas                                                                   |      |



## RESUMO

A utilização de drogas é uma prática realizada há muitos anos pela civilização mundial, com diferentes intenções. Estudos comprovam que entre as drogas lícitas, há uma maior prevalência no consumo de álcool e tabaco, e entre as drogas ilícitas a maconha é a mais utilizada. Essas substâncias psicoativas podem alterar o desenvolvimento das funções cerebrais e estar associadas à depressão. Tais drogas podem levar o indivíduo à criminalidade gerando grave problema de saúde pública, causando impacto individual e social. O objetivo do presente trabalho é verificar a prevalência de depressão nos usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na cidade de Juiz de Fora-MG, abordando o uso de substâncias psicoativas e sua relação como causa de depressão, além de testar a sensibilidade do instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) através da realização de um estudo transversal no CAPS AD durante o período de novembro de 2012 a abril de 2013. Serão aplicados os questionários socioeconômico, ASSIST e Inventário de Depressão de Beck. O questionário socioeconômico geral inclui itens que se relacionam com droga consumida, como frequência, tipo, quantidade e o motivo que leva ao seu uso. O ASSIST contém oito questões de triagem do envolvimento com substâncias psicoativas que abordam frequência de uso na vida e nos últimos três meses e problemas relacionados ao uso. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total para cada droga pode variar de 0 a 33. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e necessidade de intervenção breve e maior que 16 sugere dependência, sendo que escores maiores que 27 demandam intervenção intensiva. A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck é destinado para avaliar severidade dos episódios depressivos em pacientes acima de 13 anos de idade através de um questionário de auto-relato com 21 itens como tristeza, sensação de fracasso e de culpa, idéias suicidas, entre outros, pontuados de 0 a 3. Conforme o Center of Cognitive Therapy, escore abaixo de 10 refere ausência de depressão ou depressão leve; entre 10 e 18, depressão leve a moderada; de 19 a 29, depressão moderada a grave; e acima de 30 depressão grave. Os pacientes que participarão da pesquisa deverão assinar um termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente, e quaisquer dúvidas, acerca do projeto em questão, deverão ser esclarecidas. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão mantidas em sigilo e os dados só serão divulgados em conjunto, de acordo com o preconizado na Resolução CNS 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

**Palavras-chave:** ASSIST, Beck, depressão, drogas.



## ABSTRACT

Drugs utilizations have been practice for many years by the world civilization, with different intentions. Studies about licit drugs shows that alcohol and tobacco are the most used, between the illicit, weed is the most common. These psicoatives substances can change cerebral functions development and may be associated to depression. Although drugs can take the user into criminality, causing an important public health trouble, individual and social impacts. The objective of this work is verify the prevalence of depression on the drug users at the Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPS AD) at the city of Juiz de Fora – MG, view the psicoative substance use and its relation as depression cause, and also test the sensibility of the instrument Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) with a transverse study at the CAPS ad between November 2012 and April 2013. We used a socioeconomic quest, ASSIST and Beck's depression inventory. Assists contents eight questions for substance involvement trial, about frequencies, life use, and last three months of use. Each answer have a score, the total for a drug can be between 0 to 37, we consider scores from 0 to 3 as no interventions, 4 to 26 slight intervention, and scores higher than 27 need intensive intervention. The scores for alcohol are bit different, 0 to 10 no intervention, 11 to 26 slight, and higher scores intensive intervention. Beck's inventory is used to view the depression severity in patients older than 13 years with an auto-relate inventory with 21 questions about sadness, lost sensations, suicidal ideas and other, pointed for 0 to 3. The Center of Cognitive Therapy refers that scores lower than 10 means no depression or light depression, between 10 to 18, soft to moderate, and from 19 to 29 refers to moderate or hard depression, and higher than 30 hard depression. The patients have sign a consent term, and any questions about the project of the research was clearly explained. All the data obtained about this research will keep secret and the results will be shown in group, as the preconizes in Resolution CNS 196/96, about human research.

**Key-words:** ASSIST, Beck, depression, drugs.



## 1-INTRODUÇÃO

A utilização de drogas é uma prática realizada há muitos anos pela civilização mundial, com diferentes intenções, sendo empregada em rituais de diversas culturas (UNODC, 2007; Marques; Cruz, 2000).

Entre as drogas lícitas, observa-se maior prevalência no consumo do álcool e tabaco respectivamente e, entre as drogas ilícitas a maconha é a mais utilizada (Tavares et al., 2001). No Brasil no período de 2001 a 2005 houve um aumento do uso da cocaína e do crack (Carlini et al., 2005).

As substâncias psicoativas alteram o desenvolvimento das funções cerebrais, como a atenção, sensopercepção, processamento do pensamento normal, memória, sentimentos, coordenação motora e nível intelectual. No cérebro, seus efeitos envolvem no mínimo seis sistemas neurotransmissores (dopamina, serotonina, acetilcolina, glutamato, GABA e diversos peptídeos) e seis áreas cerebrais (sistema mesolímbico, núcleo pálido ventral, hipocampo, hipotálamo, amígdala e núcleo pêndulo-pontino-tegmental (Carlini et al., 2001).

Vieira e colaboradores constataram, em estudo realizado no sul do Brasil em 2008, a associação entre tristeza, solidão, insônia, qualidade do sono e ideação suicida com possíveis sintomas de depressão relacionados ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Nota-se então uma forte relação do uso dessas substâncias com a depressão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1993), depressão corresponde a um período contínuo e prolongado de humor deprimido e perda de interesse e prazer em quase tudo, podendo ser decorrente de fatores sociais, familiares ou desencadeados por substâncias psicoativas.

### 1.1 Consumo de Álcool

Dados históricos mostram que o consumo de álcool pelo ser humano teve início aproximadamente 6000 anos a.C, sendo, portanto, um costume antigo que é praticado até hoje. Segundo a mitologia, o mesmo era visto como



uma substância divina, podendo ser um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber, ao longo do tempo (CEBRID, 2003).

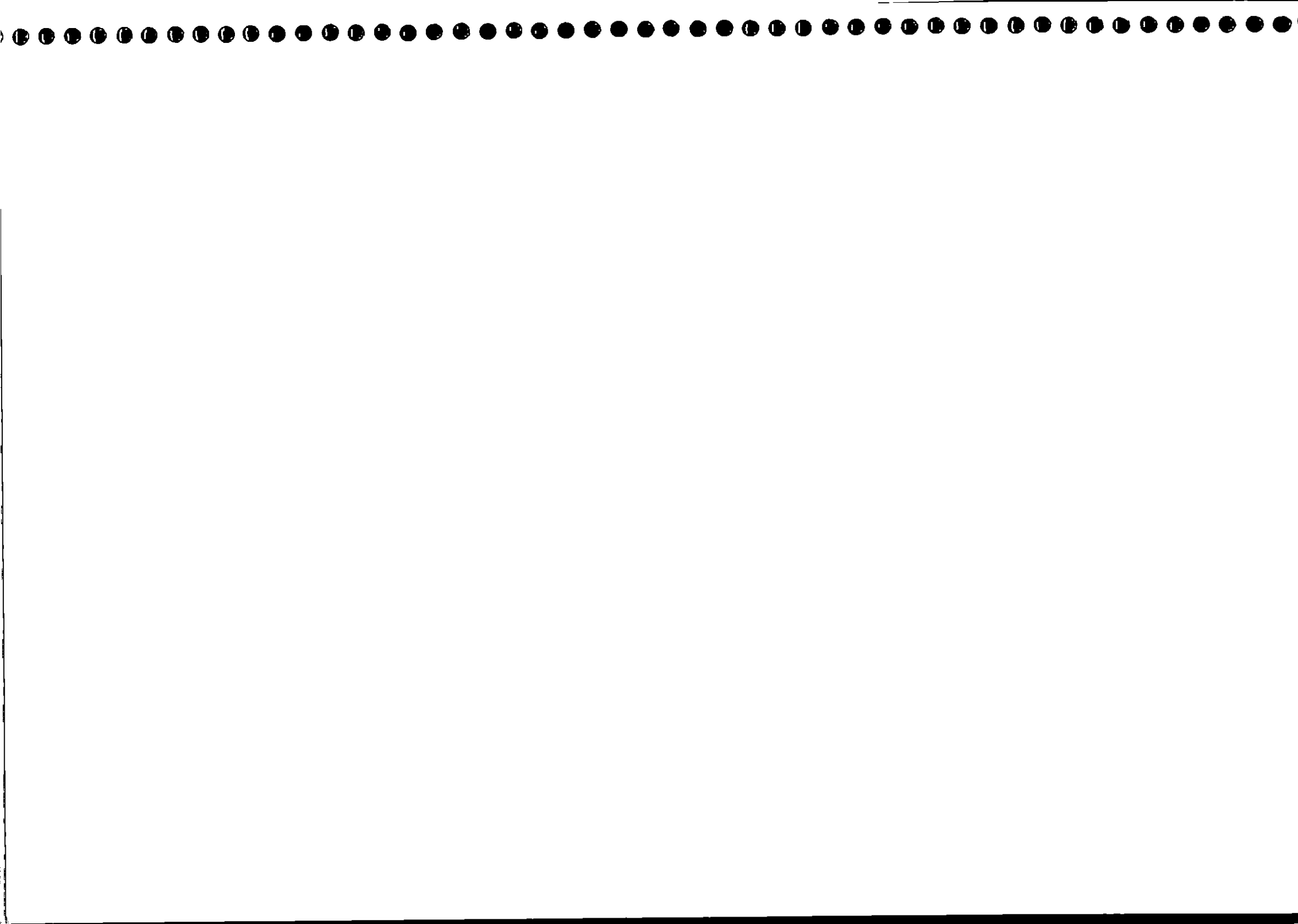
A produção do álcool ocorre através da fermentação alcoólica, um processo biológico em que açúcares como a glicose, frutose e sacarose são convertidos em energia celular com produção de etanol e dióxido de carbono. Por ser realizado sem a presença de oxigênio é considerado um processo anaeróbico (CISA, 2012).

De acordo com a OMS, o alcoolismo é caracterizado como doença crônica onde há o consumo compulsivo da droga. A mesma torna o usuário progressivamente tolerante à intoxicação produzida por ela desencadeando sintomas de abstinência, quando é retirada (Schmidt et al., 2010).

A neuroadaptação e as alterações químicas causadas pelo consumo crônico da droga são responsáveis por sua dependência, cuja evolução ocorre de forma diferente em cada pessoa conforme as características físicas, emocionais, psicológicas, grau de tolerância ao álcool e tipo de bebida ingerida (Schmidt et al., 2010; Zaleski et al., 2004).

O etanol é depressor do Sistema Nervoso Central (SNC) e afeta diversos neurotransmissores no cérebro. Entre eles, o mais relevante é o gama-aminobutírico (GABA), que apresenta efeito inibitório no SNC comprometendo áreas responsáveis pelo movimento, memória, julgamento e respiração. Outro neurotransmissor afetado é o glutamato, que tem um efeito excitatório no SNC, desencadeando alteração na ação sináptica no cérebro e reduzindo a neurotransmissão glutaminérgica excitatória no hipocampo, causando comprometimento da memória e possibilidade de crises convulsivas (CISA, 2012).

Quanto aos efeitos sistêmicos, os mais encontrados são: anorexia, instabilidade, tontura, náuseas, vômitos, emagrecimento, febre e dores abdominais, entre outros (Bellé et al., 2007).



Em média cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica dependente. A proporção para o sexo feminino é de 10:1 (Carlini et al., 2005).

Conforme os números do DATASUS publicados em 2009, no Brasil 18,9% da população fazia uso abusivo de álcool, sendo pessoas com idade entre 18 e 24 anos os principais consumidores com 23% dos seus representantes usando álcool excessivamente. Comprovou-se também que homens consomem mais que as mulheres, 28,8% e 10,4%, respectivamente, padrões semelhantes aos encontrados por Carlini e colaboradores (2005).

Segundo os dados regionais do DATASUS (2009), os nordestinos são os maiores consumidores de bebidas alcoólicas com 21,8% de seus representantes fazendo uso excessivo, seguidos pela região Norte e Centro-oeste, onde 19,4% da população consome álcool. Na região Sudeste o consumo é de 17,5%, e a região Sul possui os índices mais baixos tendo como consumidores 15,5% dos seus habitantes.

Em 2008, Vieira e colaboradores visualizaram em seu estudo maior prevalência do álcool, tendo o estímulo e o incentivo para o seu uso baseados na crença de que a bebida alcoólica não é droga. Ainda, de acordo com o estudo, a maioria dos pesquisados relatou que a experimentação do álcool aconteceu junto à família. Os autores também observaram maior consumo de álcool entre escolares com histórico familiar de uso da droga, sendo 11.5 anos a idade média inicial de consumo de tabaco e álcool, e experimentaram outras drogas aos 13 anos.

Semelhantemente, Ferigolo e colaboradores, em estudo realizado em 1999, com jovens institucionalizados de Porto Alegre, mostram que a primeira experiência com o tabaco ou álcool ocorreu entre 10 e 12 anos de idade, enquanto com as drogas ilícitas, na faixa dos 13 e 15 anos.

Silva e colaboradores, em 2006, ao investigar estudantes universitários do Município de São Paulo identificaram que alunos com renda familiar alta apresentaram maior risco de consumo de drogas. A mesma relação também foi



encontrada em estudo realizado por Soldera e colaboradores (2004), mostrando que o consumo de álcool está relacionado às classes sociais mais elevadas e assim como à ausência de uma formação religiosa e à falta de apoio e compreensão por parte da família.

O etilismo pode ser fator desencadeante do uso de outras drogas como o abuso ou dependência de cocaína (Lopes; Coutinho, 1999).

## **1.2 Consumo de Tabaco**

O tabaco corresponde a uma das drogas mais consumidas no mundo, cujo principal princípio ativo é a nicotina, extraída das folhas da planta "Nicotina Tabacum" (Carlini et al., 2001).

A nicotina começou a ser usada por tribos indígenas na América Central em rituais mágicos para proteção dos guerreiros e acreditavam também que ela tinha poder de predizer o futuro. A planta foi introduzida no Brasil a partir da migração da tribo tupi-guarani. No início do século XVI era usada com fins curativos e no século XIX o charuto era visto como forma de ostentação. O aumento do consumo do cigarro se deu após a Primeira Guerra Mundial e sua expansão pelo mundo ocorreu principalmente no século XX com a ajuda da publicidade. Hoje, o fumo corresponde a uma atividade econômica que envolve muita renda, sendo cultivado mundialmente (CEBRID, 2003).

Conforme um relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008), durante o século XX o tabagismo matou 100 milhões de pessoas. O mesmo relatório mostra ainda que dois terços da população mundial de fumantes habitam em dez países e o Brasil figura, entre estes, ocupando a sétima colocação. Percebe-se, então, a necessidade de reagir de forma a reverter essa epidemia mundial que corresponde a um problema de saúde pública.

Segundo o DATASUS (2009) considerando todas escolaridades e faixas etárias, a taxa de prevalência de fumantes atuais na capital Belo Horizonte MG em adultos acima de 18 anos, foi de 15,4 % (IC 12,8-18 %). No sexo masculino foi de 18,9 % (IC 14,5-23,4). Já no sexo feminino foi de 12,4 % (IC 9,5-15,3). No Brasil foi de 12,5 % (IC 11,4-13,7%).



O tabagismo, além de melhorar a cognição e a ansiedade, interfere significativamente no humor por ser uma droga estimulante leve que atua nos principais neurotransmissores. Alguns fumantes relatam sensação de relaxamento, mas isso ocorre pela ação da droga no organismo, levando à diminuição do tônus muscular (Malbergier; Oliveira, 2005; CEBRID, 2003).

Seu uso causa dependência psíquica e física, provocando sensações desconfortáveis na abstinência, como: desejo incontrolável de fumar, irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça. Por isso, a abstinência nicotínica também pode agravar alguns transtornos psiquiátricos e levar à recaídas (CEBRID, 2003).

Muitos trabalhos são realizados com o objetivo de investigar a associação entre o tabagismo e a depressão, uma vez que esta doença é bastante freqüente na população geral. Esses trabalhos mostram que o tabagismo e a depressão podem influenciar reciprocamente, ou seja, que o nível de depressão pode influenciar no aumento do consumo de tabaco e, por conseguinte, o tabaco influencia no prognóstico da depressão podendo cronificá-la e aumentar o risco de suicídio. Assim, pacientes com depressão têm uma maior dificuldade em abandonar o uso de tabaco e maior risco de recaída no período de abstinência (Sadock, 2007; Rondina et al., 2003).

### 1.3 Consumo de Maconha

A maconha é uma planta chamada cientificamente de *Cannabis sativa*, descoberta há 5000 anos na Ásia Central e China, utilizado para fins medicinais provocando risos e reduzindo as náuseas e vômitos, posteriormente começou a ser utilizado para fins não-medicinais com o intuito de sentir "coisas diferentes" (Carlini et al., 2001).

A *Cannabis sativa* contém canabinóides psicoativos, dos quais o mais abundante é o D<sup>9</sup>-THC tetrahidrocanabinol, depois é convertido em 11-hidroxi D<sup>9</sup>-THC, onde irá atuar no sistema nervoso central, através de seus receptores



canabinóides que estão localizados nos gânglios basais, no hipocampo e no cerebelo, e em menor concentração no córtex cerebral (Sadock, 2007).

Para Laranjeira e colaboradores (2005), a utilização da maconha é feita geralmente de maneira limitada e intermitente, porém, estima-se que 10% dos indivíduos que a experimentaram tornaram – se usuários diários, enquanto que 20 a 30% passaram a consumi-la semanalmente. O consumo dessa droga constitui um assunto de suma importância, principalmente para os profissionais da área de saúde mental, por isso muitas pesquisas começaram a ser realizadas nos últimos anos com intuito de avaliar a amplitude de seus efeitos, uma vez que sua principal ação prejudicial à saúde é o transtorno mental.

Está comprovado que a utilização da maconha é nociva quanto mais cedo se inicia e quanto maior o número de anos de uso e se houver exposição intrauterina. Essa droga provoca alterações cerebrais mais simples do que o álcool, cocaína ou heroína, não sendo o fator necessário ou suficiente para a aparição de quadros psicóticos, porém ela é um componente causal que se relaciona com outros componentes como neurodesenvolvimento, fatores ambientais e o genótipo (Laranjeira et al., 2005).

O uso agudo da maconha provoca hiperemia das conjuntivas, taquicardia, xerostomia, e os efeitos psíquicos são sensação de bem-estar, calma e relaxamento, vontade de rir, aumento do apetite, síndrome amotivacional, e o uso crônico pode causar atrofia cerebral, convulsões, lesões cromossômicas, defeitos neonatais, redução da reatividade imunológica, infertilidade, câncer de pulmão e infertilidade (Carlini et al., 2001, Silber; Souza, 1998).

No entanto seu uso não causa síndrome de abstinência, porém quem a utiliza com alta frequência e quantidade quando se priva dela pode manifestar sintomas como insônia, ansiedade e depressão (Silber; Souza, 1998).

Há estudos que relatam que o uso da maconha por esquizofrênicos diminui seus sintomas negativos (Hall; Solowij, 1998), havendo também indivíduos que a utilizam como fármaco para amenizar seus sintomas depressivos. Essa droga possui conhecidos efeitos ansiolíticos e seus



derivados, comprovados cientificamente em animais de laboratório (ABRAMD, 2006).

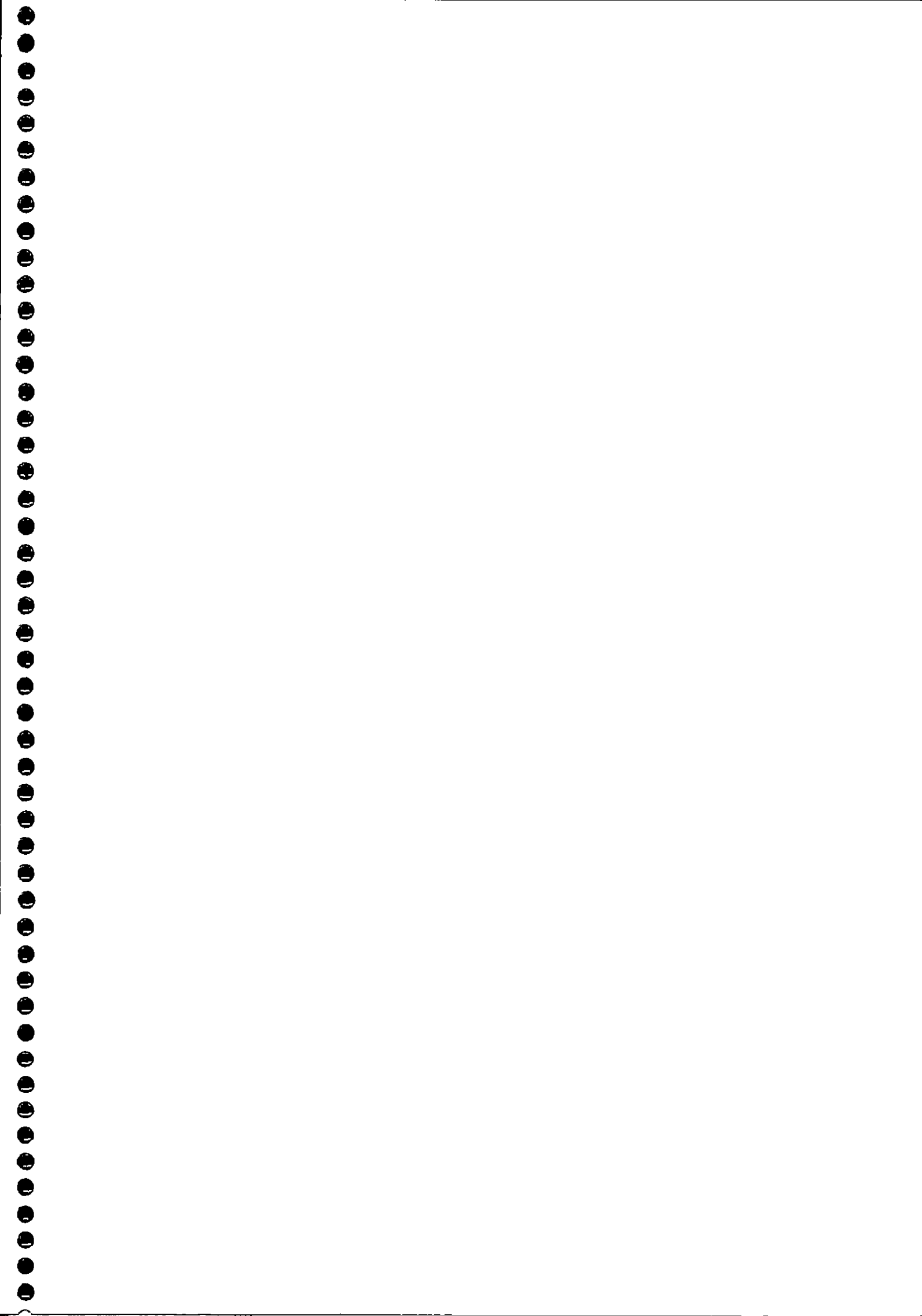
#### 1.4 Consumo de Cocaína

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), a cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída das folhas da planta *Erythroxylon coca*. Existem várias vias para o consumo de cocaína e os principais problemas clínicos decorrem devido à forma em que foi utilizada. O cloridrato de cocaína é um sal hidrossolúvel, de uso aspirado ou injetado. Há, ainda, as apresentações voláteis a baixas temperaturas, que podem ser fumadas em "cachimbos".

Este mesmo centro realizou em 2005 o II Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, o universo estudado correspondeu à população brasileira residente nas cidades com mais de 200 mil habitantes, na faixa etária compreendida entre 12-65 anos de idade.

Na região Sudeste, a cocaína ficou em quinto lugar no ranking das drogas mais usadas (exceto álcool e tabaco), perdendo para maconha, solventes, benzodiazepínicos e estimulantes respectivamente. Nota-se que em todas as faixas etárias o consumo masculino supera o feminino. Na faixa etária de 25 – 34 anos, essa diferença chega a ser de cinco vezes superior (Carlini et al., 2005).

Segundo Azevedo (2000), o bloqueio da recaptação da dopamina, pode ser o responsável pelo efeito agudo da cocaína, pois produz um aumento da substância nas fendas sinápticas dos feixes dopaminérgicos (nigroestriatal, tuberoinfundibular, mesolímbico e mesocortical). Com isso ocorre um aumento da neurotransmissão e do número e sensibilidade dos receptores dopaminérgicos. Pode existir uma redução na concentração da dopamina caso o seu uso seja crônico, e o efeito final é da diminuição na quantidade do neurotransmissor.



Os sintomas mais comuns causados pelo uso da cocaína são bronquites, perda de peso por falta de apetite e epistaxes. Sua abstinência pode causar depressão (Silber; Souza, 1998).

### 1.5 Consumo de Crack

O crack, substrato da cocaína, consumido por via fumada tornou-se popular no Brasil nas últimas décadas, vem se alastrando na sociedade devido ao custo, fácil acesso e rapidez dos seus efeitos (Mendonça, 2010).

Nota-se o uso de crack em idades cada vez mais precoces, devido à essa facilidade de acesso e quase sempre antecedido do consumo de álcool e/ou tabaco, alastrando-se pelo país e por todas as classes sociais (Noto et al., 2003).

O CEBRID realizou dois levantamentos nacionais sobre o consumo de drogas no Brasil, em 2001 e 2005, e detectou que o uso na vida de crack aumentou de 0,4% para 0,7% nesse período. O maior aumento ocorreu na região Sul, indo de 0,5% para 1,1% e, na região Sudeste, de 0,4% para 0,8%. No Nordeste houve aumento da percepção entre os entrevistados acerca da facilidade de se obter o crack: 19,9% em 2001 e 30,5% em 2005 (Carlini et al., 2005).

O crack converte o funcionamento do sistema cerebral, bloqueando a absorção da dopamina, um neurotransmissor que tem como função a atividade estimulante do SNC. O usuário vai ter uma grande sensação de euforia, passando a não sentir mais prazer pelas situações normais da vida, como por exemplo, a alimentação e a relação sexual. Porém, quando passa o efeito, vem à urgência de repetição. Além disso, com esse bloqueio, o indivíduo começa a viver em função da droga, estando mais exposto ao vício e seu uso crônico pode levar as crises paranóicas (Mendonça et al., 2010 ).

O consumo da droga tem demonstrado sinais de depressão e ansiedade, e sintomas como paranoia, impaciência e comportamento violento (Guimarães et al., 2008). Sob os efeitos do crack o indivíduo tem taquicardia,



hipertensão, midríase, sudorese, tremor e sensação de aparente bem-estar. Um viciado passa a deixar de se alimentar, fazer compras e se cuidar, além de se desfazer de seus bens, roubar os amigos e parentes, e finalmente entrar no mundo da prostituição e do crime. Todavia, nos períodos em que a droga não está presente, há momentos de solidão e tristeza (Mendonça et al., 2010).

O impacto individual e social que o crack causa devido o aumento da violência e criminalidade representa um grave problema de saúde pública e tem desafiado os profissionais da saúde na busca do melhor tratamento para esses pacientes (Guimarães et al., 2008).

### **1.6 Consumo de Heroína**

A relação entre o ser humano e os opióides tem pelo menos 3500 anos, destacando-se a forma bruta do ópio e seu uso em soluções alcoólicas. Nos séculos XVIII e XIX houve o isolamento e a introdução do uso medicamentoso da morfina e da codeína em substituição ao ópio bruto. Hoje, estão disponíveis para uso medicamentoso mais de 20 substâncias opióides quimicamente diferentes (Sadock, 2007).

Sadock e Sadock (2007) afirmam, baseados em dados do texto revisado da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), que a prevalência do uso de heroína ao longo da vida é de aproximadamente 1%, estimando-se um número de usuários em torno de 600 a 800 mil. Calcula-se que aproximadamente 2 milhões de pessoas já tenham usado a droga pelo menos uma vez na vida. Da mesma forma, foi também comprovado que a adolescência é a idade de maior risco para o início do uso da heroína, sendo frequente o envolvimento destes usuários com atividades criminosas e a prostituição em busca de dinheiro para manutenção do vício, explicando assim uma das formas da grande disseminação do HIV entre os mesmos.

Em 2001, em pesquisa realizada no Brasil por Carlini e colaboradores, 1% da população consumia heroína, 4 anos depois, na segunda edição da pesquisa, entre os mais de 200 mil habitantes entrevistados, sete relataram uso



da droga, sendo seis homens e uma mulher, o equivalente a 0,09% da população total entrevistada. Destes, cinco tinham idade superior a 35 anos.

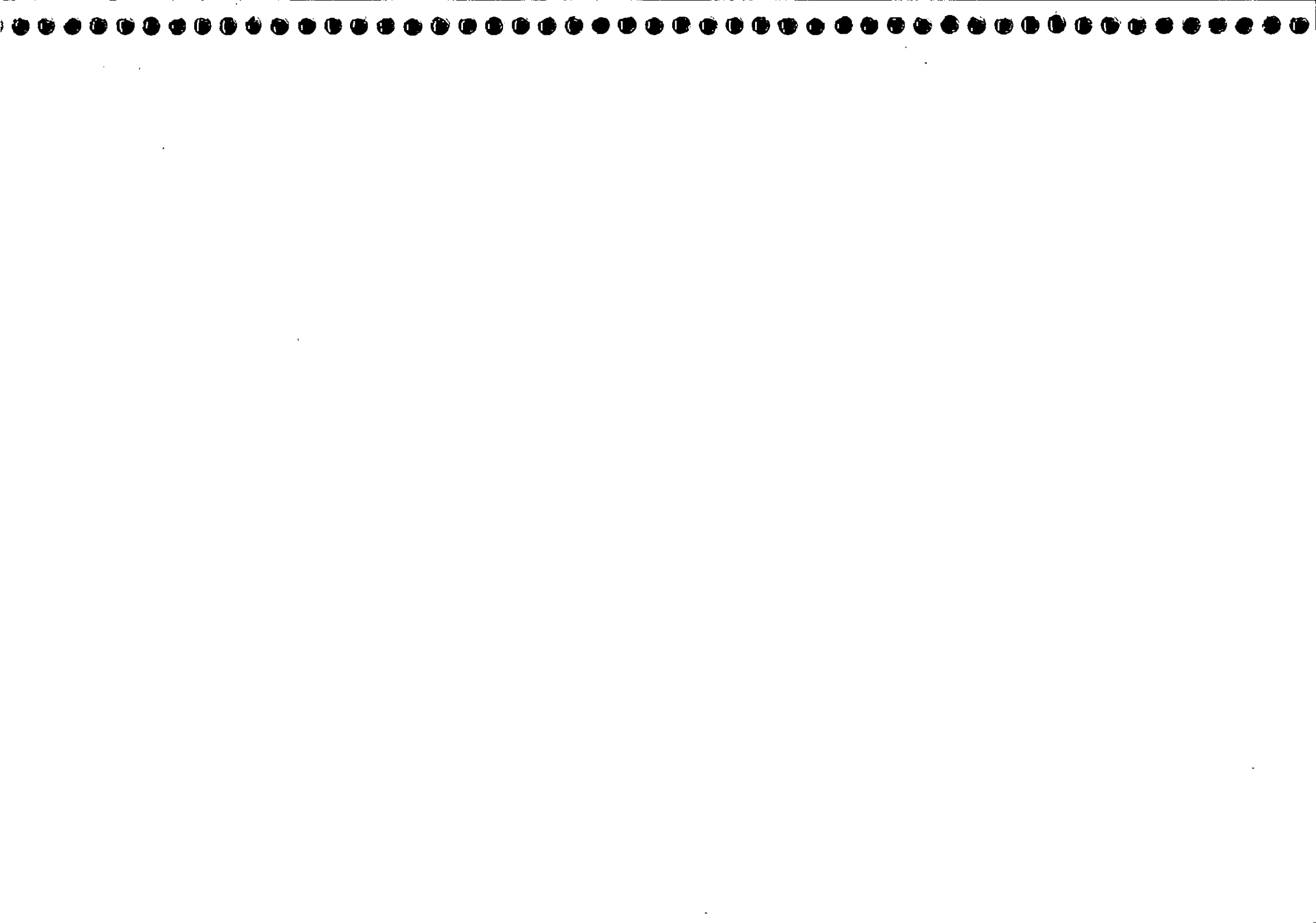
A heroína ou diacetilmorfina é uma droga semi-sintética extraída da papoula do ópio, sendo o opióide mais relacionado ao abuso e dependência nos países desenvolvidos. Seus principais efeitos são mediados pelos receptores de opióides. Receptores  $\mu$ -opióides estão envolvidos na regulação e na mediação da analgesia, da depressão respiratória, da constipação e da dependência; receptores  $\kappa$ -opióides envolvem-se na regulação e mediação da analgesia, diurese e sedação; enquanto os receptores  $\delta$ -opióides estão provavelmente envolvidos na analgesia (Sadock, 2007).

Consumida na forma de pó ou injetável, é até 5 vezes mais potente que a morfina. A ação da droga no SNC é rápida e intensa caracterizando a dependência química e psíquica em um curto período de tempo. A heroína é convertida em morfina no cérebro, ligando-se aos receptores opióides e resultando em ação depressora no SNC (NIDA, 2005; Gainza et al., 2003).

Logo após injetar a droga, o usuário fica em um estado sonolento, fora da realidade. As pupilas ficam muito contraídas e as primeiras sensações são de euforia e conforto. Em seguida, o usuário entra em depressão profunda (CEBRID, 2003).

Como efeitos sistêmicos em curto prazo, o usuário apresentará: "Rush", depressão respiratória, funcionamento mental nublado, náuseas, vômitos, supressão da dor e aborto espontâneo. Ao longo prazo, aumenta o risco de contaminação por doenças infecciosas como HIV/AIDS e Hepatite B e C, infecções bacterianas e o risco de colapso das veias. No sistema endócrino, a droga age reduzindo a liberação de ACTH, estimulando a liberação de hormônios do estresse. Altera o humor causando sensação de euforia, bem-estar e indiferença para com as situações provocadoras de ansiedade (NIDA, 2005).

A grande maioria dos dependentes de opióides (90%) apresentam algum transtorno psiquiátrico sendo os mais prevalentes o transtorno depressivo



maior, transtornos por uso de álcool, transtorno da personalidade anti-social e transtornos de ansiedade. Um considerável percentual desses dependentes (15%) realizam pelo menos uma tentativa de suicídio (Sadock, 2007).

Na síndrome da abstinência da heroína o indivíduo pode ser acometido por câimbras musculares fortes e dores pelo corpo, diarreia, cólicas abdominais, rinorréia, lacrimejamento, piloereção, bocejo, febre, midríase, hipertensão, taquicardia, hipotermia ou hipertermia, inquietação, irritabilidade, depressão, tremor, fraqueza, náusea e vômito (Sadock, 2007).

O padrão ouro para o tratamento da dependência de opióides consiste na administração da metadona (narcótico sintético), que suprime os sintomas da abstinência. É também indicada psicoterapia, internação em comunidades terapêuticas e a participação em reuniões de grupos de auto-ajuda, assim como o esclarecimento ao indivíduo em relação aos riscos a que está exposto ao compartilhar seringas e agulhas. Estudos mostram a importância de programas de distribuição gratuita de seringas para estes usuários na prevenção do HIV e da hepatite (Sadock, 2007).

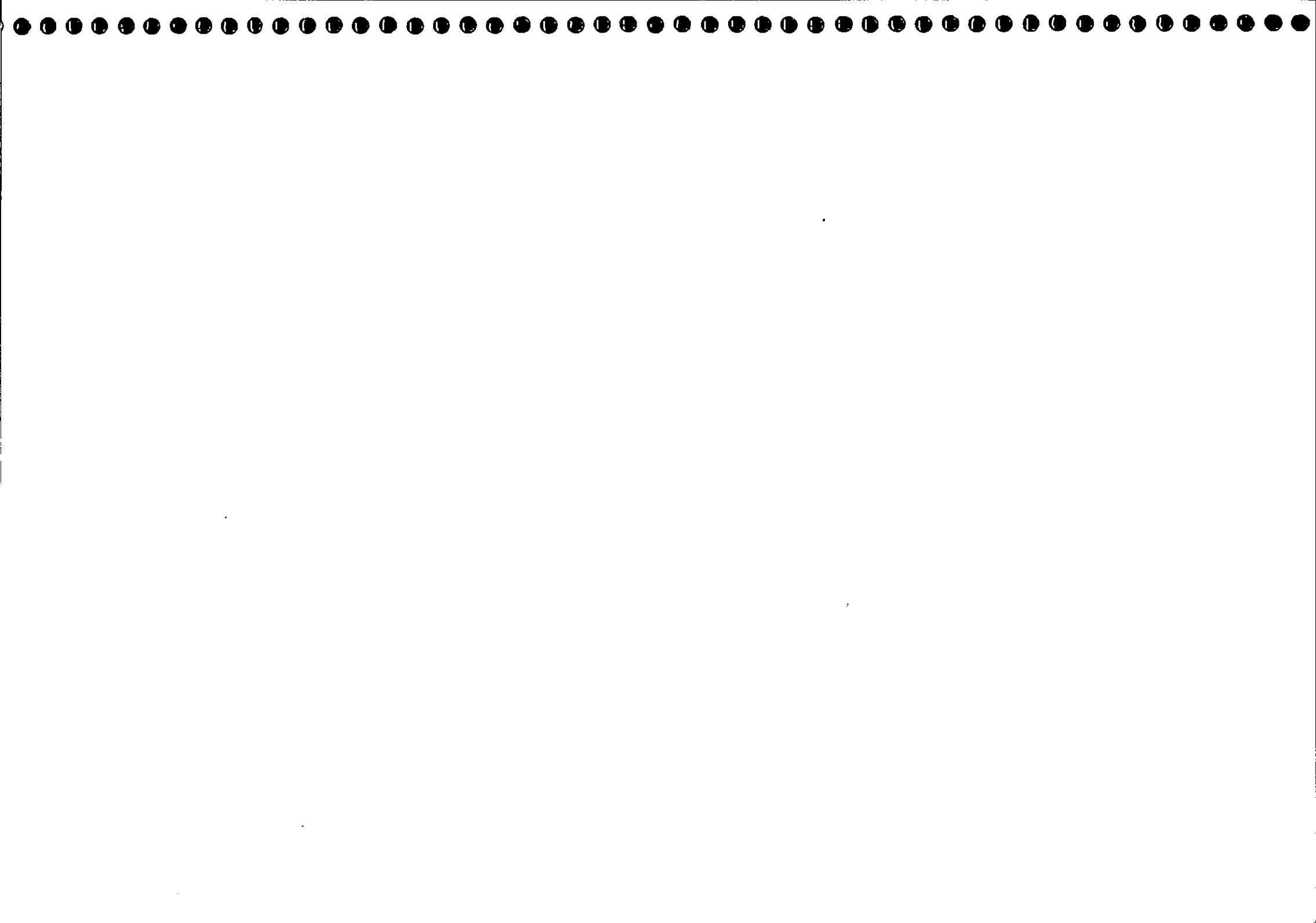
## **2-JUSTIFICATIVA**

Considerando a alta incidência tanto do consumo de drogas quanto da depressão, torna-se importante abordar este tema uma vez que leva a prejuízos orgânicos e psicossociais como crises familiares, atos violentos e ocupação de leitos hospitalares sobrecarregando o Sistema Único de Saúde (SUS).

## **3-OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Verificar a prevalência de depressão nos usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Juiz de Fora-MG.



### **3.2 Específicos**

3.2.1- Abordar o uso de substâncias psicoativas e sua relação como causa da depressão.

3.2.2- Avaliar os principais fatores que induzem o consumo de drogas, causando dependência química.

3.2.3- Destacar a prevalência de depressão nessa população.

3.2.4- Testar a sensibilidade do instrumento ASSIST para uso de drogas em usuários pré-diagnosticados clinicamente e em tratamento.

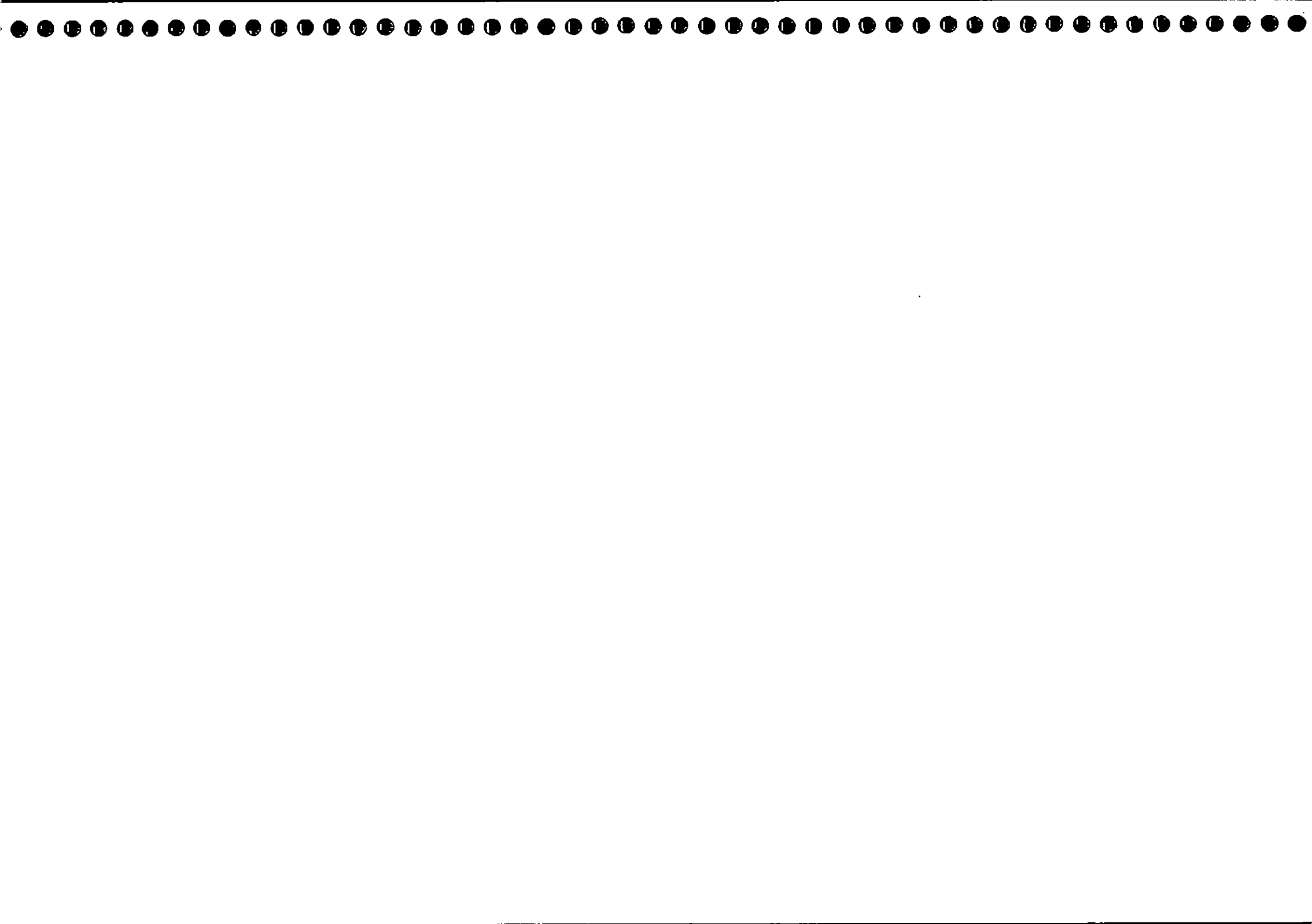
## **4- METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo transversal no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Juiz de Fora - MG durante o período de junho a agosto de 2013 para verificar a frequência de depressão em pacientes usuários ou em abstinência de drogas.

Os indivíduos que foram avaliados correspondem a usuários de drogas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, institucionalizados ou em tratamento ambulatorial no CAPS AD de Juiz de Fora, no período de realização da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa pacientes que se negaram a participar da mesma, ou que apresentavam síndrome de privação grave e sintomas de abstinência das drogas (delírios, alucinações) que alteravam o desempenho nos testes ou mostravam déficit cognitivo, patologias psiquiátricas severas, assim como os que preencheram questionários incompletos ou de forma incorreta.

A cada paciente foram aplicados os seguintes questionários: socioeconômico, ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) e Inventário de Depressão de Beck.

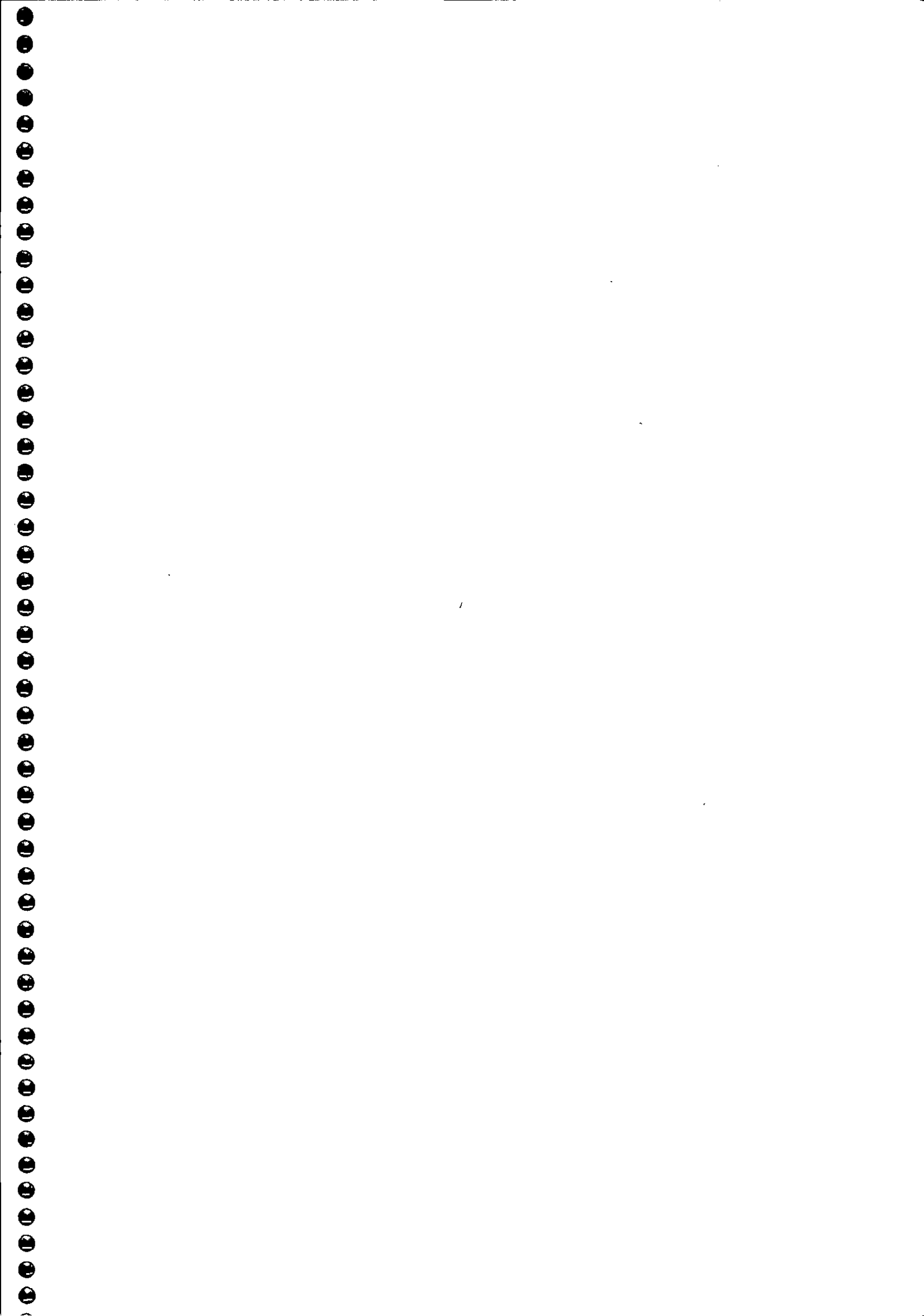


Dentre os instrumentos utilizados foi aplicado o questionário geral com dados socioeconômicos, assim como, itens que se relacionavam com a droga consumida, como frequência, tipo, quantidade e o motivo que levava ao seu uso.

O ASSIST continha oito questões de triagem do envolvimento com substâncias psicoativas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceo, coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As questões abordaram a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta correspondia a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considerou-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e  $\geq 16$  como sugestiva de dependência (Henrique et al., 2004).

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck foi destinado para avaliar severidade dos episódios depressivos em pacientes acima de 13 anos de idade. Consistiu num questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha, cuja intensidade variou de zero a três (Oliveira et al., 2006). Conforme a recomendação do Center of Cognitive Therapy pacientes com escore abaixo de 10 referiu ausência de depressão ou presença de depressão leve. Os escores entre 10 e 18 foram classificados como depressão leve a moderada. Entre 19 e 29, depressão moderada a grave e depressão grave para escores entre 30 e 63. Alguns dos itens referiram-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão.

Em um estudo observacional para estimar uma prevalência com precisão relativa, tendo em conta um nível de significância de 95%, tamanho da população de aproximadamente 400 pessoas, uma frequência esperada do fator em estudo de 30,0% e um erro tolerável de 5,0% o tamanho da amostra necessária foi de aproximadamente 179 pacientes.



Os dados coletados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft ® Corporation, USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info (TM) 3.5.3, CDC, USA. Foram utilizados métodos descritivos para as variáveis estudadas (proporções, médias, medianas), assim como foi verificada associação entre variáveis selecionadas com análises bivariadas. Para a comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste *t* de student, e para variáveis categóricas o teste de qui quadrado. Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e gráficos.

A pesquisa apresentou risco classificado como acima do mínimo, pois os questionários utilizados foram compostos por perguntas de cunho íntimo e pessoal, podendo causar desconforto ou constrangimento ao paciente. Em caso de intercorrências durante a pesquisa, o entrevistado teve garantido atendimento psicológico por parte do orientador principal. Os pacientes que participaram da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente, e quaisquer dúvidas, acerca do projeto de pesquisa em questão, foram esclarecidas.

Todas as informações obtidas através dessa pesquisa foram mantidas em sigilo e os dados só foram divulgados em conjunto, de acordo com o preconizado na Resolução CNS 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

O presente projeto com número de protocolo 13970513 2.0000.5156 foi cadastrado no site Plataforma Brasil para revisão e encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, adequado para sua análise e aprovação.

## **5- RESULTADOS**

A amostra é constituída por 99 pacientes assistidos no CAPS AD de Juiz de Fora (MG) no ano de 2013, sendo que a maioria é do sexo masculino com 79,8%, na faixa etária acima de 35 anos (63,7%). Dos entrevistados 55,6% são não brancos, já em relação à escolaridade 63,6% realizaram o ensino fundamental (Tabela 1).



Tabela 1. Perfil socioeconômico dos pacientes do CAPS AD de Juiz de Fora

|                     | n  | %    |                       | n  | %    |
|---------------------|----|------|-----------------------|----|------|
| <b>Sexo</b>         |    |      | <b>Escolaridade</b>   |    |      |
| Masculino           | 79 | 79,8 | Superior completo     | 2  | 2,0  |
| Feminino            | 20 | 20,2 | Superior incompleto   | 1  | 1,0  |
|                     |    |      | Medio regular         | 19 | 19,2 |
| <b>Idade(anos)</b>  |    |      | Médio incompleto      | 6  | 6,1  |
| 18-24               | 13 | 13,1 | Fundamental completo  | 14 | 14,1 |
| 25-34               | 20 | 20,2 | Fundamenta incompleto | 49 | 49,5 |
| 35-44               | 30 | 30,3 | Nenhum                | 8  | 8,1  |
| >45                 | 36 | 36,4 |                       |    |      |
| <b>Estado Civil</b> |    |      | <b>Cidade natal</b>   |    |      |
| Solteiro            | 63 | 63,6 | Juiz de Fora          | 67 | 67,7 |
| Casado              | 15 | 15,2 | Outras                | 32 | 32,3 |
| Divorciado          | 17 | 17,2 |                       |    |      |
| Viúvo               | 4  | 4,0  | <b>Cor</b>            |    |      |
|                     |    |      | Branca                | 42 | 42,4 |
|                     |    |      | Negra                 | 30 | 30,3 |
|                     |    |      | Parda                 | 25 | 25,3 |

Foi observado que a prevalência de consumo da maioria das drogas é maior no sexo masculino com mais de 60%, porém o tabaco é mais consumido pelo sexo feminino com 80%. No entanto, o crack teve uma mínima diferença na porcentagem entre ambos os sexos, com aproximadamente 58% (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de consumo de drogas entre pacientes do CAPS - AD Juiz de Fora - MG

|                | <b>sexo</b>      |      |                 |      |                |
|----------------|------------------|------|-----------------|------|----------------|
|                | <b>masculino</b> |      | <b>feminino</b> |      | <b>p-valor</b> |
|                | n = 79           | %    | n = 20          | %    |                |
| <b>Álcool</b>  |                  |      |                 |      |                |
| Sim            | 73               | 80,2 | 18              | 75,0 |                |
| Não            | 18               | 19,8 | 2               | 25,0 | 0,509          |
| <b>Tabaco</b>  |                  |      |                 |      |                |
| Sim            | 61               | 77,2 | 16              | 80,0 |                |
| Não            | 18               | 22,8 | 4               | 20,0 | 0,527          |
| <b>Maconha</b> |                  |      |                 |      |                |
| Sim            | 53               | 67,1 | 10              | 50,0 |                |
| Não            | 26               | 32,9 | 10              | 50,0 | 0,148          |
| <b>Cocaína</b> |                  |      |                 |      |                |
| Sim            | 49               | 62,0 | 13              | 38,0 |                |
| Não            | 30               | 38,0 | 7               | 30,0 | 0,511          |
| <b>Crack</b>   |                  |      |                 |      |                |
| Sim            | 46               | 58,2 | 12              | 58,0 |                |
| Não            | 33               | 41,8 | 8               | 40,0 | 0,547          |
| <b>Outras</b>  |                  |      |                 |      |                |
| Sim            | 15               | 19,0 | 4               | 20,0 |                |
| Não            | 64               | 81,0 | 16              | 80,0 | 0,626          |



Constatou-se que 67,7% dos pacientes nasceram em Juiz de Fora, a maioria 63,6% são solteiros, 62,6% não possuem parceiro fixo e 69,7% possuem filhos. Notou-se que 71,7% dos usuários possuem familiares consumidores de algum tipo de droga e 51,5% apresentou doença pós – uso (Tabela 1 e 3).

A pesquisa contou com 58,6% dos pacientes apresentando doença mental prévia, sendo que 43,4% do total dos pacientes entrevistados já tentaram suicídio, 71,7% já cometeram algum ato de violência e 57,6% já se submeteram a tratamento anterior. A maioria dos entrevistados, 90,9%, afirmaram ter fácil acesso as drogas (Tabela 3).

**Tabela 2. Perfil socioeconômico: características relacionadas ao uso de droga**

|                               | <u>n</u> | <u>%</u> |                             | <u>n</u> | <u>%</u> |
|-------------------------------|----------|----------|-----------------------------|----------|----------|
| <b>Usuário na família</b>     |          |          | <b>Tentou suicídio</b>      |          |          |
| Sim                           | 71       | 71,7     | Sim                         | 43       | 43,4     |
| Não                           | 28       | 28,3     | Não                         | 55       | 55,6     |
| <b>Doença mental prévia</b>   |          |          | <b>Fácil Acesso à droga</b> |          |          |
| Sim                           | 58       | 58,6     | Sim                         | 90       | 90,9     |
| Não                           | 41       | 41,4     | Não                         | 9        | 9,1      |
| <b>Tratamento Anterior</b>    |          |          | <b>Doença pós-uso</b>       |          |          |
| Realizou                      | 57       | 57,6     | Apresentou                  | 51       | 51,5     |
| Não realizou                  | 42       | 42,4     | Não apresentou              | 48       | 48,5     |
| <b>Envolvido em violência</b> |          |          |                             |          |          |
| Sim                           | 71       | 71,7     |                             |          |          |
| Não                           | 28       | 28,3     |                             |          |          |

Considerando apenas os usuários de cada droga a necessidade de pelo menos intervenção breve conforme o questionário do ASSIST foi maior que 90% para os usuários de todas as drogas, entretanto os usuários de maconha foram os que apresentaram maior taxa de necessidade de tratamento intensivo (67,7%) (Tabela 4).

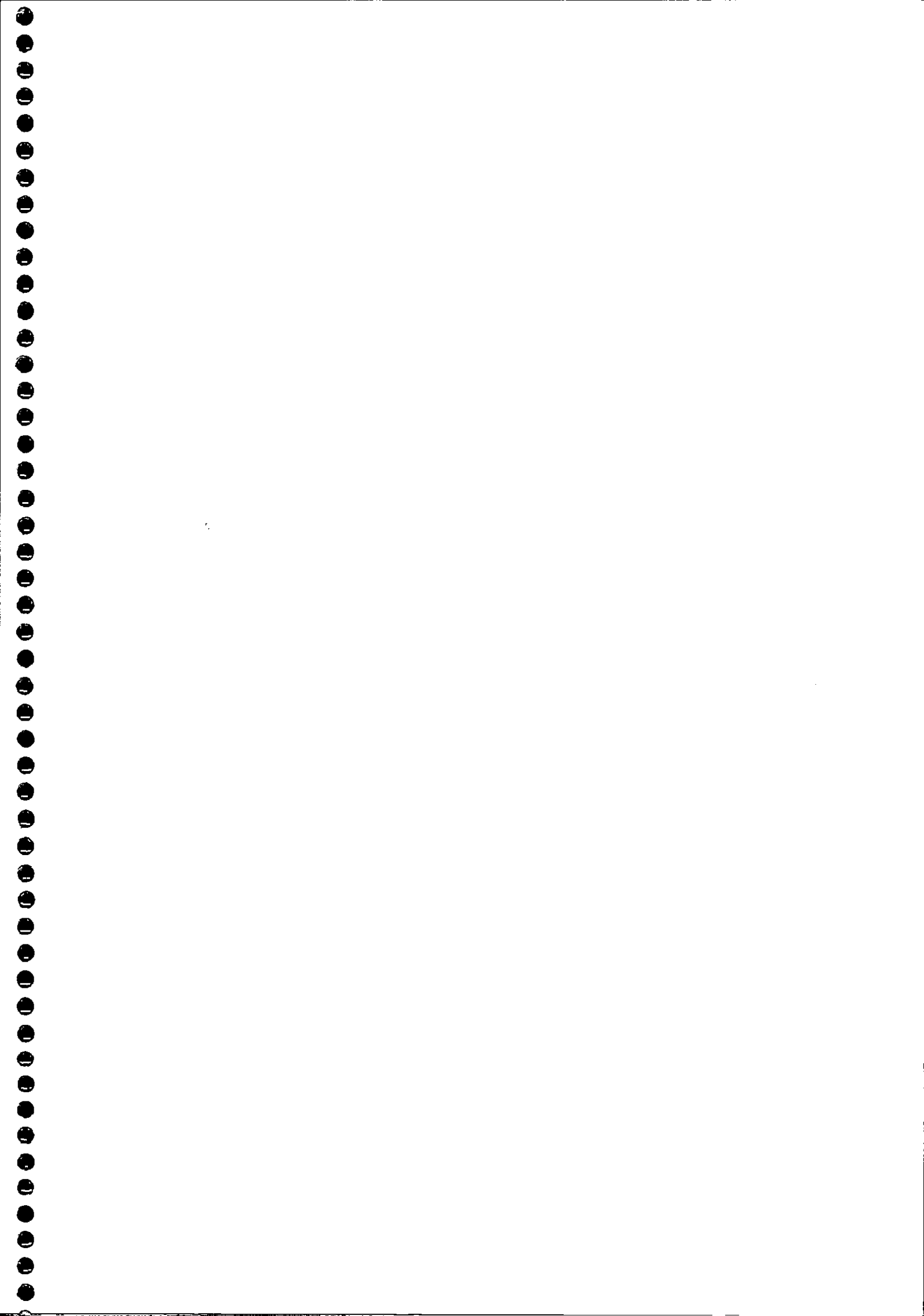


Tabela 4. Intervenção orientada pelo resultado do ASSIST

|         | Intervenção orientada pelo resultado ASSIST |     |       |      |           |      |       |       |
|---------|---------------------------------------------|-----|-------|------|-----------|------|-------|-------|
|         | Nenhuma                                     |     | Breve |      | Intensiva |      | Total |       |
|         | n                                           | %   | n     | %    | n         | %    | n     | %     |
| Alcool  | 3                                           | 3,3 | 31    | 34,1 | 57        | 62,6 | 91    | 100,0 |
| Tabaco  | 2                                           | 2,6 | 26    | 33,8 | 49        | 63,9 | 77    | 100,0 |
| Maconha | 1                                           | 1,6 | 19    | 30,6 | 42        | 67,7 | 62    | 100,0 |
| Cocaína | 1                                           | 1,6 | 20    | 32,3 | 41        | 66,1 | 62    | 100,0 |
| Crack   | 1                                           | 1,7 | 19    | 32,8 | 38        | 65,5 | 58    | 100,0 |

Relacionando-se o resultado do questionário ASSIST com depressão, 60,6% dos pacientes necessitam de intervenção intensiva (Tabela 5).

Tabela 5. ASSIST X Depressão

|                      | Depressão |      |     |      |       |       |
|----------------------|-----------|------|-----|------|-------|-------|
|                      | não       |      | sim |      | total |       |
|                      | n         | %    | n   | %    | n     | %     |
| ASSIST (intervenção) |           |      |     |      |       |       |
| Nenhuma              | 1         | 4,5  | 2   | 2,6  | 3     | 3,0   |
| Breve                | 16        | 72,7 | 20  | 26,0 | 36    | 36,4  |
| Intensiva            | 5         | 22,7 | 55  | 71,4 | 60    | 60,6  |
| Total                | 22        | 100  | 77  | 100  | 99    | 100,0 |

Segundo a classificação de Beck observou-se que a depressão está presente em aproximadamente 76% dos usuários no sexo masculino e 85% no feminino. Quando analisada a presença desse distúrbio psiquiátrico nos usuários de drogas lícitas e ilícitas constatamos que é maior a prevalência de depressão entre aquele que consomem pelo menos uma droga ilícita. Não foi evidenciada diferença na prevalência de depressão entre os usuários que possuem ou não parceiro fixo. A maior prevalência de depressão esta entre aqueles envolvidos com ato de violência (83%), os que não tiveram tratamento anterior (81%) e os que apresentam doença psiquiátrica de base (80%) (Tabela 6 e 7).



Tabela 6. Prevalência de depressão X sexo, idade e tipos de droga

| Tabela 3.1 Prevalência de depressão por sexo, idade e tipos de drogas |           |      |     |       |       |       |         |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------|-----|-------|-------|-------|---------|
|                                                                       | Depressão |      |     |       | total |       | p-valor |
|                                                                       | não       |      | sim |       | n     | %     |         |
|                                                                       | n         | %    | n   | %     |       |       |         |
| <b>Sexo</b>                                                           |           |      |     |       |       |       |         |
| Masculino                                                             | 19        | 24,1 | 60  | 75,9  | 79    | 100,0 | 0,294   |
| Feminino                                                              | 3         | 15,0 | 17  | 85,0  | 20    | 100,0 |         |
| <b>Idade (anos)</b>                                                   |           |      |     |       |       |       |         |
| 18-24                                                                 | 5         | 38,5 | 8   | 61,5  | 13    | 100,0 | 0,350   |
| 25-34                                                                 | 3         | 15,0 | 17  | 85,0  | 20    | 100,0 |         |
| 35-45                                                                 | 5         | 16,7 | 25  | 83,3  | 30    | 100,0 |         |
| mais de 45                                                            | 9         | 25,0 | 27  | 75,0  | 36    | 100,0 |         |
| <b>Drogas Lícitas</b>                                                 |           |      |     |       |       |       |         |
| Sim                                                                   | 22        | 22,4 | 76  | 77,6  | 98    | 100,0 | 0,778   |
| Não                                                                   | 0         | 0,0  | 1   | 100,0 | 1     | 100,0 |         |
| <b>Drogas Ílicitas</b>                                                |           |      |     |       |       |       |         |
| Sim                                                                   | 14        | 20,3 | 55  | 79,7  | 69    | 100,0 | 0,325   |
| Não                                                                   | 8         | 26,7 | 22  | 73,3  | 30    | 100,0 |         |

Tabela 7. Classificação de Beck x Parceiro fixo, envolvimento com atos de violência e suicídio

|                                   | Depressão |      |     |      | total |       | p-valor |
|-----------------------------------|-----------|------|-----|------|-------|-------|---------|
|                                   | não       |      | sim |      | n     |       |         |
|                                   | n         | %    | n   | %    |       |       |         |
| <b>Parceiro Fixo</b>              |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                               | 8         | 21,6 | 29  | 78,4 | 37    | 100,0 | 0,560   |
| Não                               | 14        | 22,6 | 48  | 77,4 | 62    | 100,0 |         |
| <b>Envolvimento com violência</b> |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                               | 12        | 16,9 | 59  | 83,1 | 71    | 100,0 | 0,042   |
| Não                               | 10        | 35,7 | 18  | 64,3 | 28    | 100,0 |         |
| <b>Ideias Suicidas</b>            |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                               | 5         | 22,7 | 38  | 77,3 | 43    | 100,0 | 0,022   |
| Não                               | 17        | 49,4 | 39  | 50,6 | 56    | 100,0 |         |
| <b>Internações anteriores</b>     |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                               | 14        | 24,6 | 43  | 75,4 | 57    | 100,0 | 0,344   |
| Não                               | 8         | 19,0 | 34  | 81,0 | 42    | 100,0 |         |
| <b>Doença psiquiátrica</b>        |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                               | 10        | 17,2 | 48  | 82,2 | 58    | 100,0 | 0,121   |
| Não                               | 12        | 29,3 | 29  | 70,7 | 41    | 100,0 |         |

Ao analisarmos toda a amostra, foi observado uma prevalência de 77,8% de depressão, sendo que destes 26,3% apresentaram depressão de leve a moderada, 26,3% de moderada a grave e 25,3% depressão grave (Tabela 8).

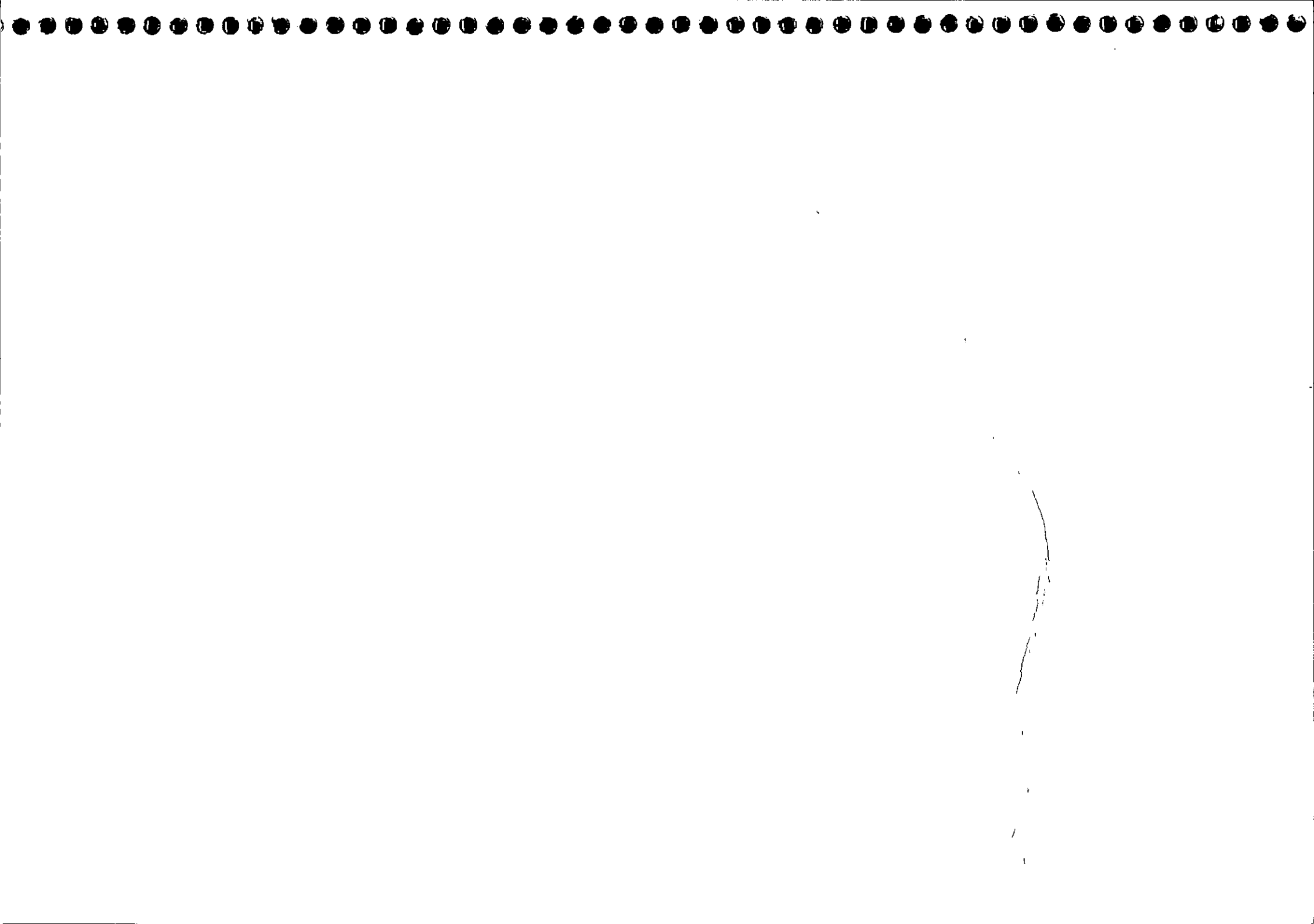


Tabela 8.- Prevalência de depressão no CAPS-AD Juiz de Fora

|                      | n  | %    | p-valor |
|----------------------|----|------|---------|
| <b>Depressão</b>     |    |      |         |
| Sim                  | 22 | 22,2 |         |
| Não                  | 77 | 77,8 |         |
| <b>Classificação</b> |    |      |         |
| Ausente              | 22 | 22,2 |         |
| Leve a moderada      | 26 | 26,3 |         |
| Moderada a grave     | 26 | 26,3 |         |
| Grave                | 25 | 25,3 |         |

Analisamos no inventário de Beck que a prevalência de depressão nos usuários de drogas foi maior nos consumidores de crack com 81% dos usuários depressivos seguidos de 81% de maconha (Tabela 9).

Tabela 9. Prevalência de depressão pelo inventario de BECK

| Tabela 5.1. Prevalência de depressão pelo inventário de Beck |           |      |     |      |       |       |         |
|--------------------------------------------------------------|-----------|------|-----|------|-------|-------|---------|
|                                                              | Depressão |      |     |      | Total | %     | p-valor |
|                                                              | não       |      | sim |      |       |       |         |
|                                                              | n         | %    | n   | %    |       |       |         |
| <b>Alcool</b>                                                |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                                                          | 19        | 20,9 | 72  | 79,1 | 91    | 100,0 | 0,248   |
| Não                                                          | 3         | 37,5 | 5   | 62,5 | 8     | 100,0 |         |
| <b>Tabaco</b>                                                |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                                                          | 17        | 22,1 | 60  | 77,9 | 77    | 100,0 | 0,578   |
| Não                                                          | 5         | 22,7 | 17  | 77,3 | 22    | 100,0 |         |
| <b>Maconha</b>                                               |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                                                          | 12        | 19,4 | 50  | 80,6 | 62    | 100,0 | 0,260   |
| Não                                                          | 10        | 27,0 | 27  | 73,0 | 37    | 100,0 |         |
| <b>Cocaína</b>                                               |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                                                          | 13        | 21,0 | 49  | 79,0 | 62    | 100,0 | 0,440   |
| Não                                                          | 9         | 24,3 | 28  | 75,7 | 37    | 100,0 |         |
| <b>Crack</b>                                                 |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                                                          | 11        | 19,0 | 47  | 81,0 | 58    | 100,0 | 0,247   |
| Não                                                          | 11        | 26,8 | 30  | 73,2 | 41    | 100,0 |         |
| <b>Outras</b>                                                |           |      |     |      |       |       |         |
| Sim                                                          | 4         | 20,0 | 16  | 80,0 | 20    | 100,0 | 0,527   |
| Não                                                          | 18        | 22,8 | 61  | 77,2 | 79    | 100,0 |         |

As drogas que apresentaram um consumo mais frequente foram o tabaco com 89,6% de uso diário e a cocaína com 27,4% a cada dois dias, já as outras drogas a frequência foi menor (Tabela 10).



Tabela 6.- Frequência do uso de drogas nos pacientes entrevistados

|         | <u>Diário</u> |      | <u>A cada 2 dias</u> |      | <u>Semanal</u> |      | <u>Quinzenal</u> |     | <u>Mensal</u> |      | <u>Total</u> |     |
|---------|---------------|------|----------------------|------|----------------|------|------------------|-----|---------------|------|--------------|-----|
|         | n             | %    | n                    | %    | n              | %    | n                | %   | n             | %    | n            | %   |
| Alcool  | 57            | 62,6 | 17                   | 18,7 | 9              | 9,9  | 4                | 4,4 | 4             | 4,4  | 91           | 100 |
| Tabaco  | 69            | 89,6 | 5                    | 6,5  | 3              | 3,9  | -                | -   | -             | -    | 77           | 100 |
| Maconha | 39            | 62,9 | 8                    | 12,9 | 4              | 6,5  | 1                | 1,6 | 10            | 16,1 | 62           | 100 |
| Cocaína | 26            | 41,9 | 17                   | 27,4 | 12             | 19,4 | 3                | 4,8 | 4             | 6,5  | 62           | 100 |
| Crack   | 40            | 69,0 | 9                    | 15,5 | 3              | 5,2  | 2                | 3,4 | 4             | 6,9  | 58           | 100 |

O presente estudo constatou que os pacientes em abstinência do uso da droga apresentaram mais sintomas negativos com 77,8% tais como depressão, ansiedade, tristeza, agressividade e agitação. Enquanto sob o efeito da mesma, logo após o seu uso, 89,9% dos pacientes apresentaram sintomas positivos como euforia, alegria, relaxamento (Tabela 11).

Tabela 11. Sintomas de abstinência e após uso

|             | <u>Sintomas Negativos</u> |      | <u>Sintomas positivo</u> |      |
|-------------|---------------------------|------|--------------------------|------|
|             | n                         | %    | n                        | %    |
| Abstinência | 77                        | 77,8 | 22                       | 22,2 |
| Após o uso  | 10                        | 10,1 | 89                       | 89,9 |

Dos pacientes que apresentavam depressão, sob abstinência da droga 93,5% apresentaram em sua maioria sintomas positivos. Já no período após o uso da droga, os pacientes deprimidos relataram sentimentos positivos, com 76,6%, porém 23,4% apresentaram sintomas negativos (Tabela 12 e 13).

Tabela 12. Sintomatologia no período de abstinência X depressão

|                                | <u>Depressão</u> |      |            |      | p-valor |
|--------------------------------|------------------|------|------------|------|---------|
|                                | <u>Não</u>       |      | <u>Sim</u> |      |         |
|                                | n                | %    | n          | %    |         |
| <b>Sintomas de abstinencia</b> |                  |      |            |      |         |
| Positivos                      | 5                | 22,7 | 5          | 6,5  |         |
| Negativos                      | 72               | 77,3 | 17         | 93,5 |         |
|                                | 22               | 100  | 77         | 100  | 0,041   |

\*p-valor &lt; 0,05



Tabela 13.- Sintomatologia no período após o uso X depressão

| Tabela 13.- Sintomatologia no período após o uso de antidepressivos |                  |          |            |          |                |
|---------------------------------------------------------------------|------------------|----------|------------|----------|----------------|
|                                                                     | <u>Depressão</u> |          |            |          | <u>p-valor</u> |
|                                                                     | <u>Não</u>       |          | <u>Sim</u> |          |                |
|                                                                     | <u>n</u>         | <u>%</u> | <u>n</u>   | <u>%</u> |                |
| <b>Sintomas pós uso</b>                                             |                  |          |            |          |                |
| Positivos                                                           | 18               | 81,8     | 59         | 76,6     |                |
| Negativos                                                           | 4                | 18,2     | 18         | 23,4     |                |
|                                                                     | 22               | 100      | 77         | 100      | 0,422          |

Observamos que do total dos pacientes o principal motivo para início do consumo da droga foi um problema emocional, com prevalência de 36,4%. O mesmo foi encontrado nos usuários de drogas com depressão, que também apresentaram a mesma motivação para o consumo da droga, mas nesse caso sua prevalência foi equivalente a 33,8% (Tabela 14 e 15).

Tabela 14. Motivos para início do consumo da droga

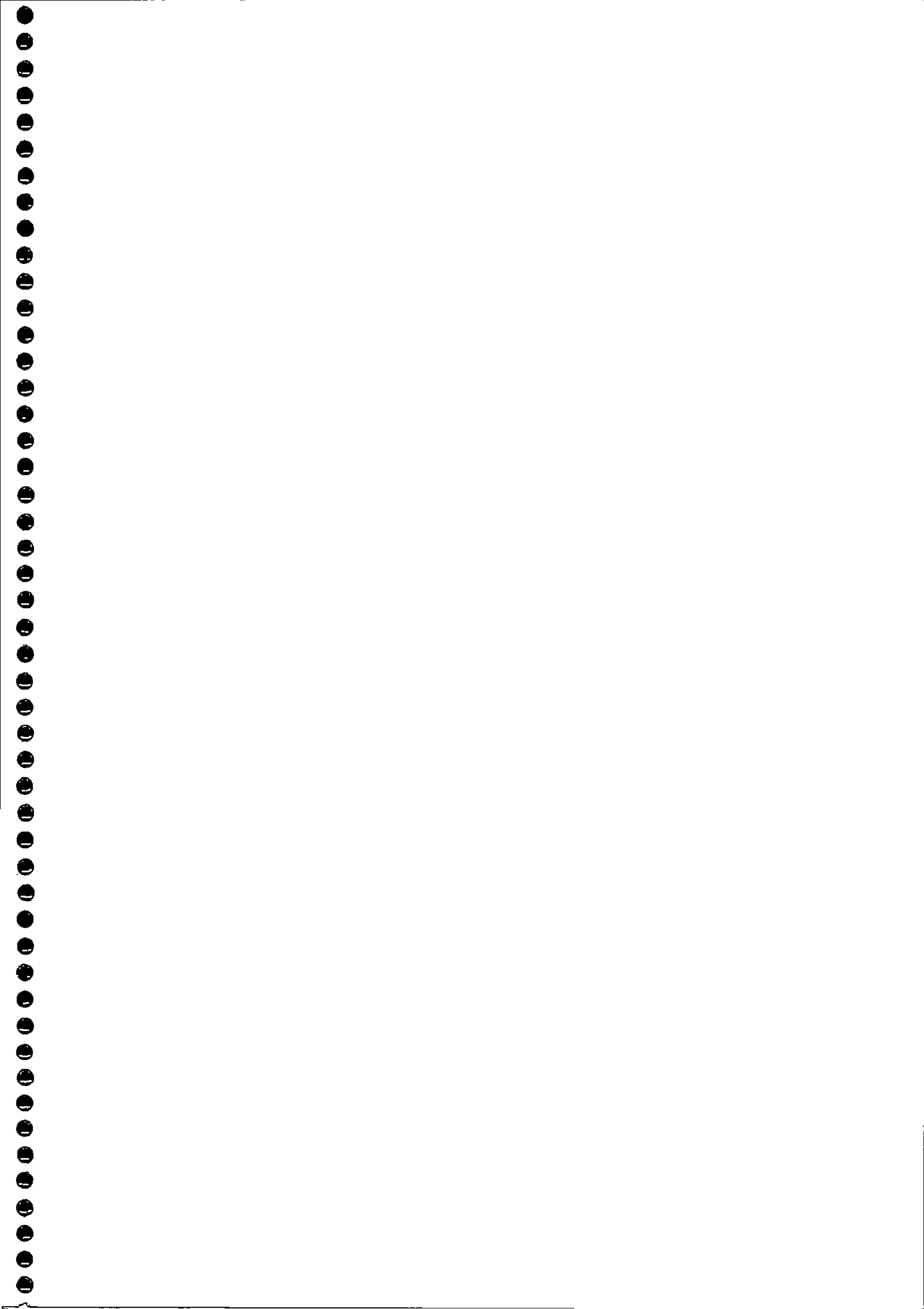
|                      | <u>n = 88</u> | <u>%</u> |
|----------------------|---------------|----------|
| Aceitação/amizades   | 28            | 31,8     |
| Problemas emocionais | 32            | 36,4     |
| Influência familiar  | 16            | 18,2     |
| Curiosidade          | 12            | 13,6     |

Tabela 15. Motivos para início do uso X depressão

|                      | <u>Depressão</u> |      |            |      | p-valor |
|----------------------|------------------|------|------------|------|---------|
|                      | <u>Não</u>       |      | <u>Sim</u> |      |         |
|                      | n = 22           | %    | n = 77     | %    |         |
| Aceitação/amizades   | 9                | 40,9 | 19         | 24,7 |         |
| Problemas emocionais | 6                | 27,3 | 26         | 33,8 |         |
| Influência familiar  | 2                | 9,1  | 14         | 18,1 |         |
| Curiosidade          | 3                | 13,6 | 9          | 11,7 |         |
| Nenhum               | 2                | 9,1  | 9          | 11,7 | 0,567   |

## 6- DISCUSSÃO

Em nosso estudo, realizado no CAPS-AD em JF, foi obtida quantidade significativa de pacientes para a pesquisa, fácil acesso ao local de realização



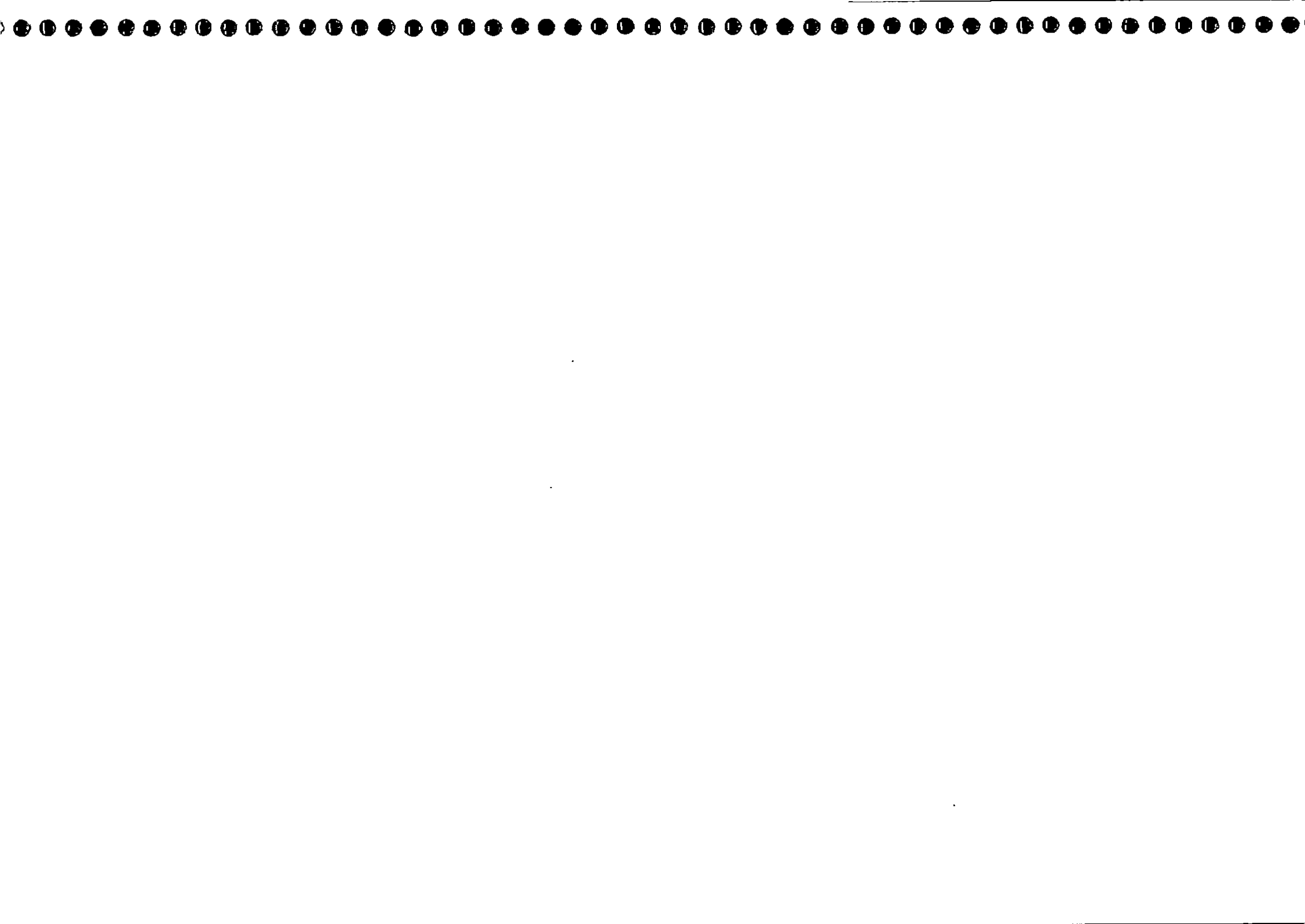
do estudo, e livre acesso aos prontuários que nos foram confiados pela instituição.

Apesar do contato com pacientes sabidamente de risco, não fomos expostos a qualquer ato de violência ou agressão, pelo contrário houve colaboração dos mesmos que prontamente responderam aos questionários.

Observaram-se algumas desvantagens em relação à seleção de pacientes para a amostra, pois a maioria encontrava-se em processo de desintoxicação, fazendo uso diário de antidepressivos e ansiolíticos. Muitos se depararam com a incapacidade de compreensão e interpretação clara dos questionários, tendo sido relevante este fato em indivíduos com menos anos de frequência escolar. Cabe ressaltar também a dificuldade em relatar a quantidade exata de consumo da droga, a presença de doenças associadas e a pouca confiabilidade das informações, visto que muitos entrevistados mentem e omitem dados podendo resultar em alguns equívocos.

Entre os objetivos do presente estudo destacava-se a validade da aplicação do questionário ASSIST, porém encontramos dificuldade em cumpri-lo uma vez que o mesmo tem a finalidade de definir necessidade ou não de intervenção e, neste caso, todos os pacientes abordados já encontravam-se em tratamento no CAPS AD, em processo de desintoxicação.

O presente estudo realizado com pacientes assistidos no CAPS AD do município de Juiz de Fora observou, com relação ao perfil sócio-demográfico, que a população estudada era constituída, em sua maioria, por adultos do sexo masculino (79,8%), de baixa renda e baixo nível educacional, concordando com resultado observado em estudo realizado em Recife por Silveira, CM et al., (2008). Aproximadamente 50% dos pacientes encontrava-se na faixa etária entre 25 e 45 anos, assim como constatado por Paula, CTC et al., (2007) em estudo realizado no Recife. É importante ressaltar que a presente faixa etária representa a massa produtiva tanto para o trabalho quanto para os estudos, porém a maioria encontrava-se desempregada e com baixa escolaridade (57,6%). Cabe observar, no entanto, que a ampla maioria dos usuários esteve



em algum momento na escola, reforçando a importância de programas de prevenção em âmbito escolar desde os níveis iniciais de escolarização e a necessidade de atuar no sentido de manter estas populações nas escolas e aumentar a capacidade das mesmas em lidar com indivíduos que apresentem problemas psicossociais.

Analisando a prevalência do uso de cada droga, constatamos que o álcool é a droga mais utilizada (91,9% da amostra), seguida pelo tabaco (77,7% da amostra), depois maconha e cocaína, ambas utilizadas por 62,6% da amostra. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no II Levantamento Domiciliar do Uso de Drogas Psicotrópicas (2005), onde tanto os resultados nacionais quanto os encontrados na região sudeste constataram que as drogas mais utilizadas são álcool e tabaco respectivamente. Ressalta-se que apenas um paciente relatou ter feito uso de heroína em algum momento da vida, a minoria também foi observada no Levantamento de 2005 no qual há relatos de apenas 7 usuários em todo o Brasil, resultado este certamente encontrado pelo alto custo e pela dificuldade de obtenção desta droga.

Ao analisarmos o consumo de drogas em relação ao sexo podemos notar que o sexo masculino fez mais uso de todas as drogas, exceto tabaco. E, com relação ao consumo por faixa etária percebemos que o uso de álcool aumenta sua frequência juntamente com a faixa etária, enquanto as outras drogas seguem o caminho inverso, como pode ser observado na média de idade de início do consumo da maconha (16 anos), diferente do observado por Guimarães CF (2008).

Assim como mostrado em estudo realizado em hospital psiquiátrico de um município do Paraná por Silva LHPet al.; (2010), esta pesquisa demonstrou que a maioria dos pacientes são solteiros o que pode estar relacionado com a dificuldade de convivência com o dependente químico por conta de violência verbal ou física que muitas vezes tem como consequências brigas familiares e divórcios. Segundo Laranjeira et al., 2005 as drogas podem ser estímulos, motivos, respostas ou elementos mediadores de comportamentos sociais violentos. Borders, Barnwell&Earleywine, 2007 após estudo realizado em



Lexington, mostraram que o abuso do álcool pode aumentar a possibilidade de haver comportamento agressivo, o que dificultaria o convívio conjugal. Em conformidade com estudos descritos anteriormente revelou-se que pacientes envolvidos com drogas, seja ela lícita ou ilícita, tinham algum histórico de violência (71,7%), fato também visto por Tavares, GP et al., (2010) que em análise de artigos científicos selecionados no período entre 1998 e 2008 reconhece que há existência provável de laços entre violência, depressão e alcoolismo, o mesmo foi constatado no presente estudo que percebeu valores elevados de relação entre violência e depressão (83,1%).

Em relação ao consumo diário da droga o resultado encontrado contrapõe Guimarães CF (2008) em estudo realizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, que relatou ter encontrado 20% da amostra fazendo uso diário do álcool, o presente estudo porém observou que um número bem maior de pacientes (62,6 %) fazem uso do álcool diariamente. Essa predominância analisada em nosso estudo pode estar relacionada à uma crença de que a bebida alcoólica não é droga o que contribui para o incentivo e estímulo ao uso. Outra substância cujo a maioria dos pacientes (89,6%) relatou consumir diariamente foi o tabaco, padrão semelhante ao encontrado por Guimarães.

Acredita-se que essas duas substâncias, por serem vendidas legalmente, funcionem como uma porta de entrada para utilização das outras drogas. Apesar das demais drogas, observou-se um consumo diário maior de crack (69%), seguido da maconha (62,9%) e da cocaína (41,9%). Tais prevalências são semelhantes às encontradas em estudo realizado em Porto Alegre por Guimarães CF et al (2008) cuja porcentagem de consumidores foi respectivamente: 70, 70 e 20%. Com relação ao crack pode-se perceber uma alta taxa de consumo em ambos os estudos, os próprios pacientes relataram que esta droga tem um custo benefício alto, por trazer efeitos semelhantes aos da cocaína com um preço extremamente mais baixo, além disso, a facilidade de acesso promovida pela formação das chamadas "cracolândias", locais onde traficantes e usuários se aglomeram para fazerem negociações e uso da droga.



Com relação à facilidade de acesso às drogas em geral, nosso estudo mostrou que 90,9% têm facilidade para conseguir qualquer uma das drogas, contradizendo o estudo realizado de Silva LHP et al.; (2010) que constatou que as drogas lícitas como álcool e tabaco são obtidas facilmente em bares e restaurantes, enquanto a cocaína e crack são de maior dificuldade de obtenção por serem vendidas em "bocas de tráfico".

Verificou-se também que cerca de 72% dos usuários possuem na família outro dependente químico, assim como mostrado por Silva LHP et al.; (2010) onde a porcentagem foi de 70%. Evidencia-se assim que a presença de usuários na família, sejam os pais, irmãos, primos, entre outros parentes próximos promove maior facilidade e frequência de exposição à droga, atuando então como um fator de risco relevante para o início do consumo, fato este que aponta para uma questão central em política pública visando tratar o indivíduo como um todo, juntamente com suas redes sociais e familiares.

Quando questionados sobre os motivos que os levaram ao início do uso das drogas houve muita divergência tendo grande parte dos entrevistados respondendo que tudo começou por conta das frustrações pessoais, familiares ou sociais ou como forma de diversão com os amigos. Ainda, a vontade e a curiosidade de usar a droga e sentir seus efeitos associada ao acesso facilitado às mesmas o que ressalta a importância de se enfatizar as atividades de prevenção ao risco associado ao uso.

Dentro de nossa pesquisa, observamos que a maioria dos pacientes possuíam motivos sejam implícitos ou explícitos para fazerem o consumo da droga. Os problemas emocionais em geral, entre eles os conflitos amorosos, descontroles financeiros, traumas psicológicos, frustrações profissionais, representam os motivos mais frequentes para consumo da droga (36,4%), uma vez que o paciente encontra nela um prazer, capaz de fazê-lo ignorar a realidade cruel do momento. Entretanto, logo após cessar o efeito da droga tem-se um período de abstinência em que o usuário retorna à realidade e volta a consumir, progredindo então a dependência. Também destacamos as amizades como um dos principais motivos (31,8%), principalmente entre os



jovens, que iniciam o consumo na busca de aceitação e respeito perante aos colegas, disparando o gatilho necessário para uma dependência futura. Nossos resultados são divergentes aos encontrados por Macedo 2011, em Juazeiro do Norte, Ceará, em que a curiosidade foi o principal motivo para o consumo. Já Guimarães ABP em 2009, destacou o papel da família no uso de droga, o que não esteve entre os principais motivos em nossa pesquisa.

Observamos que 58,6 % da amostra apresentava doença mental prévia, fato este também notado por vários autores como Paula C.T.C.;(2007), Silva HPS et al.; (2010) que constatou história anterior de transtorno mental em 37% da amostra de seu estudo, Cunha P.J. e Novaes, M.A. (2004) que observou relação entre o consumo de álcool e uma série de complicações médicas e psiquiátricas e Silva, C. R. et al., (2009) que concluiu que a maioria dos pacientes com dependência em cocaína e/ou crack e alcoolismo apresentaram Episódio Depressivo Maior (25,8%).

Em nossas análises percebemos que a depressão está muito associada com o abuso dessas substâncias e que, uma vez presente desperta na maioria (93,5%) sintomas negativos na abstinência, enquanto no pós-uso 76,6% dos pacientes deprimidos são tomados por sintomas positivos. Em trabalho publicado na Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, por Saide OL.; (2011) foi observada relação bidirecional destacando-se os transtornos de humor (TH) que se mostraram associados ao abuso dessas substâncias sendo possível o desenvolvimento de quadros de depressão. Sabe-se que o uso abusivo de drogas pode sensibilizar os neurônios contribuindo para a progressão de seu uso gerando necessidade e dependência da mesma, neste momento o cérebro passa a funcionar de forma anômala dando condições para o surgimento de patologias como a depressão.

Segundo Lins C. E. et al., 2006 estados de intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes bastante frequentes ao suicídio, com desdobramentos problemáticos quando o paciente encontra-se deprimido. Em nosso estudo observou-se que pacientes



deprimidos têm maior tendência suicida, fato este igualmente observado em pacientes não-deprimidos, embora usuários de drogas.

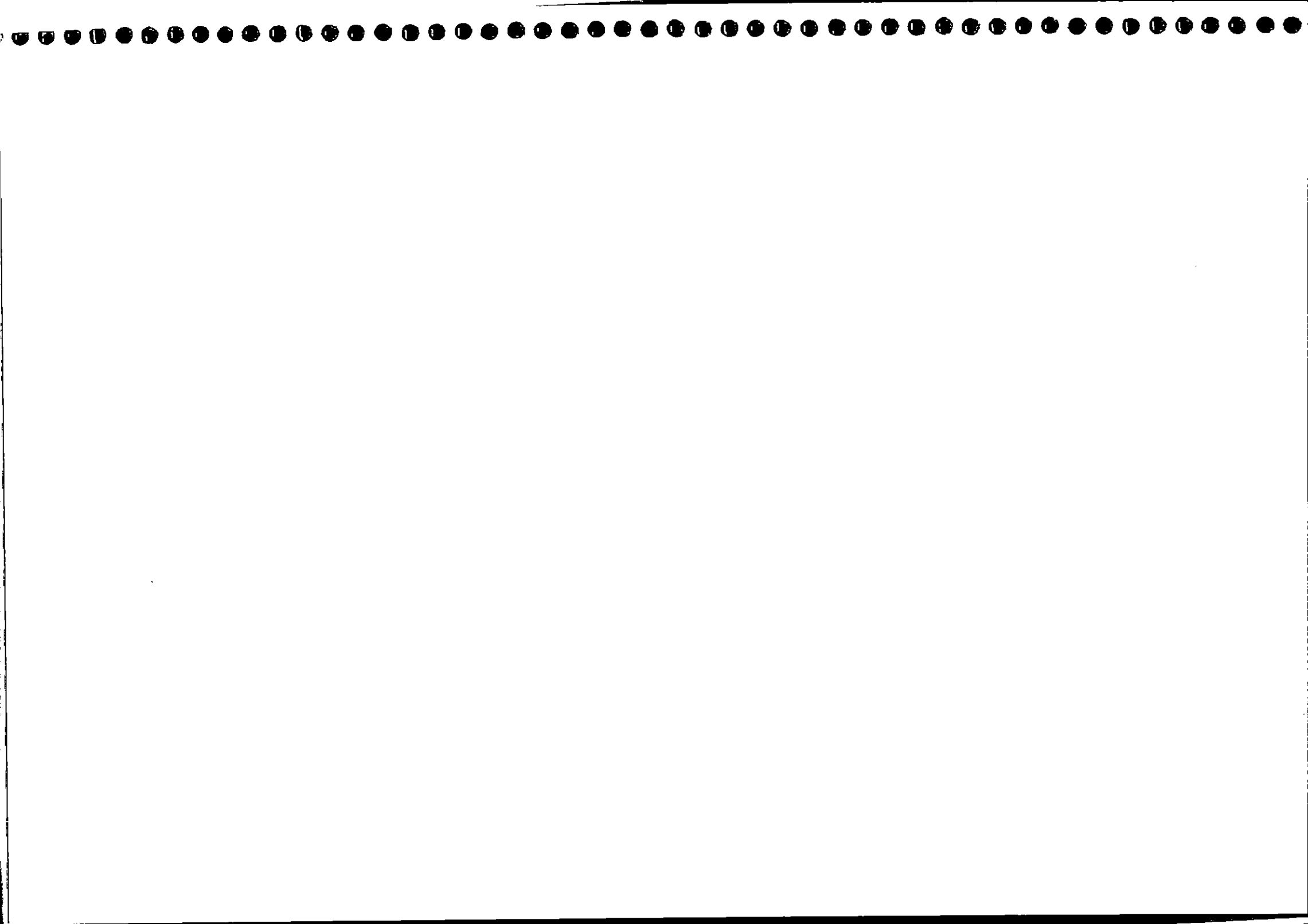
No intuito de avaliarmos a sensibilidade do instrumento ASSIST para definir o uso abusivo e a necessidade de pelo menos algum tipo de intervenção ao paciente usuários, comparamos os resultados do teste, consideramos que todos os paciente internados realmente precisaram de algum tratamento, e encontramos uma sensibilidade boa (96,9%). A validação do instrumento no Brasil, realizada por Henrique et al em 2004 também apresentou boa sensibilidade.

## 7- CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu-se que a prevalência do consumo de álcool foi de 91,9%, sendo, portanto a droga mais utilizada seguida pelo tabaco (77,8%), depois maconha e cocaína, ambas utilizadas por 62,6% dos entrevistados. A maioria, 90,9%, afirmaram ter fácil acesso as drogas, o que torna seu consumo cada vez maior na sociedade, pois como não há fiscalização, e punição severa, seu abuso se torna cada vez maior.

Quanto à prevalência de depressão notou-se que 77,8% dos pacientes do estudo apresentaram esse transtorno. Analisando a presença desse distúrbio psiquiátrico nos usuários de drogas constatamos uma maior incidência entre aqueles que consomem pelo menos uma droga ilícita, como a maconha com 80,6%, seguido do crack com 81% de prevalência de depressão, comparado pelo inventário de Beck. Já no questionário ASSIST ficou comprovado que do total dos pacientes, 60,6% necessitavam de intervenção intensiva, mostrando, portanto alta sensibilidade para a pesquisa, pelo fato dos citados já estarem em processo de tratamento.

Grande quantidade dos pacientes afirmou ter iniciado a utilização de drogas devido à influência de amigos ou apenas por curiosidade, mas o principal motivo relatado foi um problema emocional, como angústia, tristeza,



ansiedade. Com isso, percebemos que a depressão está muito associada com o abuso dessas substâncias e que, uma vez presente desperta na maioria (93,5%) sintomas negativos na abstinência, enquanto no pós-uso 76,6% dos pacientes deprimidos são tomados por sintomas positivos.

É importante ressaltar que iniciativas do governo em implantar mais locais de ajuda a esses consumidores de drogas e com transtornos psicológicos como o CAPS AD é de fundamental importância para a sociedade, uma vez que eles têm como objetivo propiciar assistência integral ao usuário de álcool e outras drogas, sendo porta de entrada para o tratamento da população, oferecendo ainda ambiente para acolhimento, tratamento e desintoxicação das síndromes de abstinência, promovendo a adesão ao tratamento, trabalhando com questões de reinserção social e familiar, além de oferecer suporte psiquiátrico, clínico, psicológico, social, terapia ocupacional e cuidados de enfermagem ao dependente químico.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMD - Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – Brasil. MACONHA: Uma Visão Multidisciplinar; 2006. <http://www.neip.info> (acessado em 30/Jul/2012).
2. Azevedo R. Aids e usuários de cocaína: um estudo sobre o comportamento de risco [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2000.
3. Bellé M, Sartori AS, Rossi AG. Alcoolismo: efeitos no aparelho vestibulo-coclear. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(1):116-22.
4. Borders A, Giancola PR. Trait and State Hostile Rumination Facilitate Alcohol- Related Aggression. Journal of studies on alcohol and drugs 2011: 545-554
5. Carlini EA, Galduróz JC, Silva AABS, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: SENAD/CEBRID; 2005.
6. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. Rev IMESC 2001;3:9-35.
7. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicologia:UNIFESP; São Paulo: Datasus; 2003. <http://bvsms.saude.gov.br> (acessado em 29/Mar/2012).
8. CISA - Centro de Informação sobre Saúde e Álcool. Origem e Composição; 2012. <http://www.cisa.org.br> (acessado em 29/ Mar/2012).
9. Cunha PJ, Novaes MA. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(1):23-27
10. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Indicadores de fatores de risco e proteção; 2009. <http://tabnet.datasus.gov.br> (acessado em 04/Abr/2012).
11. Ferigolo M, Barbosa FS, Arbo E, Malysz AS, Stein AT, Barros HMT. Prevalência do Consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. Rev Bras Psiquiatr 1999;26(1):10-6.
12. Gainza I, Nogué S, Martínez VC, Hoffman RS, Burillo-Putze G5, Dueñas A, Gómez J, Pinillos MA. Intoxicación por drogas. ANALES Sis San Navarra 2003;26(1):99-128.
13. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araújo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidades de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre (RS). Rev Psiquiatr RS 2008;30(2):101-8.



14. Hall W; Solowij N. Adverse effects of cannabis. *The Lancet* 1998;352(14):1611-16.
15. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2):199-206.
16. Laranjeira R, Jugerman SF, Bressan R. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos? *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(1):5-6.
17. Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(3):176-7
18. Lins CE, Oliveira VM, Coutinho MFC. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio *Psychê*; 2006;18:151-166
19. Lopes CS; Coutinho ESF. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública* 1999;33(5):477-87.
20. Macedo E P F, Bringel A L C, Macedo C H F. CAPS - AD: uma nova modalidade no tratamento aos usuários de drogas lícitas e ilícitas. *Neurobiologia*; 2011. 147 p.
21. Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Clín* 2005;32(5):276-82.
22. Marques ACPR; Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(2):32-6.
23. Mendonça LOM. Crack, o refúgio dos desesperados, à luz do programa nacional de combate as drogas. *Rev SJRJ* 2010;17(19):289-308.
24. NIDA - National Institute on Drug Abuse. Research Reports: Heroin: Abuse and Addiction. Estados Unidos da América: NISA; 2005.  
<http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/heroin-abuse> (acessado em 28/Mar/2012).
25. Noto AR, Galduróz JC, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CM, Moura YG et al. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.
26. Oliveira MS, Wagner MF, Zambom LF, Calheiros PRV. Sintomas depressivos em adolescentes usuários de drogas institucionalizados e não-institucionalizados *Rev Psicologia da UnC* 2006;3(1):21-29.



27. Paula CTC. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife, Florianópolis. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147. 2007; 4-5(2): 94-105.
28. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín* 2003;30(6):221-8.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Transtornos Relacionados às Substâncias. "In": Sadock BJ, Sadock VA, autores. *Compêndio de psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 412-506.
30. Saide OL et al. Depressão e uso de drogas, Rio de Janeiro. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011 Mar: 47-60.
31. Schimidt PMS, Giordani AM, Rossi AG, Cóser PL. Avaliação do equilíbrio em alcoólicos. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(2):148:55.
32. Silber TJ; Souza RP. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescência Latino-americana* 198;98(1):148-62.
33. Silva CR, Kolling NM, Carvalho JCN, Cunha SM, Kristensen CH. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*;30:101-112
34. Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery(impr.)*. 2010 jul-set; 14 (3):585-590.
35. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):280-8.
36. Soldera M, Dalgalarro P, Correa Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):277-83.
37. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2001;35(2):150-8.
38. Tavares GP, Almeida RMM. Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. *Estudos de Psicologia Campinas* 2010;27(4):545-552



39. UNODC - Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime. Drogas: você conhece os riscos?; 2007. [http://www.unodc.org/pdf/brazil/drogas\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/drogas_ebook.pdf) (acessado em 13/Ago/2012).
40. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2008;24(11):2487-98.
41. World Health Organization (WHO). Mental Health; 2008.  
[http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf) (acessado em 28/Mar/2012).
42. World Health Organization (WHO). Mental Health; 1993.  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/em/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/em/) (acessado em 28/Mar/2012).
43. Zaleski M, Morato GS, Silva VA, Lemos T. Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da Síndrome de Abstinência do Alcool. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(1):40-2.



# 9- ANEXOS



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Informações ao (a) participante:**

A depressão relacionada com a dependência química se tornou um problema de saúde pública, sendo um desafio para os profissionais de saúde compreender o perfil desses usuários e realizar uma abordagem correta. Este estudo irá identificar as consequências do uso de drogas e sua relação como causa da depressão.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a prevalência de depressão nos usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Juiz de Fora. Serão aplicados questionários com perguntas direcionadas à condição sócio-econômica, à depressão (Inventário de Beck) e para avaliar o envolvimento com substâncias psicoativas (Questionário de Alcohol, Smoking and Substance Involvement - ASSIST).

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam o que será realizado:

1. Os profissionais envolvidos estão capacitados e instruídos para a aplicação dos questionários, sendo capazes de esclarecer qualquer dúvida antes, durante ou após a entrevista.
2. Você pode se recusar a participar do estudo e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem que haja penalização ou prejuízo. Durante o preenchimento dos questionários, você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
3. A participação como voluntário (a) não dará, ao (a) participante, nenhum privilégio nem prejuízo, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento.
4. Devido a utilização de questionários que abordam temas de ansiedade e depressão e relatam dados e/ou experiências pessoais, havendo assim um risco caracterizado como acima do mínimo, será oferecido apoio psicológico para os participantes que julgarem necessário.
5. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo reservado ao(a) participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo(a), de acordo com o preconizado na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.
6. As pessoas que irão analisar os dados dos questionários não terão acesso aos nomes, e sim a um número de identificação. Na apresentação dos resultados os nomes dos participantes serão preservados. Estes só serão apresentados em conjunto, portanto o sigilo quanto aos dados do(a) Sr(a). está garantido.
7. Os questionários serão aplicados no horário mais conveniente ao participante. Aproximadamente gastaremos cerca de 10 a 20 minutos com a entrevista.



ANEXO 1

8. O Termo de Consentimento será assinado pelo participante e por um dos pesquisadores coordenadores do projeto.

9. Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou desejar ter outras informações ou esclarecimentos a respeito da mesma, por gentileza, entre em contato com um dos pesquisadores envolvidos através do telefone (32) 3211 - 1331.

10. A sua participação será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para avaliação e criação de programas que melhorem a qualidade de vida dos médicos residentes. A pesquisa é de intuito investigativo-acadêmico sem quaisquer efeitos avaliativos individuais e/ou institucionais.

11. Os resultados estarão disponíveis para acesso de todos os participantes no final da pesquisa. Caso esteja interessado entrar em contato com os pesquisadores no telefone acima especificado.

Responda as perguntas a seguir, circulando a resposta SIM ou NÃO:

1. Você leu o termo de consentimento? ☐ SIM ☐ NÃO
2. Foram respondidas todas as suas perguntas sobre o estudo? ☐ SIM ☐ NÃO
3. Você se sente completamente esclarecido (a) sobre o estudo? ☐ SIM ☐ NÃO
4. Você concorda em fazer parte do estudo? ☐ SIM ☐ NÃO

A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou o meu consentimento.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura





## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Como se considera? ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Outro  
Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

Tem filhos? ( ) Sim ( ) Não  
Quantos: \_\_\_\_\_  
Tem pais biológicos? ( ) Sim ( ) Não  
Alguém na sua família usa (usava) drogas? ( ) Sim ( ) Não  
Quem? \_\_\_\_\_  
Realiza exercício físico? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_  
O que faz nas horas vagas (lazer)? \_\_\_\_\_  
Possui parceiro fixo? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim: -Seu companheiro usa (usava) drogas? ( ) Sim ( ) Não  
-Utiliza algum método contraceptivo? ( ) Sim ( ) Não  
-Qual? ( ) Camisinha ( ) Anticoncepcional ( ) Pílula do dia  
Seguinte ( ) Outros  
Interrupção da gestação? ( ) Sim ( ) Não  
Como é o relacionamento com sua família? \_\_\_\_\_  
Gosta da profissão que exerce? ( ) Sim ( ) Não  
Trabalha quantas horas por dia? \_\_\_\_\_  
Já tentou suicídio? ( ) Sim ( ) Não  
Já esteve envolvido em algum ato de violência? ( ) Sim ( ) Não  
Tem alguma doença psiquiátrica diagnosticada? ( ) Sim ( ) Não  
Teve algum motivo que o levou a consumir a droga? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_  
Como se sente ao utilizar a droga? \_\_\_\_\_  
E na falta dela, o que sente? \_\_\_\_\_  
Você tem facilidade para ter acesso às drogas? ( ) Sim ( ) Não  
Utiliza drogas injetáveis? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim: -Usa seringa descartável? ( ) Sim ( ) Não  
-Compartilha a mesma seringa? ( ) Sim ( ) Não  
Já fez tratamento para dependência química antes? ( ) Sim ( ) Não



## ANEXO 2

Apresentou alguma doença após começar a usar drogas?

( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Já fez algum exame laboratorial, para detectar:

|            | Sim/Não | Resultado Positivo | Resultado Negativo |
|------------|---------|--------------------|--------------------|
| AIDS       |         |                    |                    |
| Hepatite B |         |                    |                    |
| Hepatite C |         |                    |                    |
| Sífilis    |         |                    |                    |

Qual/quais drogas utiliza?

Álcool      Sim ( ) Não ( )

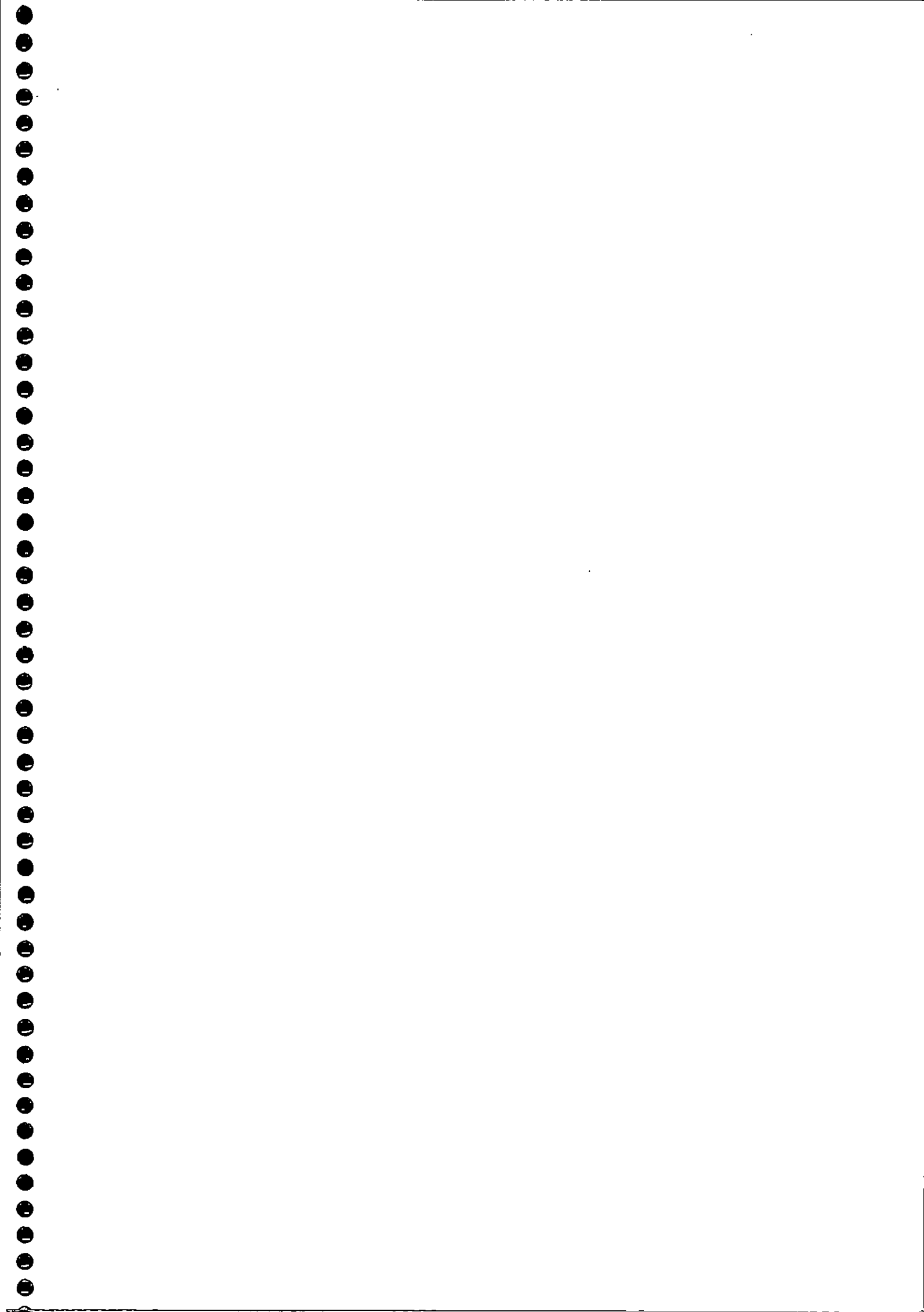
| Tipos | Quantidade | Frequência | Início | Final |
|-------|------------|------------|--------|-------|
|       |            |            |        |       |
|       |            |            |        |       |
|       |            |            |        |       |
|       |            |            |        |       |

Tabaco      Sim ( ) Não ( )

| Tipos | Quantidade | Frequência | Início | Final |
|-------|------------|------------|--------|-------|
|       |            |            |        |       |
|       |            |            |        |       |
|       |            |            |        |       |
|       |            |            |        |       |

Drogas ilícitas

| Tipos                        | Quantidade | Frequência | Início | Final |
|------------------------------|------------|------------|--------|-------|
| Maconha      Sim ( ) Não ( ) |            |            |        |       |
| Cocaína      Sim ( ) Não ( ) |            |            |        |       |
| Crack      Sim ( ) Não ( )   |            |            |        |       |
| Heroína      Sim ( ) Não ( ) |            |            |        |       |
| Outras                       |            |            |        |       |
|                              |            |            |        |       |
|                              |            |            |        |       |
|                              |            |            |        |       |



ASSIST – OMSQUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

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

Entrevistado: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| 1. Na sua vida, qual(is) dessa(s) Substância(s) você já usou? | NÃO | SIM |
|---------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a. Derivados do Tabaco                                        |     |     |
| b. Bebidas Alcoólicas                                         |     |     |
| c. Maconha                                                    |     |     |
| d. Cocaína, Crack                                             |     |     |
| e. Anfetaminas ou Êxtase                                      |     |     |
| f. Inalantes                                                  |     |     |
| g. Hipnóticos/Sedativos                                       |     |     |
| h. Alucinógenos                                               |     |     |
| i. Opióides                                                   |     |     |
| j. Outras, especificar                                        |     |     |

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois segunda droga e etc.). |       |              |             |              |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
|                                                                                                                                                        | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todos os dias |
| a. Derivados do Tabaco                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |
| b. Bebidas Alcoólicas                                                                                                                                  |       |              |             |              |                                    |
| c. Maconha                                                                                                                                             |       |              |             |              |                                    |
| d. Cocaína, Crack                                                                                                                                      |       |              |             |              |                                    |
| e. Anfetaminas ou Êxtase                                                                                                                               |       |              |             |              |                                    |
| f. Inalantes                                                                                                                                           |       |              |             |              |                                    |
| g. Hipnóticos/Sedativos                                                                                                                                |       |              |             |              |                                    |
| h. Alucinógenos                                                                                                                                        |       |              |             |              |                                    |
| i. Opióides                                                                                                                                            |       |              |             |              |                                    |
| j. Outras, especificar                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |

| 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois segunda droga e etc.) |       |              |             |              |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
|                                                                                                                                                       | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todos os dias |
|                                                                                                                                                       |       |              |             |              |                                    |



## ANEXO 3

|                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| a. Derivados do Tabaco   |  |  |  |  |  |
| b. Bebidas Alcolólicas   |  |  |  |  |  |
| c. Maconha               |  |  |  |  |  |
| d. Cocaína, Crack        |  |  |  |  |  |
| e. Anfetaminas ou Êxtase |  |  |  |  |  |
| f. Inalantes             |  |  |  |  |  |
| g. Hipnóticos/Sedativos  |  |  |  |  |  |
| h. Alucinógenos          |  |  |  |  |  |
| i. Opióides              |  |  |  |  |  |
| j. Outras, especificar   |  |  |  |  |  |

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de *(primeira droga, depois segunda droga e etc.)* resultou em problema de saúde social, legal ou financeiro?

|                                                                                                                                                                                                        | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todos os dias |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. Derivados do Tabaco                                                                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |
| b. Bebidas Alcolólicas                                                                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |
| c. Maconha                                                                                                                                                                                             |       |              |             |              |                                    |
| d. Cocaína, Crack                                                                                                                                                                                      |       |              |             |              |                                    |
| e. Anfetaminas ou Êxtase                                                                                                                                                                               |       |              |             |              |                                    |
| f. Inalantes                                                                                                                                                                                           |       |              |             |              |                                    |
| g. Hipnóticos/Sedativos                                                                                                                                                                                |       |              |             |              |                                    |
| h. Alucinógenos                                                                                                                                                                                        |       |              |             |              |                                    |
| i. Opióides                                                                                                                                                                                            |       |              |             |              |                                    |
| j. Outras, especificar                                                                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |
| 5. Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois segunda droga e etc.)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você | Nunca | 1 ou 2 vezes | Mensalmente | Semanalmente | Diariamente ou quase todos os dias |
| a. Derivados do Tabaco                                                                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |
| b. Bebidas Alcolólicas                                                                                                                                                                                 |       |              |             |              |                                    |



ANEXO 3

|                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| c. Maconha               |  |  |  |  |  |
| d. Cocaína, Crack        |  |  |  |  |  |
| e. Anfetaminas ou Êxtase |  |  |  |  |  |
| f. Inalantes             |  |  |  |  |  |
| g. Hipnóticos/Sedativos  |  |  |  |  |  |
| h. Alucinógenos          |  |  |  |  |  |
| i. Opióides              |  |  |  |  |  |
| j. Outras, especificar   |  |  |  |  |  |

6. Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenham demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga depois a segunda droga e etc.)*?

|                          | NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. Derivados do Tabaco   |            |                          |                                  |
| b. Bebidas Alcoólicas    |            |                          |                                  |
| c. Maconha               |            |                          |                                  |
| d. Cocaína, Crack        |            |                          |                                  |
| e. Anfetaminas ou Êxtase |            |                          |                                  |
| f. Inalantes             |            |                          |                                  |
| g. Hipnóticos/Sedativos  |            |                          |                                  |
| h. Alucinógenos          |            |                          |                                  |
| i. Opióides              |            |                          |                                  |
| j. Outras, especificar   |            |                          |                                  |

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga depois a segunda droga e etc.)* e não conseguiu?

|                        | NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. Derivados do Tabaco |            |                          |                                  |
| b. Bebidas Alcoólicas  |            |                          |                                  |



# ANEXO 3

|                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| c. Maconha               |  |  |  |
| d. Cocaína, Crack        |  |  |  |
| e. Anfetaminas ou Êxtase |  |  |  |
| f. Inalantes             |  |  |  |
| g. Hipnóticos/Sedativos  |  |  |  |
| h. Alucinógenos          |  |  |  |
| i. Opióides              |  |  |  |
| j. Outras, especificar   |  |  |  |

| 8. Alguma vez você já usou droga por injeção? |                          |                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| NÃO, nunca                                    | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, nos últimos 3 meses |
|                                               |                          |                          |



**Inventário de Depressão de Beck**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de aplicação: \_\_\_\_\_ Pontuação: \_\_\_\_\_

**Instruções**

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- |                                                                                       |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                                    | 6.                                                                        |
| 0 Não me sinto triste.                                                                | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).                                |
| 1 Sinto-me triste.                                                                    | 1 Sinto que posso ser punido(a).                                          |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.                                | 2 Sinto que mereço ser punido(a).                                         |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.                               | 3 Sinto que estou a ser punido(a).                                        |
| 2.                                                                                    | 7.                                                                        |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.                    | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).                            |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.                                     | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).                                |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar.                                                 | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).                                 |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.              | 3 Eu odeio-me.                                                            |
| 3.                                                                                    | 8.                                                                        |
| 0 Não me sinto fracassado(a).                                                         | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.                   |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.                                    | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.                             |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.                            |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso.                                                 | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.                          |
| 4.                                                                                    | 9.                                                                        |
| 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.                                   | 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.                                   |
| 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.                            | 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.          |
| 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.                          | 2 Gostaria de me matar.                                                   |
| 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.                                     | 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.                                |
| 5.                                                                                    | 10.                                                                       |
| 0 Não me sinto particularmente culpado(a).                                            | 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.                              |
| 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.                                          | 1 Choro mais agora do que costumava fazer.                                |
| 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.                                | 2 Actualmente, choro o tempo todo.                                        |
| 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.                                           | 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira. |



#### ANEXO 4

- 11.
- 0 Não me irrito mais do que costumava.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
- 12.
- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.
- 0 Tomo decisões como antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
- 14.
- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Considero-me feio(a).
- 15.
- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.
- 0 Durmo tão bem como habitualmente.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.
- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
- 18.
- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.
- 19.
- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 2 Perdi mais de 5 kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 kg.
- Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
- Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- 20.
- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.
- 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
- 2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: \_\_\_\_\_

Classificação: \_\_\_\_\_





*25/10/12*  
Sônia M. Netto Ramos  
Coordenadora  
CAPS Álcool-Drogas  
CRSME/38/PJF  
(32)3890-8550

**Ilma Senhora Sônia Ramos,  
Diretora do CAPS-AD.**

*De acordo,  
amigo*  
Ruben Dario C. do Vale  
Chefe do Dep. de Saúde Mental  
SSM/SSM-PF  
*24/10/12*



Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antonio Carlos (FAME/JF) Alice Contini Bonani (matrícula: 092-016518); Amanda Mota Fernandes (092-016502); Ana Carolina Fernandes Reis (092-016579); André Naoshi Akamini (102-000150); Oriana Pereira Vila Verde (092-016583); Roberto Nardi Silva Barbosa (092-016503); Sarah Nascimento Cardoso (092-016578); Shara Cristina dos Santos (092-001179); Simone Chaves Rodrigues Magalhães (092-016528) que estão desenvolvendo um projeto "Depressão em Usuários de Drogas em Tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) em Juiz de Fora - MG", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os referidos alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo irá identificar as consequências dessas substâncias e sua relação como causa da depressão podendo ocorrer durante o consumo ou na abstinência da mesma.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o perfil epidemiológico dos pacientes com depressão em tratamento que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas em Juiz de Fora. O mesmo será executado sob a orientação do professor Dr. José Eduardo Moreira Amorim. Pacientes que se encontram em tratamento serão convidados a participar do estudo, respondendo um questionário com perguntas direcionadas a vida sócio-econômica, avaliação da presença de sintomas depressivo e os principais fatores que induzam o consumo de drogas, quais são os tipos mais utilizados e sua frequência.

Considerando que os pacientes da pesquisa serão selecionados nessa instituição, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução CNS 196/96, serão observados com rigor, reiterando que os dados gerados pela pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo.

O projeto será cadastrado no site Plataforma Brasil, responsável por encaminhar o mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa pertinente. A investigação só será iniciada após ter sido aprovada pelo CEP. A senhora receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

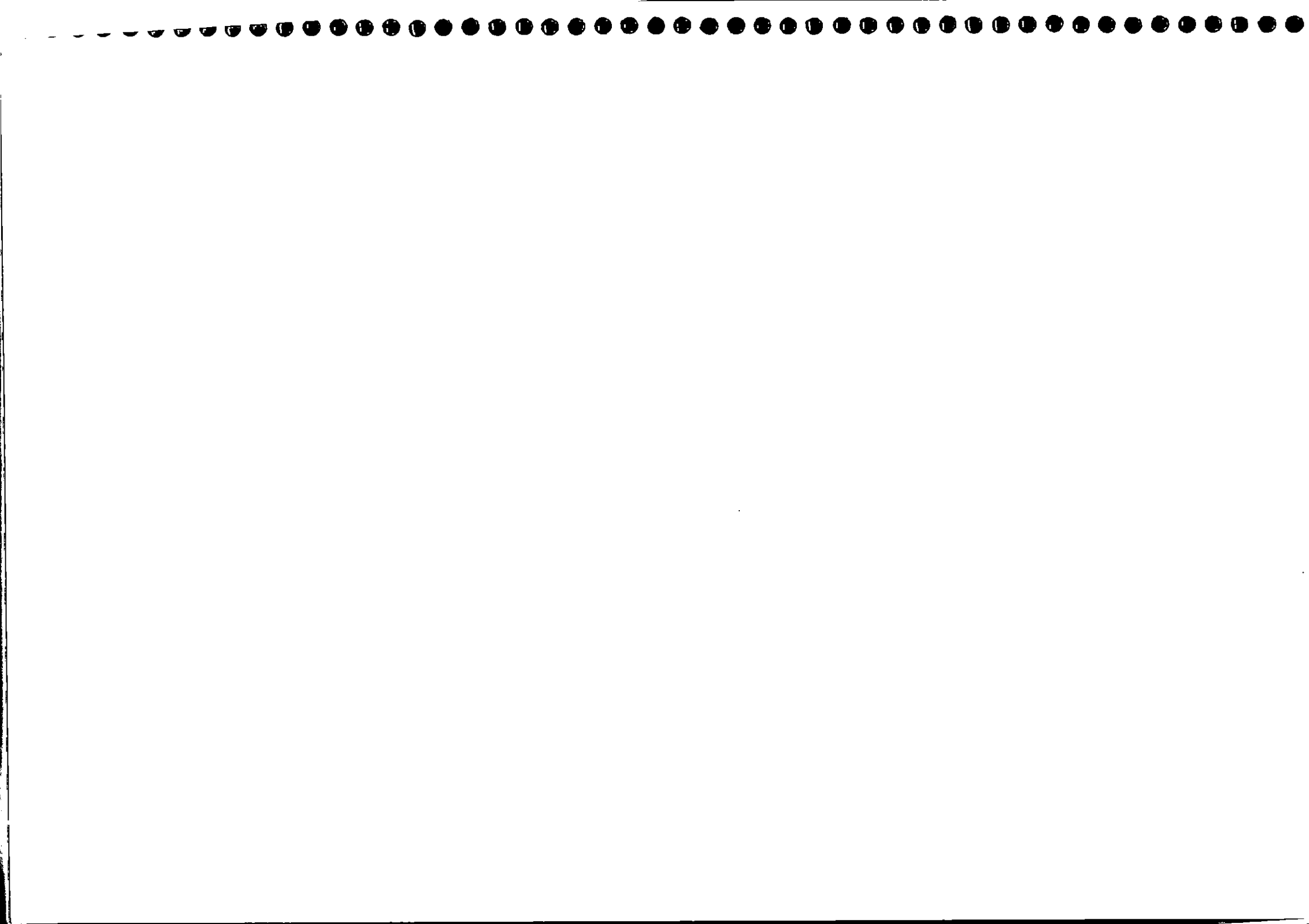
Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 19 de Outubro de 2012.

Dr. César Carvalho Esteves  
Coordenador do Curso  
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora  
FAME/JF - UNIPAC

Dr. José Eduardo Moreira Amorim  
Orientador da Pesquisa  
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora  
FAME/JF - UNIPAC



UNIVERSIDADE PRESIDENTE  
ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE DROGAS EM TRATAMENTO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS EM JUIZ DE FORA - MG

**Pesquisador:** José Eduardo Moreira Amorim

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13970513.2.0000.5156

**Instituição Proponente:** Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 250.018

**Data da Relatoria:** 18/04/2013

**Apresentação do Projeto:**

Estudo coerente e bem argumentado com o tema de pesquisa proposto.

**Objetivo da Pesquisa:**

Projeto bem formulado perante aos objetivos propostos, instrumento de coleta de dados (Questionário socioeconômico, ASSIST e Inventário de Depressão de Beck) contempla os objetivos da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Toda pesquisa acarreta riscos ao sujeito participante. Neste estudo, conforme autor, a pesquisa apresenta risco classificado como acima do mínimo devido aos questionários que serão aplicados, e, caso ocorra algum constrangimento, o participante terá garantido o atendimento psicológico por parte do orientador principal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem delimitada, cálculo amostral significativo, instrumento de coleta de dados contempla os objetivos propostos e percurso metodológico é descrito de forma detalhada.

Cronograma de desenvolvimento da pesquisa pertinente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória (folha de rosto, TCLE, autorização da instituição onde

**Endereço:** Rodovia MG - 338 - KM 12

**Bairro:** Colonia Rodrigo Silva

**CEP:** 36.201-143

**UF:** MG

**Município:** BARBACENA

**Telefone:** (32)3339-4960

**Fax:** (32)3339-4060

**E-mail:** cep@unipac.br



UNIVERSIDADE PRESIDENTE  
ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC



acontecerá a coleta de dados - CAPS AD e instrumento de coleta de dados) estão adequados para realização da pesquisa.

**Recomendações:**

Solicitamos que seja enviado para este CEP o relatório final do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto em consonância com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa elencados na Res. 196/96 CNS, viável perante ao cronograma proposto e possível de responder aos objetivos do estudo de acordo com descrição do percurso metodológico e instrumento de coleta de dados elaborado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BARBACENA, 19 de Abril de 2013

---

**Assinador por:**

**SEBASTIÃO ROGÉRIO GOIS MOREIRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rodovia MG - 338 - KM 12

**Bairro:** Colonia Rodrigo Silva

**CEP:** 36.201-143

**UF:** MG

**Município:** BARBACENA

**Telefone:** (32)3339-4960

**Fax:** (32)3339-4060

**E-mail:** cep@unipac.br



**LISTA DE ABREVIATURAS**

AIDS – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

ACTH – HORMÔNIO ADENOCORTICOTRÓPICO

ASSIST - ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT  
SCREENING TEST

CAPS AD - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS  
PSICOTRÓPICAS

CISA – CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE

DSM-IV-TR – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS  
MENTAIS

GABA – GAMA – AMINOBUTÍRICO

HIV – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

JF – JUIZ DE FORA

MG – MINAS GERAIS

NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SNC – SISTEMA NERVOSO CENTRAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TH - TRANSTORNO DE HUMOR

UNODC – ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA DROGAS E  
CRIME

USA – UNITED STATES OF AMERICA

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION



## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Perfil socioeconômico dos pacientes do CAPS AD de Juiz de Fora

**Tabela 2.** Prevalência do consumo de drogas entre pacientes do CAPS - AD Juiz de Fora

**Tabela 3.** Perfil socioeconômico: características relacionadas ao uso de droga

**Tabela 4.** Intervenção orientada pelo resultado do ASSIST

**Tabela 5.** ASSIST X Depressão

**Tabela 6.** Prevalência de depressão x sexo, idade e tipos de droga

**Tabela 7.** Classificação de Beck x Parceiro fixo, envolvimento com atos de violência e suicídio

**Tabela 8.** Prevalência de depressão no CAPS-AD Juiz de Fora

**Tabela 9.** Prevalência de depressão pelo inventario de BECK

**Tabela 10.** Frequência do uso de drogas nos pacientes entrevistados

**Tabela 11.** Sintomatologia de abstinência e após uso

**Tabela 12.** Sintomatologia no período da abstinência X depressão

**Tabela 13.** Sintomatologia no período após o uso X depressão

**Tabela 14.** Motivos para início do consumo da droga

**Tabela 15.** Motivos para início do uso X depressão

