

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

WILLIAM ALVES DE OLIVEIRA

Aracaju
Fevereiro - 2017

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

Dissertação de Mestrado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente

William Alves de Oliveira

Orientadores

Profa. Cristiane Costa da Cunha Oliveira Ph.D.

Prof. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior Ph.D.

Aracaju
Fevereiro - 2017

-
- O48a Oliveira, William Alves de
- Ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas. / William Alves de Oliveira ; Orientação [de] Profª. Drª. Cristiane Costa da Cunha Oliveira , Prof. Dr. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior. – Aracaju: UNIT, 2017.
- 88 p.; il.
- Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes.
- Inclui bibliografia.
1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha. (orient.) II. Albuquerque Júnior, Ricardo Luiz Cavalcanti de. (orient.) III. Universidade Tiradentes. IV. Título.
- CDU: 504:371.78
-

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

William Alves de Oliveira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovado por:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Ph.D.
Orientador

Ricardo Luiz C. de Albuquerque Júnior, Ph.D.
Orientador

Verónica de Lourdes Sierpe, Dra.
Universidade Tiradentes

Marco Antônio Prado Nunes, Dr.
Universidade Federal de Sergipe

Claudia Moura de Melo, Dra.
Universidade Tiradentes (Suplente)

DEDICATÓRIA

A todos os psicólogos e educadores que desempenham o seu papel com amor e dedicação.

Aqueles que anseiam por conhecimento e por crescimento no âmbito profissional.

A minha família e amigos que sonham os meus sonhos diariamente.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por possibilitar-me chegar até aqui. A Virgem Maria pela intercessão e colo caloroso de mãe nos dias frios e nublados. Aos anjos e santos que regem a minha jornada e dão a proteção necessária para que a promessa de Deus em minha vida seja cumprida.

A minha família (mãe, avó e tio) pelo alicerce de fé e persistência que representam em minha vida; pelo sim e pelo não e, principalmente, por estar comigo em todas as situações. Tenho um imenso orgulho da história integra e de coragem de cada um de vocês que me serviu como exemplo de amor, para que eu pudesse amar nesta trajetória. Amo vocês!

A minha eterna orientadora a Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira por acreditar, por ver além dos alunos prodígios, um aluno que precisava ser lapidado. Com muita sabedoria ensinou, acreditou e dedicou dias para que não só fosse formado um profissional, mas alguém com a capacidade de olhar com respeito, desenvolver espírito de equipe e potencializar o lado positivo de cada um. Uma amiga, mãe e profissional que tenho orgulho de ser fruto de seu empenho e do ser humano que pude desfrutar.

Ao meu queridíssimo orientador o Dr. Ricardo Luiz C. de Albuquerque Júnior outro ser humano incrível, acredito que os comportamentos falam mais que as próprias palavras. Assim, posso definí-lo brevemente, como alguém prático e, claro, com uma visão de confiança, um abraço de forças e com o olhar de “tô entendendo”. Assim como fala Jung “Ao tocar uma alma humana, devemos ser outra alma humana”. Aprendi!

A coordenadora do PSA, a Dr. Claudia de Melo, como não agradecer a esta profissional tão eficiente, disponível e disposta entender a necessidade e adaptá-la a possibilidade. Não posso esquecer nunca como retira os óculos do rosto e olha tão profundo em nossos olhos, e diz: você não me convenceu! Que desafiador, que inquietude causa em nós e como faz ao mesmo tempo, desenvolvermos um equilíbrio e enfrentar o que deve ser enfrentado, ou melhor, defendido.

A coordenadora do LPPS, a Dra. Marлизete Maldonado, por trazer-me da psicologia ao campo da investigação científica, pelos abraços apertados, sorrisos espontâneos e “puxões de orelha no início da iniciação científica”. Hoje sou crítico, recomeço e digo não!

Aos meus amigos de laboratório e do mestrado, indispensável citar Andreia Poschi, por sua constante presença em minha vida, uma orientadora, irmã, que despertou em mim um desejo enorme de seguir e não parar. Trocamos lágrimas e usufruímos de grandes risadas. Ana Karina, Taissa, Gregorina, Flávia sou apaixonado por vocês, que motivação, obrigado pelas parcerias e por permitir conhecer muito da vida de vocês! Aos meus queridos ICs Marcela, Nicolle, Jéssica, Aline e Jean. Um projeto tão amplo e conseguimos com o apoio, dedicação, compromisso e ética por parte de vocês.

Aos meus amigos pessoais que tanto serviram de apoio, ponto de descanso e abastecedores de energia. Por entender-me tão bem, mais que eu mesmo. Nossa! Obrigado de verdade este trabalho devo a inspiração de cada um de vocês (Gerlaine, Kalyne e Wennyson). Agradeço também aqueles amigos que passaram por esta formação e que sei que ainda estaremos juntos como Igor Soares, Eliane Andrade, Iza Fontes e tantos outros que abrilhantaram os meus dias e deram importantes sugestões.

As parcerias no México e Guatemala: Universidade Autónoma del Estado de México representada pelo Dr. Oscar Donovan, Universidad San Carlos representada pelo Dr. Mario Salazar e a Universidad Intercontinental, representada pela Dra. Gabriela Iturribarria. A Secretarias de Saúde do Estado do México e do Estado de Sergipe, aos coordenadores, profissionais e usuários dos CAPS AD.

Á todos, muito obrigado!

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	6
AGRADECIMENTOS	7
RESUMO	11
ABSTRACT	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE QUADROS	14
LISTA DE FIGURAS	15
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	16
1 INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1. TRANSTORNOS MENTAIS	20
3.1.1. Ansiedade	20
3.1.2. Depressão	22
3.1.3. Transtornos por uso de substâncias	23
3.2 . CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	26
3.2.1. Âmbito da saúde	26
3.3.2. Âmbito jurídico	29
3.3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	31
3.3.1. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)	32
4. MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
4.1.1 DESENHO METODOLÓGICO	33

4.2. ÁREA DE ESTUDO	33
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	33
4.4.3 Seleção da amostra	34
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	34
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	36
4.7.1 Medidas de expressão dos dados obtidos	37
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	39
REFERÊNCIAS	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1 ARTIGO	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
7 APÊNDICE	69
8 ANEXOS.....	71
ANEXO 1 - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)	71
ANEXO 2 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	72
ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	73
ANEXO 4 – NORMAS PARA SUBMISSÃO	74
ANEXO 5 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO	85

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

RESUMO

A ansiedade e depressão tornaram-se problemas atuais de saúde pública. A literatura aponta possíveis fatores associados a estes transtornos, como as características sociodemográficas, econômicas, consumo de substâncias psicoativas e aspectos religiosos. Este estudo analisou os níveis de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS AD em Aracaju, Sergipe, segundo o padrão de consumo de substâncias psicoativas, características sociodemográficas e aspectos religiosos. Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem analítica quantitativa, realizado no período de julho de 2016 a setembro de 2016. Participaram do estudo 157 usuários de substâncias psicoativas. As variáveis dependentes ansiedade e depressão foram mensuradas pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o “Inventário de Depressão de Beck (BDI), respectivamente. As variáveis independentes foram investigadas por meio das fichas de cadastro e dos prontuários dos sujeitos selecionados para a pesquisa. Para análise dos inventários, seguiram-se os critérios de correção dos manuais de ambos os instrumentos; para análise dos padrões de uso de substâncias psicoativas foram utilizadas as categorias preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. Para as análises estatísticas foram realizadas análises descritivas com distribuição de frequência absoluta e relativa dos dados sociodemográficos, aspectos religiosos e padrão de consumo de substâncias psicoativas e cálculo das médias de desvio padrão dos escores dos instrumentos de ansiedade e depressão; seguida de análise bivariada com aplicação do teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre presença e ausência de sintomas ansiosos e depressivos, padrão do consumo das SPA's e dados sociodemográficos. Após teste de normalidade de (Kolomorov-Smirnov), aplicou-se também teste de comparação das médias dos escores de ansiedade e depressão: Teste T e “ANOVA” seguido do teste *post hoc* LSD. Foi adotado o intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5%. A maioria dos usuários de substâncias psicoativas foi do sexo masculino 82,8%, com idades de 18 aos 79 anos ($m = 42,1$; $DP = 14,4$). A ansiedade e depressão estiveram presentes nos sujeitos em nível sintomatológico predominantemente grave 43,9 % e 36,9%, respectivamente. Houve correlação significativa entre os escores médios de ansiedade e depressão ($p = 0,0001$). A depressão apresentou correlação significativa com a idade ($p = 0,009$) e com o tempo de tratamento dos usuários pelo CAPS AD ($p = 0,01$). A ansiedade esteve significativamente associada à prática religiosa ($p = 0,04$). Observou-se que o álcool foi a substâncias mais consumida, com padrão de uso pesado 23, 6%; sendo que a ansiedade e depressão apresentaram correlação significativa com o padrão do consumo dessa substância ($p = 0,002$) e ($p = 0,001$), respectivamente. Conclui-se que os níveis de ansiedade e depressão estão presentes em níveis moderados e severos no grupo de usuários de substâncias psicoativas e que estão correlacionados com o aumento da idade, o tempo de acompanhamento e associado à prática religiosa.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

ANXIETY AND DEPRESSION IN USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES OF PSICOSSOCIAL CENTER OF ATTENTION, ALCOHOL AND OTHER DRUGS

ABSTRACT

Anxiety and depression have become current public health problems. The literature points to possible associated factors to these disorders, such as sociodemographic, economic, psychoactive substance use and religious aspects. This study analyzed the levels of anxiety and depression among the users of psychoactive substances at the Centers of Psychosocial Attention of Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) in Aracaju, Sergipe, Brazil, according to the pattern of psychoactive substances consumption, sociodemographic characteristics and religious aspects. It is a transversal study with a quantitative analytical approach, done between July and September of 2016. Were part of the study 157 users of psychoactive substances. The dependent variables anxiety and depression were measured by the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI), respectively. The independent variables were investigated by the registration forms and medical records of the researched subjects. The criteria for the analyses of the inventories was the manuals of both instruments; the analyses of the psychoactive substances use pattern was based on the categories of the World Health Organization. The confidence interval of 95% was adopted for the statistics and a significance level of 5 %. Differences and associations were considered significant when the value of "P" was smaller than 0,05. The descriptive analyzes were calculated with the distribution of the absolute and relative frequency of the sociodemographic, religious aspects and pattern of consumption data and the calculation of the mean and standard deviation of the scores of the instruments of anxiety and depression; followed by the bivariate analyses with the application of the chi-square test to verify the possible association between the presence and absence of the anxious and depressive symptoms, the pattern of consumption of psychoactive substances and the sociodemographic data. After the normality test (Kolomorov-Smirnov) it was also applicated the comparison of means of anxiety and depressions scores: T Test and "ANOVA" followed by *post hoc* LSD. The majority of the psychoactive substance users are male 82,8%, are between the age of 18 and 79 years old (m= 42,1;DP=14,4). The anxiety and depression were present in the subjects with predominantly high levels of symptoms 43,9% e 36,9%, respectively. There was a significant correlation between the means scores of anxiety and depression ($p = 0,0001$). Depression presented a significant correlation with age ($p = 0,009$) and with time of treatment with the users of CAPS AD ($p = 0,01$). Anxiety was significantly associated with the religious practice ($p = 0,04$). It was observed that alcohol was the most used substance with high level pattern 23,6%; anxiety and depression were significantly correlated to the consumption of this substance ($p = 0,002$) and ($p = 0,001$), respectively. We conclude that the levels of anxiety and depression are present in high levels in the group of psychoactive substance users and are also correlated to the increase of age, the time of monitoring and associated to the religious practice.

Key words: Substance-Related Disorders; Anxiety; Depression

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Comparação de média dos escores da presença de sintomas de ansiedade e depressão de acordo com características sociodemográficas e espirituais - CAPS-AD Aracaju- 2016	61
Tabela 2 - Comparação de média dos escores de sintomas de ansiedade e depressão, segundo o padrão consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas - CAPS-AD Aracaju- 2016	62
Tabela 3 - Correlação dos escores médios de sintomas de ansiedade e depressão o padrão de consumo das SPAs pelos usuários do CAPS-AD Aracaju- 2016	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sintomas da Síndrome de Abstinência de acordo com as substâncias psicoativas mais prevalentes mundialmente.	25
Quadro 2 - Situação do atendimento de usuários de substâncias psicoativas no CAPS-AD – Aracaju, novembro de 2015 a abril de 2016.....	34
Quadro 3 – Classificação das variáveis sociodemográficas e religiosas dos usuários de substâncias psicoativas – CAPS AD - 2016.....	37
Quadro 4 - Padrões de uso de substâncias psicoativas segundo a OMS (2007).	38
Quadro 5 - Nível sintomatológico de ansiedade e depressão segundo Cunha (2001).	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa do estado de Sergipe	Erro! Indicador não definido.
Figura 2 – Etapas da pesquisa – CAPS AD – Aracaju, SE, 2016.....	35
Figura 3 - Comparação dos níveis sintomatológicos de ansiedade e depressão segundo a idade dos usuários de substâncias psicoativas - CAPS AD - Aracaju- 2016	63
Figura 4 - Correlação dos escores médios dos sintomas de depressão de acordo com escores médios de ansiedade e o tempo de acompanhamento – CAPS AD - Aracaju - 2016	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

Br- Brasil

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossociais álcool e drogas

DP - Dependência Química

EUA - Estados Unidos da América

IC - Intervalo de Confiança

OID - Observatório Interamericano Sobre Drogas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SA – Síndrome de abstinência

SE - Sergipe

SEED/SE - Secretaria Estadual de Educação de Sergipe

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC - Sistema Nervoso Central

SPA - Substâncias Psicoativas

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TA - Transtorno de Ansiedade

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TD - Transtorno de Depressão

TM - Transtorno Mental

WHO - *World Health Organization*.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que o número de pessoas, com depressão e/ou ansiedade – transtornos mentais comuns - aumentou em nível mundial de 416 milhões para 615 milhões (50%), entre os anos de 1990 a 2013. Aproximadamente, 10% da população global possuem diagnóstico positivo para esses transtornos. Estima-se, que uma a cada cinco pessoas são afetadas pelos sintomas ansiosos e/ou depressivos. E, 30% da carga global de doenças não fatais são respostas do acometimento de ansiedade e/ou depressão (WHO, 2016).

O relatório *Megacity Mental Health Surve em São Paulo* (2014) afirmou que em 24 grandes cidades investigadas em países distintos, os problemas mais comuns foram a ansiedade e o abuso de substâncias psicoativas. Segundo o *A monthly newsletter from the National Institutes of Health, part of the U.S. Department of Health and Human Services*, os transtornos de ansiedade (TA) afetam aproximadamente um em cada cinco americanos por ano, o que provoca o aumento de risco de outros problemas médicos como doenças cardíacas, diabetes, depressão e abuso de substâncias (NIH, 2016).

Um estudo brasileiro realizado em quatro capitais investigou a prevalência de depressão e ansiedade e suas associações com características sociodemográficas. Os resultados apontaram altas taxas desses transtornos em Fortaleza 64,3%; Porto Alegre 57,7%; São Paulo 53,3% e Rio de Janeiro 51,9%, respectivamente. Os transtornos foram encontrados especialmente em mulheres, desempregados, com escolaridade e renda baixas.

Outro cenário importante é que cerca de 246 milhões de pessoas da população mundial já fizeram uso de algum tipo de substâncias psicoativas (SPA). Aproximadamente, 27 milhões de pessoas utilizam essas substâncias de maneira problemática. O número de indivíduos que possuem diagnóstico para transtornos associados ao uso de SPA aumentou pela primeira vez em seis anos a nível mundial (2009 a 2015). E, a quantidade de mortes decorrentes do abuso de SPA é de aproximadamente 187,100 milhões de pessoas por ano (UNDOC, 2016).

No Brasil, o II Levantamento Nacional Domiciliar realizado em 2006, demonstrou que 9,0% da população Brasileira possuíam dependência química. Em 2009, houve no país 138.585 internamentos decorrentes do abuso de SPA e transtornos associados (SENAD, 2009). Na cidade de Aracaju há um número crescente de usuários de SPA (SERGIPE,

2013). Na Grande Aracaju, uma pesquisa revelou que os indivíduos consumiam SPA desde idades precoces (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Estudos têm avaliado os níveis de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas (HORTA, *et al.*, 2016; MARCON *et al.*, 2014. BARTHOLOMEU *et al.*, 2014). Nessa perspectiva, um estudo mexicano observou que 83,5% dos transtornos pesquisados estavam associados ao uso de substâncias psicoativas, sendo a ansiedade o segundo mais frequente 30,3%, seguido pela depressão 24% (MARÍN - NAVARRETE *et al.*, 2013). Por outro lado, a Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR) (2015) afirma que a depressão é o transtorno mental mais comum mundialmente.

No estado de Sergipe um estudo realizado em quatro Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), apontou que a depressão 69,90% foi o transtorno predominante, e a ansiedade apresentou-se como o terceiro em 63,10% dos casos (ANDRADE, 2014). Entretanto, a ocorrência desses transtornos normalmente está associada entre si. Quando ocorre de um indivíduo receber um diagnóstico de ansiedade e depressão simultaneamente é comum que os sintomas depressivos sejam observados sem a percepção clara, ou sem a detecção do transtorno subjacente (NHS NICE, 2014).

Neste contexto, este estudo analisou os níveis de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS AD em Aracaju, Sergipe, segundo o padrão de consumo de substâncias psicoativas, características sociodemográficas e aspectos religiosos. A dissertação com abordagem interdisciplinar em saúde e ambiente permitiu por meio desta análise trazer subsídios que podem contribuir para o planejamento dos serviços e políticas públicas de saúde mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os níveis de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS AD em Aracaju, Sergipe, segundo o padrão de consumo de substâncias psicoativas, características sociodemográficas e aspectos religiosos.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Analisar a relação entre os níveis de ansiedade e depressão; padrão do consumo de substâncias psicoativas, características sociodemográficas e aspectos religiosos dos sujeitos da pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Transtornos Mentais

A classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) (1994) define as perturbações mentais e do comportamento como um todo e os sintomas variam substancialmente. Os transtornos mentais (TM) são caracterizados em termos gerais por uma combinação de processos de pensamentos considerados anormais, tais como, as emoções, os comportamentos e as relações sociais.

Os TMs são considerados altamente incapacitantes e prevalentes; resultam em dificuldades e limitações que implicam na perda de saúde, relações sociais e produção econômica. Correspondem, ainda, um peso de incapacidade de longa duração que provoca a redução da qualidade de vida nos indivíduos acometidos e naqueles que estão a sua volta (CHISHOLM *et al.*, 2016).

Existem alguns aspectos importantes em relação aos TMs, onde alguns transtornos podem desencadear o uso de SPA e vice-versa. Isto pode ocorrer devido a busca da substância por alívio das angústias e minimização dos sintomas ansiosos e/ou depressivos, bem como outros sintomas que podem ocasionar o aumento das patologias decorrentes dos vícios (SANTOS; GONÇALVES, 2016).

3.1.1. Ansiedade

Pena e Monteiro (2015) afirmam que a ansiedade em si não é uma enfermidade e pode ser entendida a partir das experiências normais vivenciadas por todos os indivíduos de maneira natural, sendo essencial para o desenvolvimento humano; pois prepara o indivíduo para o enfrentamento de ameaça e perigo frente a diferentes situações. Em alguns momentos, o nível de ansiedade pode apresentar-se elevado e desproporcional mediante a situações que não estão adaptados. Os sintomas podem persistir e tornarem-se mais intensos, com prejuízos nas atividades diárias. Quando não são tratados podem se agravar, tornando-se crônico e/ou desenvolver outro transtorno mental.

O transtorno de ansiedade (TA) difere entre si nas situações e objetos que implicam em medo, comportamento de esquiva (quando o indivíduo evita entrar em contato com algo) e ideação cognitiva (formação de ideias). Este tipo de transtorno tende a ser altamente

comorbido, mas pode ser diagnosticado e diferenciado pelo exame detalhado dos tipos de situações evitadas ou temidas pelo sujeito, pelo conteúdo dos pensamentos e as crenças associadas (APA, 2013).

Os TA, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM V) são classificados em: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica (animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos: medo de sangue, injeções e transfusões; medo de outros cuidados médicos, medo de ferimentos; situacional; outros); transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico agorafobia, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica; outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado.

Em todos os tipos de TA as perturbações inerentes limitam os indivíduos a enfrentar a enfermidade. Isto pode estar relacionado a necessidade de expor sua intimidade a pessoas desconhecidas; as situações de incerteza em relação ao progresso do tratamento e a falta de compreensão dos que estão próximos ao sujeito ansioso, os quais podem ser fatores altamente ansiogênicos. A soma destes pode aumentar a ocorrência de sintomas físicos e psicológicos, bem como o tempo de tratamento que se prolonga significativamente (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Um dos instrumentos criados para avaliar a ansiedade é o “Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)”. Considerado uma medida sintomática de auto relato e útil com a população em geral. O BAI possui 21 questões de sintomas de ansiedade, onde o sujeito avalia o quanto cada um dos sintomas apresentados é aplicável em si mesmo, a partir de uma escala de 0 a 3. A soma dos escores individuais representa o escore total utilizado para classificar a intensidade da ansiedade como mínima, leve, moderada ou grave. De acordo com o manual, o instrumento é apropriado para pacientes psiquiátricos. Pode ser aplicado individualmente e oral (caso haja possibilidade de compreensão oral); individual e auto administrada ou de maneira coletiva. O tempo mínimo de aplicação geralmente corresponde entre cinco a dez minutos quando auto administrado ou dez minutos quando oral (CUNHA, 2001).

Estudos tem utilizado este instrumento para avaliar os níveis de ansiedade em usuários de substâncias psicoativas (HORTA, *et al.*, 2016; ANDRETTA, *et al.*, 2014; LEWGOY *et al.*, 2014). Um estudo realizado por Marín - Navarrete *et al.*, (2013) no Estado do México, apontou que dentre os transtornos pesquisados a ansiedade destacou-se como

um dos mais prevalentes 30,3%, sendo predominante nas idades de 18 – 29 em 32.9% dos casos.

3.1.2. Depressão

A depressão é considerada uma experiência que pode ser vivenciada por qualquer indivíduo. Todavia, sem ultrapassar os limites da normalidade percebidos por meio do tempo de duração e intensidade com que ocorre. O sujeito com depressão deve ser avaliado criteriosamente por sua sintomatologia (desmotivação, sentimento de tristeza, alterações da atenção e do sono – sintomas que são motivados por perdas afetivas e frustrações) (ABDALLAH *et al.*, 2016).

O transtorno de depressão (TD) pode ser classificado segundo o DSM V (2013) como: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré - menstrual, transtorno depressivo induzido por substâncias/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado, transtorno depressivo não especificado e transtorno depressivo maior.

Os sintomas decorrentes do TD podem ser observados pelo relato de sensação subjetiva de diminuição de energia, com presença de fadiga, cansaço, desinteresse, lentidão e ideias ruína. Caracteriza-se também pela anedonia (diminuição da capacidade de sentimentos de alegria e prazer) e presença de humor depressivo e/ou irritável. Há alguns fatores de risco para este transtorno, como a ansiedade, viver sozinho, patologias crônicas, idade avançada, falta de vínculos sociais e suporte social. Alguns eventos estressantes, tais como, ficar viúvo (a) recentemente ou outras perdas importantes são fatores que aumentam os sintomas depressivos. A depressão também é considerada fator de risco para outros agravos a saúde, como o uso abusivo de SPA (FERREIRA *et al.*, 2014; SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Os sintomas de depressão podem ser medidos por meio do “Inventário de Depressão de Beck (BDI)”. Este instrumento é composto por questões descritivas de sintomas depressivos. Constitui-se em uma medida de auto relato e o sujeito pode escolher uma ou várias alternativas, de acordo como tem se sentido. Para amostras não diagnosticadas com transtornos afetivos, os valores são menores ou iguais a 15 classificam

os indivíduos com *sem a presença de sintomas*; 16 a 20 *disforia* (mudanças repentinas e transitórias do estado de ânimo) e superiores a 20, *sugestivos de depressão* (CUNHA, 2001).

No estado de Mato Grosso, um estudo foi desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de quatro municípios do estado: Cuiabá/capital, Várzea Grande, Rondonópolis e Barra do Garças. Neste estudo, avaliou-se a correlação entre a presença de sintomas depressivos por meio do (BDI), sendo que 37,6% dos sujeitos pesquisados apresentaram sintomas sugestivos de depressão. Considerou-se que o uso de substâncias psicoativas e a presença de sintomas interferem significativamente na vida dos usuários, o que pode comprometer a motivação para o tratamento (MARCON *et al.*, 2014).

Uma pesquisa realizada nos EUA, com advogados licenciados demonstrou que estes sujeitos utilizavam SPA. A maioria dessa amostra 20,6% era consumidora com risco nocivo e potencial para o desenvolvimento de alcoolismo, sendo o sexo masculino prevalente, e média de idade de 30 anos. Estes mesmo sujeitos apresentaram concomitantemente níveis moderados de depressão (KRILL *et al.*, 2016).

3.1.3. Transtornos por uso de substâncias

As substâncias psicoativas (SPA) são aquelas que atuam no sistema nervoso central e alteram o pensamento, as emoções e o comportamento. O uso abusivo de SPA pode ocasionar transtornos que possuem fatores considerados “fatores de risco e proteção” em relação ao primeiro contato com a SPA e durante o processo de uso, são eles: o contexto social em que o indivíduo se desenvolve, os comportamentos relacionados com a família (considerado o mais importante), grupo de amigos e parentes e os aspectos religiosos (GONZALEZ *et al.*, 2015).

Os fatores de risco proporcionam o aumento na probabilidade de ocorrência de uso das SPAs, ao contrário dos de proteção que servem para prevenir tal ocorrência. Os comportamentos que estão relacionados ao consumo correspondem à curiosidade do indivíduo e a possibilidade de experimentação de novas sensações. Estes podem estar

somados a questões voltadas a timidez (inibição) de situações, necessidade de aceitação adversa ou sentimentos de liberdade e poder (LÓPEZ *et al.*, 2012).

Existe, ainda, um grau de risco para o consumo de SPA, por indivíduos de classes econômicas mais desfavorecidas, desempregados e baixo nível de escolaridade (ESTRADA *et al.*, 2012). Segundo Capistrano *et al.*, (2013), o uso de SPA pode prejudicar diversos sistemas e destaca como principais o adoecimento das relações e implicações em atividades laborais. Isto, demonstra que há uma mudança negativa que afeta a sociedade como um todo e haverá a necessidade de reestruturações em todos os sistemas envolvidos.

Segundo o manual da *Organización Panamericana de Salud* (OPAS) (2009), o diagnóstico para o transtorno por uso de substâncias deve revelar à história do uso de SPA, a classificação da (s) SPA utilizada (s), frequência, quantidade, via de consumo, e o episódico de ocorrência (contínuo solitário ou social). Devem-se, ainda, investigar as consequências funcionais existentes (interpessoais ou legais), fenômenos de tolerância e de abstinência, bem como a associação temporal entre o consumo e as motivações do indivíduo.

Segundo o DSM V (2013), os transtornos decorrentes do uso de substâncias, são: intoxicação, abstinência, transtorno induzido por medicação/substância e transtornos induzidos por substância não especificados. A atual versão do manual passou a incluir os diagnósticos de abstinência de *cannabis* e abstinência de cafeína; transtorno por uso de tabaco, “remissão precoce”, “remissão sustentada”, especificadores que descrevem indivíduos “em um ambiente controlado”, aqueles que estão “em terapia de manutenção” e transtorno de jogo.

Os indivíduos que possuem algum transtorno citado acima têm maior probabilidade de desenvolver outro transtorno psiquiátrico concomitante em relação aos indivíduos que não possuem tal diagnóstico. Considera-se que, identificar o transtorno concomitante é indispensável para o tratamento desses indivíduos (BARTHOLOMEU *et al.*, 2014; HESS *et al.*, 2012). Entende-se também que desde um consumo leve ao consumo pesado de SPA podem desencadear transtornos psiquiátricos comorbidos (LOO; ROMEIJN, 2015).

Uma questão importante para a compreensão dos transtornos por uso de substâncias é a Síndrome de Abstinência (SA) que está relacionada a alguns sintomas de ansiedade e depressão. Aqui, serão apresentados os sintomas de abstinência relacionados às SPAs de maior prevalência no mundo (Quadro 1).

Quadro 1 - Sintomas da Síndrome de Abstinência de acordo com a substâncias psicoativas mais prevalentes mundialmente.

Substância	Sintomas da Síndrome de Abstinência
Álcool	• Inicia-se dentro de 4 a 12 horas após a interrupção ou a diminuição do uso • A intensidade da SA atinge seu pico no segundo dia e termina em quatro a cinco dias. • Entre 70% e 90% dos pacientes, apresentam ansiedade, tremores desconfortos gastrointestinal, irritabilidade, elevação da pressão arterial, taquicardia e hiperatividade autonômica. • O aparecimento desses sintomas caracteriza a SA como grave.
Cocaína	• É comum o aparecimento de anedonia e fissura. • Quadro bem definido de abstinência, entretanto sua duração ainda não é consenso. • O quadro é descrito como trifásico. A primeira fase, denominada "crash" (duração de horas a cinco dias, fissura intensa no início, irritabilidade, evoluindo para hipersonolência, depressão, anedonia e exaustão). A segunda fase inicia com a fissura, sintomas depressivos e ansiosos. Na terceira fase há uma redução gradativa da fissura e tendência a normalização do humor, sono e ansiedade.
Maconha	• Os sintomas mais comuns na abstinência da maconha são: desconforto físico, irritabilidade, mudança no apetite e perda de peso. • Estudos sobre o tratamento para transtornos por uso de maconha ainda são limitados.

	• Pode precipitar episódios iniciais psicóticos em pacientes com vulnerabilidade.
--	---

(Fonte: Amaral et al., 2010).

3.2 . Classificação das substâncias psicoativas

3.2.1. Âmbito da saúde

A WHO (1979) classifica as SPAs em três categorias e considera que todas atuam no sistema nervoso central:

Depressoras: diminuem a atenção, a tensão emocional, a concentração e a capacidade intelectual, bem como a atividade mental dos indivíduos. Incluem: o álcool, os narcóticos (a morfina, o ópio e a heroína), os inalantes, os benzodiazepínicos e os ansiolíticos, ambos os medicamentos são vendidos em farmácias mediante apresentação de receita médica.

Estimulantes: aumenta o funcionamento do cérebro de maneira acelerada, consequentemente aumenta a atividade mental. Incluem: a cocaína em formas diversificadas, as anfetaminas, as metanfetamina, a cafeína, o chá mate, o chá preto, e a nicotina.

Perturbadoras: afetam a capacidade do indivíduo em relação ao espaço e tempo. Provocam alterações na percepção e sentido, desencadeia distúrbios e, isto, pode provocar acidentes, com maior facilidade quando dirigem veículos. Diminuem a capacidade de memorização e de concentração. Provocam perturbação nos pensamentos e deixam o indivíduo desordenado e lento. Incluem: a maconha, o ecstasy, o ácido lisérgico (LSD), as plantas alucinógenas, a mescalina, e a alguns cogumelos tóxicos.

Os efeitos prejudiciais à saúde que as SPAs podem causar são descritos segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2016):

Álcool: aumenta o risco precoce de outras doenças, tais como, os transtornos mentais; prejudica a qualidade de vida, problemas escolares e laborais; e pode ocasionar a morte dos indivíduos. O uso frequente provoca tolerância e pode desencadear a dependência química, com possibilidade de delírios e tremores se há uma retirada brusca dessa substância.

Tabaco: substância que mais tem causado agravos a saúde, mesmo quando o tabagismo é passivo, como doenças cardiovasculares, respiratórias graves, hipertensão, doenças cardíacas, diabetes e tem provocado elevado número de mortos. Segundo à OMS, mais de 40% das crianças têm pelo menos um pai que fuma, sendo que o fumo passivo causa mais de 600.000 mortes prematuras por ano. Dessa maneira, essa substância tem se tornado um importante problema de saúde pública (UNDOC, 2016).

Maconha: a combinação da *cannabis* com outros fármacos pode ocasionar uma superdose e consequentemente levará o indivíduo à morte. Há uma semelhança entre esta substância e o tabaco em questão de prejuízos à saúde como doenças respiratórias, cardíacas e hipertensão; como também prejuízos para mulheres grávidas. Pode, ainda, potencializar a gravidade de outras doenças e, também transtornos mentais, como a esquizofrenia.

Cocaína: substância que proporciona aparente sensação de bem estar físico e mental. Pode aumentar o risco de envenenamento e possível morte súbita de origem cardíaca. O uso geralmente está associado a comportamentos de risco como o compartilhamento de injeções e menos percepção de cuidados a saúde em relações sexuais.

Anfetamina: pode causar muitos problemas físicos e mentais, incluindo desnutrição e dano cerebral permanente. Outros problemas associados ao uso de estimulantes retratam questões de ordem econômica, trabalhista e acadêmica. Nesta categoria, incluem-se: anfetamina, dextroanfetamina, metanfetamina e ecstasy.

Inalantes: podem ter diferentes ações farmacológicas que podem causar coma ou morte por ataque cardíaco. Os efeitos observados a longo prazo podem ser: náuseas, vômitos, dor de cabeça e diarreia. Em doses elevadas, provocam distúrbios, desorientação, convulsão, delírios, fraqueza, tremores e alucinações. Neste grupo, estão incluídos: solventes, vernizes, adesivos de benzeno ou solventes.

Sedativos e pílulas para dormir: causam tolerância e dependência em curto prazo, bem como sintomas de abstinência desagradáveis, tais como ansiedade, insônia, depressão, dores de cabeça, transpiração, febre, náuseas, vômitos e convulsões. Em geral, os benzodiazepínicos não causam morte por overdose a menos que combinado com outras substâncias como álcool, paracetamol, antidepressivos, opiáceos, sedativos e soníferos. Incluem: benzodiazepínicos e compostos relacionados a eles.

Alucinógenos: afetam a percepção da realidade e gera alucinações, distorção cognitiva, desorientação e perturbação do humor. O consumo geralmente é experimental e ocasional. Em geral, os efeitos são imprevisíveis e variam de acordo com o indivíduo e contexto e, é raro que haja dependência. Os alucinógenos podem, ainda, ser naturais ou sintéticos. Incluem: ácido lisérgico dietilamida (LSD), psilocibina, psilocina (cogumelos psicotrópicos), cetamina, fenciclidina e mescalina.

Opióides: são fumados ou injetados, o que pode causar problemas adicionais. Pode ser consumido por via oral, sublingual ou anal. Considera-se que estas substâncias são depressoras do sistema nervoso central como heroína, ópio e analgésicos.

Para definir o padrão do consumo dessas substâncias em relação à frequência pode-se utilizar a legenda recomendada pela OMS, que define três tipos de consumo: *o uso pouco frequente* (retratada o uso na vida de qualquer substância, durante o ano, no mês atual ou nos últimos cinco dias); *uso frequente* (refere-se ao uso nos últimos trinta dias, sendo a substância consumida entre um número de seis a 19 vezes) e; *uso pesado* (nos últimos trinta dias o usuário deve afirmar ter consumido a (s) substância (a) mais de vinte vezes) (OMS, 1994).

O Observatório Interamericano Sobre Drogas (OID), que promove análises comparativas sobre o uso de SPA, demonstra preocupação sobre o padrão de consumo em vários países. Isto aponta que há uma necessidade de diagnósticos precoces desses quadros, para minimizar os índices de recaídas e atuação eficaz no tratamento terapêutico frente a esta questão (CICAD, 2016).

Outro ponto importante de discussão em relação à área de saúde mental é a relação entre o consumo das SPA e os aspectos religiosos. Esta questão tem sido cada vez mais difundida pela saúde mental. Entretanto, a literatura aponta distinções conceituais entre os termos "espiritualidade" e "religiosidade", pois, esses termos erroneamente são tratados como sinônimos. O primeiro termo, refere-se aquilo que faz as pessoas terem sentido e objetivo na vida. Já o segundo está relacionado a uma prática como parte de um sistema organizado que serve para aproximar as pessoas daquilo que é sagrado e/ou transcender (ZERBETTO *et al.*, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2014).

Um estudo realizado em quatro municípios do interior de São Paulo mostrou que há uma relação complexa entre aspectos religiosos e o uso de SPA. Os autores, ainda, identificaram diferença estatisticamente significativa entre os aspectos religiosos no grupo de usuários de álcool e outras drogas (GONÇALVES *et al.*, 2014).

3.3.2. Âmbito jurídico

A classificação para as SPAs no âmbito jurídico tem por finalidade estabelecer se o porte, o transporte e o uso são considerados legais. Dessa forma, são classificadas segundo a legislação de cada país. No Brasil a Legislação Nacional (2006) sobre drogas define duas categorias:

Drogas legais ou lícitas: são as aquelas aceitas de maneira cultural e social. Estão incluídas: o álcool e o tabaco em diferentes formas de consumo e apresentação, bem como os medicamentos adquiridos sob receita médica.

Drogas ilegais ou ilícitas: para esta categoria consideram-se o porte, comercialização, transporte, guarda, plantio ou até mesmo cessão grátis é constituído ilícito, conforme a lei federal 11343, artigo 31, de 23 de agosto de 2006. Esta lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD); que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes químicos; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito. As principais drogas ilegais ou ilícitas consumidas no Brasil são: a maconha, a cocaína, o crack, os medicamentos utilizados sem receita médica, os diversos inalantes como a cola de sapateiro, os esmaltes, a benzina, o éter, o lança-perfume, o LSD, o ecstasy e as metanfetamina. Considera-se o álcool (venda proibida a menores de 18 anos), nicotina e medicações que são comercializadas em regime de controle especial (BRASIL, 2006).

Estudos têm demonstrado que as pessoas têm consumido SPAs legais e/ou ilegais e avaliar as características desses usuários e o padrão de consumo se fazem importantes nesta questão (CARVALHO; RIBEIRO 2015; ALMEIDA, *et al.*, 2014). Carvalho e Ribeiro (2015) realizaram um estudo com 100 indivíduos usuários de SPA no município de Campo Largo-PR, e em Curitiba. Investigou-se o perfil sociodemográfico desta população e demonstrou que a média da idade foi de 29,12 anos. Em relação ao sexo, foi observada maior frequência do sexo masculino 95,5%, solteiros 69,0% e baixa escolaridade 41%. O estudo revelou, ainda, o padrão de consumo desses indivíduos em relação à preferência das substâncias, o maior uso foi das substâncias lícitas – tabaco 90,9% e álcool 84,5%, seguidas pelas ilícitas, crack 80,9% e maconha 77,3%.

Alguns estados brasileiros têm trabalhado o efeito das substâncias lícitas e ilícitas de maneira pontual. Dentre eles, em julho de 2010, o Governo de Sergipe lançou o “Plano

Estadual de Enfretamento ao Crack e Outras Drogas: Sergipe Contra o Crack e a Favor da Vida”. Este Plano foi considerado uma resposta do governo referente às demandas do uso de SPA, isto de acordo com o diagnóstico situacional do estado em relação a esta substância o que de alguma forma, mostra a necessidade de maior efetividade das políticas a nível local (SERGIPE, 2013).

No Estado do México, México, um estudo observou que dentre as substâncias ilícitas a maconha era a mais consumida 86%, seguidas por inalantes 40,1%, com faixas etárias de consumo mais elevada entre 15 a 19 anos (CONADIC, 2016).

Na região sudeste do México um levantamento nacional revelou que 50% dos entrevistados também começaram a consumir SPAs antes dos 18 anos. Em relação ao levantamento anterior realizado em 2005, o estudo afirmou que houve aumento significativo de mulheres consumidoras de SPA. Foi ressaltado ainda, um número considerado exorbitante de dependentes químicos no estado de Yucatán, sendo 15 303 dependentes de substância ilegais (MÉXICO, 2015; MÉXICO, 2014).

Na Cidade do México, uma pesquisa demonstrou estabilidade no consumo de álcool de 2009 a 2012 que possuía uma prevalência similar entre homens e mulheres. Já em relação ao tabaco, houve uma diminuição significativa 44,3% a 41,0%. Entretanto, o estudo demonstra preocupação com esses dados por acreditar em possível crescimento do consumo e a agravos à saúde (VELÁZQUEZ *et al.*, 2014).

No Panamá, foi investigado o abuso de SPA e outros fatores associados em uma amostra de 377 sujeitos. Quando perguntados se já usaram substâncias psicoativas na vida, 226 (59,9%) responderam positivamente, enquanto que 149 (39,5%) relataram não ter usado. Em relação ao consumo de substâncias lícitas, o uso de álcool foi de 89 (23,5%), seguido do tabaco com 35 (9,2%). Em relação as ilícitas 21 (5,6%) usavam inalantes, cannabis com 4 (1,1%), cocaína, heroína e ecstasy com 2 (0,5%) (GONZALEZ *et al.*, 2015).

De acordo com o II LENAD (2012), o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de cocaína e seus derivados, seguido pelos EUA. Este estudo apontou que o Brasil representa 20% do mercado mundial neste assunto, com cerca de seis milhões de brasileiros que afirmaram ter experimentado na vida, ao menos uma vez, cocaína e/ou seus derivados. Dentre estes, dois milhões consumiram crack alguma vez na vida (LARANJEIRA, 2013).

No estado de Sergipe um levantamento realizado pela Secretaria do Estado da Educação de Sergipe – SEED/SE demonstrou que as SPA são consumidas desde o âmbito

escolar, e têm o uso iniciado desde a adolescência. Dentre as lícitas o álcool mostrou-se a substância mais preferida e a maconha dentre as ilícitas assemelhando-se aos dados mundiais (SERGIPE, 2013).

3.3. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial representa uma instituição de cuidados que faz parte da rede de atenção em saúde mental da atual política de saúde mental. Os CAPS são considerados dispositivos eficientes e eficazes na minimização de processos de internações psiquiátricas no Brasil. Estão configurados como serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS); papel estratégico para organização da rede comunitária de cuidados, que oferece direcionamento local dos programas e políticas de Saúde Mental; acompanhamentos e encaminhamentos de usuários que vivem em residências terapêuticas, retaguarda e assessoria para as equipes de saúde da família, agentes redutores de danos, agentes comunitários, elaboração de projetos comunitários e terapêuticos (BRASIL, 2004).

O objetivo do CAPS é ofertar ao usuário acompanhamento clínico, fortalecer o vínculo familiar e comunitário, direitos civis nos atendimentos individuais (de orientação, medicamentoso e/ou psicoterápico), domiciliares e em grupo (oficinas terapêuticas, psicoterapia com usuários do serviço e/ou com a família; grupo operativo e atividade de suporte social), envolvimento da comunidade e familiares, bem como, visa integrar o paciente ao meio social e estimular a autonomia. Os CAPS são classificados de acordo com o território de abrangência, pois funcionam segundo a lógica do território. Diferenciam-se pelo porte e capacidade de atendimento e são organizados de acordo com o perfil populacional de cada cidade (BRASIL, 2009).

Os tipos de CAPS estão divididos, segundo o MS (2009) em: CAPS I – atende a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – acima de 200.000 habitantes; funcionam 24 horas diariamente e pode incluir feriados e finais de semana; CAPS I e II – serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes; por ser tipo II, especializado, há necessidade somente em populações acima de 70.000 habitantes; CAPS AD – pacientes com transtornos decorrentes do uso de SPA e dependência química, também é necessário

em locais cuja população seja acima de 70.000 habitantes e CAPS AD i – crianças e adolescentes que apresentam as mesmas premissas do CAPS AD.

3.3.1. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)

O CAPS AD foi criado no estado de São Paulo, Brasil, devido ao grande número de crianças, adolescentes e adultos que vêm utilizando SPA ao longo do tempo e que têm se tornando frequente, abusivo e que pode levar o indivíduo a dependência. Dessa maneira, provoca danos físicos e mentais. O CAPS AD está preconizado pelas Portarias nº 336/GM e 816/GM, está focado no tratamento contra a dependência, prevenção de doenças e agravos que são terceiros ao uso das substâncias psicoativas (SILVA; KNOBLOCH, 2016; BRASIL, 2002).

Há uma importância em conhecer as características dos sujeitos que estão inseridos no CAPS AD. Um estudo realizado no sul do Brasil na cidade de Curitiba/PR em cinco CAPS ADs avaliou o perfil de usuários atendidos nestes centros. A amostra contou com 268 sujeitos maiores de 18 anos, com faixas etárias entre 18 a 69 anos de idade, sendo a faixa etária de 31 a 40 32,6% predominante, sexo masculino 54,3%, baixo nível de escolaridade, sendo que mais da metade não possuía o primeiro grau completo 51,1% (CARVALHO; RIBEIRO, 2015).

No município de João Pessoa no estado da Paraíba um estudo identificou o perfil de usuários de um CAPS AD modalidade III. A amostra foi composta por 706 sujeitos, dentre os quais, 612 (86,6%) eram do sexo masculino e 94 (13,3%) correspondiam ao sexo feminino. A faixa etária com maior prevalência foi a de 21 a 30 anos que correspondeu a 219 (31%), seguido da faixa etária de 31 a 40 anos que representou 191 (27%) da amostra. O estudo demonstrou que a maioria dos sujeitos 401 (56,8%) possuía o ensino fundamental completo, seguido do médio incompleto 104 (14,7%). Em relação a ocupação foi observado que 394 (55,8%) usuários estavam desempregados; 20 (2,8%) estudando e 35 (4,9%) recebia algum benefício (ALMEIDA *et al.*, 2014).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

4.1.1 Desenho metodológico

Estudo do tipo levantamento de dados (“survey”), com abordagem analítica quantitativa no período de julho de 2016 a setembro de 2016.

4.2. Área de estudo

Foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD, modalidade III), no município de Aracaju - estado de Sergipe (SE) - Brasil.

O Estado de Sergipe é considerado o sexto menos populoso do Brasil e está localizado no nordeste brasileiro. A população está estimada em aproximadamente 2, 2 milhões de habitantes. Dentre estes, cerca de 624 mil correspondem a cidade de Aracaju, considerada a mais populosa do estado (IBGE, 2016).

4.3 População do estudo

Foi estimada por meio do número de atendimentos de usuários do CAPS AD III Primavera (12.033), em um período de seis meses – semestre antecedente ao início da pesquisa (novembro de 2015 a abril de 2016).

A amostra foi estimada pelo número de atendimentos realizados pelo CAPS AD III - Brasil. Os dados foram fornecidos pela coordenação da instituição após a assinatura da *declaração da instituição* enviada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

O cálculo amostral foi estimado de acordo com a média mensal de atendimentos dos meses de novembro 2015 a abril de 2016 (seis meses), semestre anterior de início da pesquisa que correspondeu a 1.997 atendimentos. A média de usuários atendidos mensalmente foi calculada de acordo com a média mensal de atendimentos dividida pelo número mínimo de (oito) atendimentos para cada usuário durante o mês, sendo que esse número de atendimento é estipulado pela instituição (Quadro 2).

Quadro 2- Situação do atendimento de usuários de substâncias psicoativas no CAPS-AD – Aracaju, novembro de 2015 a abril de 2016.

Cidade/Estado	Número de atendimentos	Média mensal de atendimentos	Média mensal de usuários
Aracaju/SE (CAPS AD Primavera)	12.033	2006	251

Após a estimativa foi realizado o cálculo de Barbetta (2010), obtendo uma amostra correspondente à $n = 155$ sujeitos.

4.4.3 Seleção da amostra

Foi selecionado o centro público de saúde mental relacionado ao uso de álcool e outras drogas que possui o maior número de atendimentos anual no estado de Sergipe/Brasil – CAPS AD III Primavera (*Dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde*).

A amostra foi do tipo não probabilística consecutiva em que foram recrutados os sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão, no período de julho 2016 a setembro de 2016, correspondendo 157 sujeitos que estavam presentes e aceitaram participar da pesquisa.

Foram incluídos usuários do serviço de saúde CAPS AD, com idade igual ou maiores de 18 anos, em uso de substâncias psicoativas. Foram excluídos da amostra sujeitos que apresentavam alterações cognitivas que os impossibilitaram de responder aos questionários.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para obtenção das informações acerca das características sociodemográficas e aspectos religiosos dos usuários do CAPS AD, foram utilizadas as fichas de cadastro adquiridas no local da pesquisa. Foram coletadas informações sobre (idade, sexo, nível de escolaridade, renda familiar, naturalidade, crença em Deus, prática religiosa, religião, ocupação e moradia).

As características relacionadas ao início, tipo de substância consumida, tempo de envolvimento, frequência, e tempo de acompanhamento no CAPS AD foram investigados

por meio dos prontuários, sendo que o padrão de consumo das substâncias psicoativas foi classificado segundo os critérios estabelecidos pela OMS (2007) (*uso leve, uso pouco frequente, uso frequente e uso pesado*).

Para mensurar o nível de ansiedade dos usuários foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), ou *Beck Anxiety Inventory* (Anexo 1). O nível de depressão dos usuários foi determinado por meio do Inventário de Depressão de Beck ou *Beck Depression Inventory (BDI)* (Anexo 2).

4.6 Procedimentos de coleta de dados

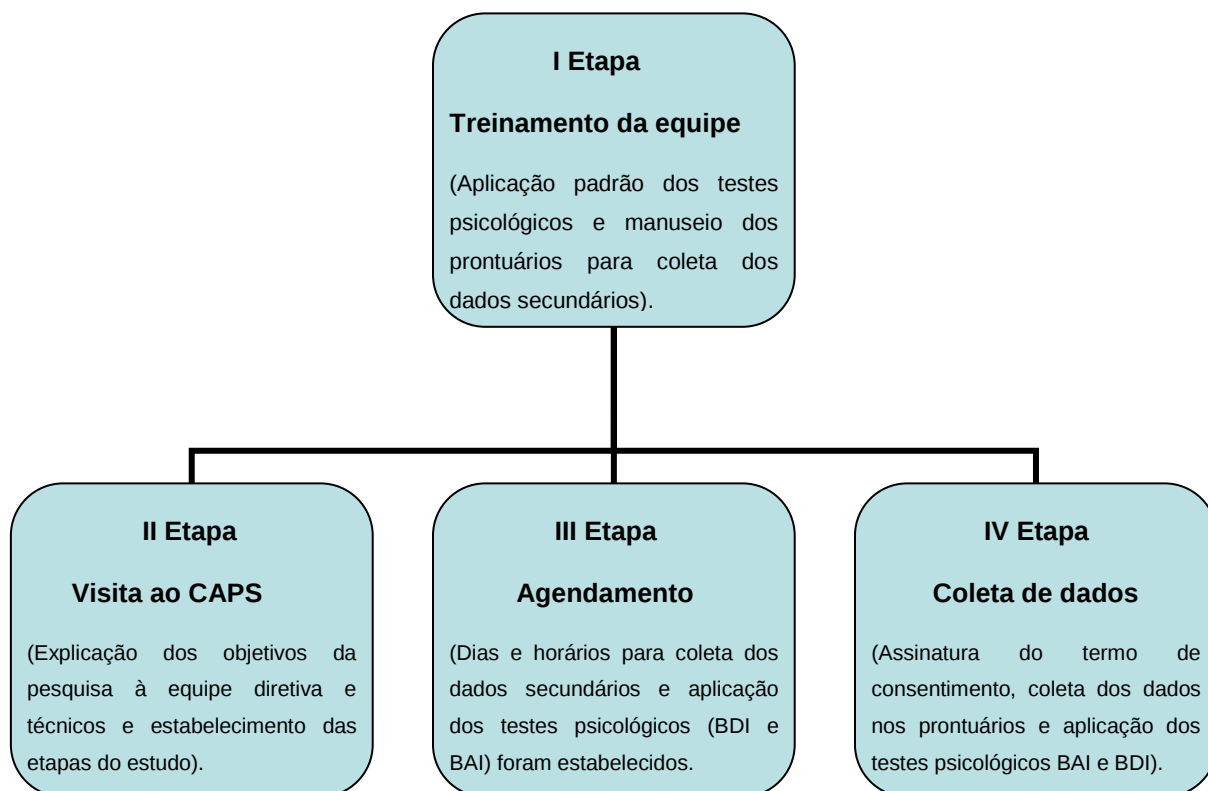


Figura 1 – Etapas de pesquisa – Ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas Aracaju, SE, 2016

Em todas as etapas com os sujeitos da pesquisa, houve a presença de um profissional psicólogo, para responder adequadamente a quaisquer desconfortos ou conflitos emocionais que implicassem no desenvolvimento da aplicação dos instrumentos.

Para o estabelecimento das etapas das atividades deste estudo foi acordado com a equipe diretiva e técnica do CAPS AD, afim de não haver interferências nas atividades dos usuários do serviço e evitar prejuízos ao processo de tratamento.

Foi considerado para o estudo aqueles pacientes que frequentaram o turno matutino, com horário de aplicação dos instrumentos entre 9h e 12h, para minimizar possíveis influências nas respostas dos sujeitos. Os instrumentos de mensuração dos níveis de ansiedade e depressão (BAI e BDI) foram aplicados individualmente em uma sala privada, considerando a ordem de aplicação dos testes BAI e BDI, respectivamente.

Ressalta-se, que os dados faltantes de alguns dos participantes referentes às características sociodemográficas e de padrão de consumo foram coletadas com os próprios sujeitos seguindo - se os critérios do CAPS AD, após aplicação dos instrumentos de ansiedade e depressão, afim de não interferir nas respostas dos sujeitos frente aos sintomas de ambos os transtornos.

4.7 Análise de Dados

As variáveis dependentes do estudo foram: os níveis de depressão e os níveis de ansiedade. As variáveis independentes foram: características sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, renda familiar, naturalidade e ocupação); aspectos religiosos (crença em Deus, religião e prática religiosa); tipo (s) de substância psicoativa consumida (lícitas e ilícitas); tempo de utilização das substâncias psicoativas; padrão de consumo atual de substâncias psicoativas e tempo de acompanhamento pelo CAPS AD.

Após a criação e consistência interna do banco, foram rotuladas as variáveis de acordo com os instrumentos utilizados e submetida a análises descritivas e inferenciais. Os dados foram ponderados, considerando-se peso amostral.

Os dados obtidos após a união das variáveis quantitativas contínuas (idade, tempo de acompanhamento pelo CAPS AD III, idade de início de consumo, tempo de utilização de cada substância) foram apresentados como média $\pm$ desvio padrão da média. Os dados obtidos a partir das variáveis categóricas (faixa etária, níveis de ansiedade e depressão, padrão de consumo, nível de escolaridade, sexo, padrão de consumo e aspectos religiosos) foram demonstrados como medidas de valores absolutos ("n") e relativos (%).

4.7.1 Medidas de expressão dos dados obtidos

Estes foram ponderados e considerou-se o peso amostral, estrato e conglomerados, com a finalidade de representar o público alvo do estudo. As análises em relação as características sociodemográficas e religiosas foram classificadas como demonstra o (Quadro 3)

Quadro 3– Classificação das variáveis sociodemográficas e religiosas dos usuários de substâncias psicoativas – CAPS AD - 2016

Variável	Categorias	Fonte
Sexo	Feminino Masculino	IBGE (2017)
Faixa etária	18 – 33 34 – 49 50 – 65 66 – 79	Distribuição equitativa
Ocupação	Estudante Empregado Desempregado Aposentado	Adaptado IBGE (2017)
Escolaridade	Até o Ensino Fundamental completo Até o Ensino Médio Completo Maior que o ensino médio	Adaptado IBGE (2017)
Crença em Deus	Sim Não	Adaptado Gonçalves <i>et al.</i> , (2014)
Prática religiosa	Sim Não	Adaptado Gonçalves <i>et al.</i> , (2014)
	Católico	

Religião	Evangélico Espírita	Adaptado Zerbetto <i>et al.</i> , (2017)
----------	------------------------	---

As análises em relação ao padrão de uso de SPA foram utilizadas as categorias, sugeridas pela OMS e utilizadas pelo CAPS AD III (Quadro 4).

Quadro 4- Padrões de uso de substâncias psicoativas segundo a OMS (2007).

Uso pouco frequente	Uso da SPA de acordo com (uso na vida, no ano, no mês ou até 5 dias antecedentes ao estudo.
Uso frequente	Utilização da SPA seis à dezenove vezes nos últimos trinta dias antecedentes ao estudo.
Uso pesado	Consumo da SPA vinte ou mais vezes nos últimos trinta dias antecedentes ao estudo.

As análises relacionadas aos instrumentos de mensuração dos níveis de ansiedade e depressão seguiram-se o manual dos inventários BAI e BDI (CUNHA, 2001) (Quadro 5).

Nível sintomatológico	Ansiedade (Escores)	Depressão (Escores)
Mínimo	0 – 7	0 – 13
Leve	8 – 15	14 – 19
Moderado	16 – 25	20 – 28
Severo	26 – 63	29 – 63

Quadro 5- Nível sintomatológico de ansiedade e depressão segundo Cunha (2001)

Foram realizadas análises descritivas com distribuição de frequência absoluta e relativa dos dados sociodemográficos, aspectos religiosos e padrão de consumo de substâncias psicoativas e cálculo das médias e desvio padrão dos escores dos instrumentos de ansiedade e depressão; seguida de análise bivariada com aplicação do teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre presença e ausência de sintomas ansiosos e depressivos, padrão do consumo das SPA's e dados sociodemográficos.

Após teste de normalidade de (Kolomarov-Smirnov), aplicou-se também teste de comparação das médias dos escores de ansiedade e depressão: Teste T e “ANOVA” seguido do teste *post hoc* LSD. Para todos os testes estatísticos descritos anteriormente foi adotado o intervalo de confiança de 95% e, portanto, um nível de significância de 5%. Desta forma, diferenças e associações foram consideradas significativas quando o valor de “*p*” obtido em cada teste foi menor que 0,05.

4. 8 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo teve a aprovação do comitê de ética na Universidade Tiradentes aprovado com parecer de número 1.573.834, atendendo aos termos da Resolução CNS nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília/DF (Anexo 3).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos sujeitos em duas vias para que os resultados possam ser apresentados em possíveis congressos e publicações em periódicos de âmbito nacional e internacional (Apêndice 1).

REFERÊNCIAS

- ABDALLAH, C.G.; AVERIL, L. A.; COLLINS, K.A.; GEHA, P; SCHWARTZ, J.; AVERILL C.; Ketamine treatment and global brain connectivity in major depression. *Neuropsychopharmacology*, 2016. Info. Online [Acessado 15 de outubro de 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27604566>.
- ALMEIDA, R.A.; ANJOS, U.U; VIANNA, R.P.T, PEQUENO, G.A. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa, State of Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Saúde debate*, 2014; 38(102): 526-538.
- ANDRADE, J. D. S. *Prevalência da comorbidade psiquiátrica em dependentes de drogas de abuso atendidos nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas do estado de Sergipe*. São Cristóvão – Brasil [Dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, 2014.
- ANDRETTA, I; LIMBERGER, J.; OLIVEIRA, M. da Silva. Abandono de tratamento de adolescentes com uso abusivo de substâncias que cometeram ato infracional. *Aletheia*, Canoas, n. 43-44, p. 116-128, ago. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 24, jan. 2017.
- APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM V), 2013; ed.5, p. 996.
- BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às ciências sociais. 7 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010.
- BARTHOLOMEU, D.; MONTIEL, J.M.; PESSOTTO, F.; JESUS, P.P.; FELICIANO, T. Avaliação da Ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação, State of São Paulo, Brazil. *Revista Boletim. Academia Paulista de Psicologia*, 2014; 34(87): 352-370.
- BRASIL. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril de 2002. Poder Executivo, Brasília, DF. 2002a.
- BRASIL. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002. Poder Executivo, Brasília, DF. 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. 2004.
- BRASIL. SENAD, SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Relatório Brasileiro sobre Drogas. DF. Brasília, 2009.
- BRASIL. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. LEI Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, ART. artigo 31, 2006.
- CAPISTRANO, F.C.; FERREIRA, A.C.Z., MAFTUM M.A.; KALINKE, L.P.; MANTOVAN, M.F. impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Revista Cogitare Enfermagem*, 2013; 18(3): 468-74.

CARVALHO D. S.; RIBEIRO D.R.; O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015; 64(3): 221-9.

CHISHOLM, D. ; SWEENEY, K.; SHEEHAN, P.; RASMUSSEN, B.; SMIT, F. ; CUIJPERS, P.; SAXENA, S. Caling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(5): 415-24.

CICAD: Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) Capitulo: El Problema de Las Drogas En Las Américas: Estudios Drogas y Salud Pública Título Drogas y Salud Pública. Organizacion de los estados americanos, 2016.

CONADIC. Consejo nacional contra las adicciones en México. Gobierno Mexicano. Secretaria municipal de salud (SMS), (2016).

CUNHA, J, A. Manual da versão em português das Escalas Beck, State of São Paulo, Brazil. Casa do Psicólogo, 2001.

ESTRADA, M.G.; MANN, R.; STRIKE, C.; BRANDS, B.; KHENTI, A. Comorbilidad entre el distrés psicológico y abuso/ dependencia de drogas, ciudad de Guatemala, State of Santa Catarina, Brazil. *Revista. Texto Contexto de Enfermagem*. 2012; 4(21): 124-32.

FERREIRA, C. R.; GONÇALVES, C. M.; MENDES, P.G. Depressão: do transtorno ao sintoma. *Psicologia portal dos psicólogos*. 2014; p 1 – 16.

GONÇALVES, D.A; MARI, J.J.; BOWE. P.; GASK. L.; DOWRICK. C.; TÓFOLIO, L.F.; CAMPOS, M.; PORTUGAL, F.B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2014; 30(3):623-632.

GONZALEZ, Y.; MANN- HAMILTON Y, R. H.; ERICKSON, P. ; SAPAG, J. BRANDS, B. ; STRIK C. ; SIMICH, L. ; GIESBRECH, N.; WRIGH, M. G. M. ; CUMSILLE, F.; KHENT, A. The use of drugs between university student and the relation with abuse during childhood and adolescence. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 2015; 24 (Esp): 88-96.

GOODIER; R.I. Depression Less Common Among Men, or Are They Less LikAcknowledget? Nlorque: Mdscape, 2014 [acessado em 03 de janeiro de 2017] disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/824717>.

HESS, A.R.B.; ALMEIDA, R.M.M.; MORAES, A.L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Revista Estudos de Psicologia* 2012, 17(1): 171-178.

HORTA L.R. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, 2016 27 (11): 2263-2270.

IBGE. Instituto brasileiro de Geografia e estatística. Info. Online [Acessado em 01 de novembro de 2016]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa/pesquisa_google.shtm?cx=009791019813784313549%3aonz63jzsr68&cof=forid%3a9&ie=iso-88591&q=popula%c7%c3o+estado &sa=pesquisar&siteurl=www.ibge.

KRILL, P. R; JOHNSON, R. M.A; ALBERT, L. Prevalence of Substance Use and Other Mental Health. *Concerns Among American Attorneys*. 2016; 10(1): 15-17.

LARANJEIRA, R., MADRUGA, C.S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; RIBEIRO, M.; MITSUHIRO, S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências

entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013. Info. online [acesso em 31 maio 2016]. Disponível em: <http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LINAD>.

LEWGOY, L. B., VISCHER, V. J.; OPERAMMAN C. M. O.; ARAUJO R. B. Padrão de uso de *cannabis* em dependentes de *crack*, cocaína internados para desintoxicação. *Revista Clínica Biomedica*. 2014; 34(3):274-280.

LOO, H.M.; ROMEIJN, J.-W. Psychiatric comorbidity and causal disease models. *Preventive Medicine*, 2013; 57 (6): 748–752.

LÓPEZ, S M., SERRANO, D. L., FERNÁNDEZ, A. C.; RODRÍGUEZ, P. A. C. Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas. *Psicología de las Adicciones*. Facultad de Psicología Universidad de Oviedo. 2012; 1(6): 7-11.

MARCON, B.J OMBELLI, M.A.; S.S.; COSTA, J.B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 63(5): 735-710.

MARÍN-NAVARRETE, R. M.; BENJET, C.; BORGES, G.; HERNÁNDEZ, A. E. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Revista de Salud Mental*. 2013; 36(44): 471-479.

MÉXICO. Agencia Informativa Conacyt. Centros de Integración Juvenil. México, DF. 3 de novembro de 2015. Disponível em :<http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3725-drogadiccion-mexico>. Acesso em 07 de novembro de 2016.

MÉXICO. Encuesta Estadual de Adicciones Yucatán 2014. Secretaria de Salud de México (SSM), 2014.

NHS. NICE. Anxiety disorders. NICE quality standards [QS53]. Manchester: NICE. Epi Info [online]. 2014 [Acesso em 26 maio, 2016]. Disponível em :<<http://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/introduction>>.

NIH News em Saúde, A monthly newsletter from the National Institutes of Health, part of the U.S. Department of Health and Human Services. 2016.

NIH. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Medline Plus información de salud para ustedes. Info. online [Acessado em 18 dezembro de 2016] 2016. Disponível em: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>.

OLIVEIRA, C. C. C; VIEIRA, I. S; VARGAS, M. M; TORALES, A. P. B; ANDRADE, M. E; OLIVEIRA, H. Consumo de Substâncias Psicoativas e Aspectos da Violência por Adolescentes Escolares de Aracaju. *Pesquisa em Políticas Públicas no Estado de Sergipe*. Editora UFS, 2014. p. 235-247.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Organização Mundial de Saúde 10ª. Revisão. 2ª. ed. São Paulo: EDUSP, 1994.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud Fuente: OPS Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. *IntraMed*. Prueba de detección rápida. ASSIST, 2016.

PAHO. Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on mental health. Resolution CD49.R17 of the 49th Directing Council. Washington DC: PAHO; 2009.

PENA, C.; MONTERO, E. F. M. Perfil de funciones ejecutivas en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y su entrenamiento como vía terapéutica de intervención y prevención: una revisión sistemática. *Dialnet*. 2015; 21(22): 95-113.

SANTOS, D. A. B. GONÇALVES, M. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de drogas e suas implicações oftalmológicas. *Psychiatry on line Brasil*. 2016; 21 (8), 36- 49.

SANTOS, E. G., SIQUEIRA, M. M. Prevalence of mental disorders in the Brazilian adult population: a systematic review from 1997 to 2009. *Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59 (3): 238-246.

SÃO PAULO. Rede nossa São Paulo Megacity Mental Health Surve, 2014 [Acessado em 11 de janeiro de 2017]. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/noticias/sao-paulo-e-cidade-com-maior-indice-de-perturbacoes-mentais-no-mundo>.

SENAD. Classificação das drogas, Epidemiologia e Padrões de Uso. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

SERGIPE. Relatório Educação contra o Crack. Diagnóstico Referente ao uso de Drogas nas Escolas Públicas Estaduais de Sergipe: Situação Preliminar, 2013.

SERGIPE. Relatório Educação contra o Crack. Diagnóstico Referente ao uso de Drogas nas Escolas Públicas Estaduais de Sergipe: Situação Preliminar, 2013.

SERGIPE. Secretaria do Estado da Educação de Sergipe (SEED-SE). Diagnóstico Referente ao uso de Drogas nas Escolas Públicas Estaduais de Sergipe: Situação Preliminar; 2013.

SILVA D.L.; KNOBLOCH F. The team as a place of education: the continuing education in a Psychosocial Attention Center of alcohol and other drugs, State of São Paulo, Brazil. *Revista Interface*. 2016; 20(57):325-35.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. United Nations New York, 2016.

VELÁZQUEZ, J. A. V.; MELÉNDEZ, M. A. M.; LÓPEZ M. M, N.; ROBLES O., ITO D. F. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2014; 37(5): 40-54.

ZERBETTO, S. R.; GONÇALVES, A. M. S. G., SANTILE, N.; GALERA, S.A.F., ACORINTE, A. C; GIOVANNETTI, G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(1):e20170005.

WHO. Glossary of alcohol and drug terms. World Health Organization, 1979.

WHO. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. World Health Organization. World Mental Health Day: Depression, the Most Common Mental Disorder. Info. Oline, 2012 [Acessado em 11 de janeiro de 2017]. Disponível

em:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=em

GONÇALVES, DE S., A. M.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Alcohol and/or drug use: evaluating spiritual and religious aspects. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drog.* 2014. 10(2), 61-69, ago. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762014000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 18 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p61-69>.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo será apresentado um artigo submetido à avaliação da Revista de Saúde Pública, com Qualis interdisciplinar A2 e fator de impacto 1,283. As normas e o comprovante de submissão encontram-se nos anexos (4 e 5), respectivamente.

5.1 Artigo

NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

William Alves de Oliveira ¹, Cristiane Costa da Cunha Oliveira¹, Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior¹ Andréia Poschi Barbosa Torales¹, Marcela Bernd Leão de Souza¹, Nicolle Castro Barroso¹

¹Universidade Tiradentes (UNIT) – Aracaju – Sergipe – Brasil.

Apresentação prévia

Este manuscrito foi baseado na Dissertação do Mestrando William Alves de Oliveira intitulada “Ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD)”, em 2017, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes/SE, na área de concentração Saúde e Ambiente.

Autor para contato:

William Alves de Oliveira

Rua: A12, n. 06.

Bairro: Conjunto Marcos Freire I

CEP: 49160 000

Tel: 55 79 3254 5746

Aracaju, Sergipe, Brasil.

E-mail: william_mandelly@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os níveis de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas, bem como possíveis associações com o padrão de consumo de substâncias psicoativas; o perfil sociodemográfico e aspectos religiosos.

MÉTODO: Estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa, de julho de 2016 a setembro de 2016, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, modalidade III, no município de Aracaju, Sergipe. A amostra foi do tipo não probabilística consecutiva. Os dados foram compilados por meio dos Inventários de Beck de ansiedade e depressão, e dos prontuários dos sujeitos. Realizou-se estatística descritiva e analítica, com análise de média e desvio-padrão resultantes da análise dos instrumentos de ansiedade e depressão; comparação de média e aplicação dos testes qui-quadrado e de correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 157 sujeitos; verificou-se que a ansiedade e depressão estão presentes nos usuários de substâncias psicoativas em níveis severos 43,9 % e 36,9%, respectivamente. Os níveis de ambos os transtornos estiveram correlacionados entre si diretamente proporcional ($p = 0,0001$), sendo que os níveis de depressão estiveram correlacionados diretamente proporcional com a idade dos sujeitos ($p = 0,009$) e com o padrão de *uso pesado* de bebidas alcoólicas ($p < 0,001$); a ansiedade também esteve correlacionada diretamente proporcional com este padrão de consumo ($p = 0,002$) e associada a não ter uma prática religiosa ($p = 0,07$). **CONCLUSÃO:** A ansiedade e depressão estão presentes entre os usuários de substância psicoativas em níveis moderados e severos. Ambos os transtornos estão correlacionados diretamente proporcional e associados a fatores sociodemográficos e religiosos.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the levels of anxiety and depression among users of psychoactive substances, as well as possible associations with the pattern of consumption of these substances; the sociodemographic profile and religious aspects. **METHOD:** A transversal study, with quantitative approach, from July to September of 2016, was carried out at the Center of psychosocial attention of Alcohol and other drugs, modality III, at Aracaju, Sergipe, Brazil. The sample was non-consecutive probabilistic. The data was compiled by the Beck anxiety and depression Inventory, and the medical records of the subjects. The statistical analyses were descriptive and analytical, with the analyses of mean and standard deviation resulting from the analyses of the instruments of anxiety and depression; comparison of means and application of the chi-square and Pearson correlation tests. The level of significance adopted was 5%. **RESULTS:** 157 subjects took part in the study; it was verified that anxiety and depression are present in users of psychoactive substances in severe levels, 43,9% and 36,9%, respectively. The levels of both disorders were significantly correlated ($p = 0,0001$). These levels of depression were directly correlated proportional to the subjects' ages ($p = 0,009$) and with the pattern of high alcohol consumption ($p < 0,001$). Anxiety was also related with this pattern of alcohol consumption ($p = 0,002$) and associated with the absence of religion beliefs ($p = 0,07$). **CONCLUSION:** Anxiety and depression are present among users of psychoactive substances in high levels. Both disorders are correlated and associated to sociodemographic and religious factors.

Descriptors: Anxiety; Depression; Substance-Related Disorders

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas com transtornos de ansiedade e/ou depressão aumentou de 416 milhões para 615 milhões de casos registrados em nível mundial entre os anos de 1990 a 2013. Aproximadamente, uma a cada cinco pessoas são afetadas pelos sintomas de ansiedade e depressão de maneira considerável; e 30% da carga global de doenças são decorrentes desses transtornos.^a

No Brasil, um estudo realizado em quatro capitais brasileiras apontou altas taxas de ansiedade e depressão nas cidades de Fortaleza 64,3%; Porto Alegre 57,7%; São Paulo 53,3% e Rio de Janeiro 51,9%. Os transtornos foram mais prevalentes em sujeitos do sexo feminino, que não possuíam um trabalho fixo, com nível de escolaridade e de renda baixos.¹¹

Alguns estudos têm abordado a importância de se compreender as alterações psicopatológicas da ansiedade e depressão que diferem em relação ao sintomas, gravidade e evolução.^{4,22} Considera-se que ambos os transtornos podem desencadear o uso de substâncias psicoativas (SPA) e vice-versa.^{28,13,15}

Estima-se que cerca de 246 milhões de pessoas da população mundial já utilizaram algum tipo de SPA e 27 milhões são dependentes dessas substâncias. Um em cada três usuários de SPA é do sexo feminino e o número de mortes devido ao abuso de substâncias psicoativas é de aproximadamente 187.100 milhões de pessoas por ano.^b

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas têm refletido no aumento das taxas de morbidade e mortalidade a nível mundial. Os impactos decorrentes da falta de medidas mais efetivas frente a esta questão provocam na sociedade diferentes tipos de danos aos indivíduos, com prejuízos consideráveis na área da saúde, social e econômica.¹⁶

O grupo mais afetado é a população adolescente. Entretanto, observa-se que pessoas de diferentes idades consomem SPA de maneira indiscriminada em todas as faixas etárias.^{9,8} Acredita-se, ainda, que questões sociodemográficas, bem como estilo de vida e aspectos religiosos podem estar relacionados ao desenvolvimento da dependência química.^{11,25,13}

a. WHO. United Nations Office On Drugs And Crime. World Drug Report. United Nations New York, Vienna, 2016.

b. UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas de 2015 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes Epi Info [online]. (UNODC). 2015. [citado em 2016 jun 18]. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2015-o-uso-de-drogas-e-estavel-mas-o-acesso-ao-tratamento-da-dependencia-e-do-hiv-ainda-e-baixo.html>.

Uma das respostas do governo brasileiro em relação a este tema são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), criados com o intuito de atender crianças, jovens e adultos que consomem SPA de maneira abusiva e que pode provocar a dependência química e outros transtornos.³⁰

Neste sentido, fez-se necessária a realização de um estudo que identificasse os níveis de ansiedade e depressão em usuários de SPA nestes centros e os fatores possivelmente associados, para que os resultados pudessem contribuir para traçar estratégias ou políticas que visem a melhoria na qualidade de vida desses sujeitos.

Diante dos dados citados, este estudo analisou os níveis de ansiedade e depressão em usuários de SPA, bem como as possíveis associações com o padrão de consumo, aspectos religiosos; e características sociodemográficas de usuários de substâncias psicoativas de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD, modalidade III), no município de Aracaju - Estado de Sergipe – Brasil.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem analítica quantitativa no período de julho de 2016 a setembro de 2016, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD, modalidade III), no município de Aracaju - estado de Sergipe (SE) - Brasil.

Foi selecionado o centro público de saúde relacionado ao uso de álcool e outras drogas que possuía o maior número de atendimentos no estado de Sergipe/Brasil (CAPS AD III Primavera).

A população do estudo foi estimada por meio do número de atendimentos de usuários do CAPS AD III que correspondeu a (12.033 usuários), em um período de seis meses – semestre antecedente ao início do estudo. A amostra foi estimada pelo número de atendimentos realizados pelo CAPS AD III, calculou-se a média de atendimentos dos meses de novembro 2015 a abril de 2016 (seis meses), correspondendo a 2006 atendimentos.

O número médio de atendimentos mensais (2006 atendimentos) foi dividido por oito, que corresponde ao número mínimo de atendimento ofertados pela instituição para cada usuário durante o mês, totalizando 251 sujeitos. Em seguida, foi realizado o cálculo de Barbetta (2010)⁴ para definição da amostra, que correspondeu a 155 sujeitos do CAPS AD III.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes (Parecer nº 1.573.834.), foram planejadas visitas a instituição de saúde mental para agendamento e explicação do estudo para a equipe diretiva e técnica. A possibilidade de participação foi oferecida aos usuários de SPA maiores de 18 anos de ambos os sexos, que estavam presentes, que concordaram em participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra não probabilística foi do tipo consecutiva, em que foram recrutados sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão de serem usuários do CAPS AD, com idade igual ou maiores de 18 anos, em uso de substâncias psicoativas, no período de julho de 2016 a setembro de 2016.

Para as coletas de dados referente as características relacionadas ao início de uso de SPA, tipo (s) de substância (s) consumida (s), tempo de envolvimento, padrão de consumo e tempo de acompanhamento no CAPS AD III foram utilizados os prontuários dos sujeitos participantes, sendo que o padrão de consumo das substâncias psicoativas foi classificado segundo os critérios estabelecidos pela OMS²⁵ (2007) em (uso leve, uso pouco frequente, uso frequente e uso pesado).

Para obtenção das informações acerca das características sociodemográficas e aspectos religiosos dos usuários, foi utilizada uma ficha padronizada, que conteve informações sobre (idade, sexo, nível de escolaridade, renda familiar, naturalidade, pratica religiosa e moradia), coletados após aplicação dos instrumentos de ansiedade e depressão.

Para mensurar os níveis de ansiedade dos usuários foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os níveis de depressão dos usuários foram avaliados por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Ambos os instrumentos possuem 21 questões referentes aos sintomas de cada transtorno em específico. Os sujeitos avaliaram o quanto cada um dos sintomas apresentados é aplicável em si mesmo, a partir de uma escala de 0 a 3. A soma dos escores individuais representa o escore total utilizado para classificar a intensidade da ansiedade e depressão em sintomas mínimos, leves, moderados ou graves e a partir de 16.¹⁰

Para aplicação dos instrumentos houve treinamento prévio entre a equipe de pesquisa quanto ao tempo e forma de aplicação para garantir que todos pudessem realizar a coleta de maneira homogênea. Os instrumentos foram aplicados individualmente e oralmente por alunos de iniciação científica do 9º período em psicologia, supervisionados pelo psicólogo responsável pelo projeto, em sala privada no CAPS AD III, considerando a ordem de aplicação dos testes BAI e BDI, respectivamente. Foi considerado apenas o turno matutino para as aplicações, com horário entre 9h e 12h, após o lanche da manhã realizado pela instituição, a fim de minimizar possíveis influencias nas respostas dos sujeitos.

Os participantes foram informados a respeito do anonimato e sigilo das informações. Após responder aos instrumentos, estes eram colocados dentro de um envelope e lacrado pelo pesquisador responsável pela aplicação.

Para as análises relacionadas aos instrumentos de mensuração dos níveis de ansiedade e depressão, seguiu-se o manual dos inventários BAI e BDI que classifica os sintomas da ansiedade em mínimo de uma escala de 0 a 7, leve de 8 a 15, moderado de 16 a 26 e severo de 26 a 63. Para a depressão considerou-se o mínimo de 0 a 13, leve de 14 a 19, moderado de 20 a 28 e severo de 29 a 63.⁹ Para as análises referente ao padrão de uso de SPA foram utilizadas as categorias, sugeridas pela OMS²⁶ (2007).

Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência absoluta e relativa dos dados sociodemográficos, aspectos religiosos e padrão de consumo pelos usuários do CAPS-AD, cálculo das médias e desvios-padrão dos resultados dos escores dos instrumentos de depressão e ansiedade seguida por análise bivariada para analisar possíveis associações entre os níveis de ansiedade e depressão, e o padrão do consumo das substâncias psicoativas e as demais variáveis correspondentes aos dados sociodemográficos, com aplicação do teste de qui-quadrado.

Foram realizadas correlações com aplicação do teste de correlação de Pearson, entre os níveis dos escores médios de ansiedade e depressão em relação às variáveis idade e tempo de acompanhamento, após teste de normalidade da amostra de (Kolomorov-Smirnov), por se tratar de uma distribuição normal, foi realizada teste de comparação das médias dos escores dos níveis de ansiedade e depressão por meio dos testes de comparação de médias: Teste T e ANOVA, seguido por teste Pos-Hoc LSD.

Para todos os testes estatísticos descritos anteriormente foi adotado o intervalo de confiança de 95% e, um nível de significância de 5%. Desta forma, diferenças e associações foram consideradas significativas quando o valor de “p” obtido em cada teste foi menor que 0,05.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 157 usuários de SPA, com predominância do sexo masculino, nível de escolaridade até o ensino fundamental completo, empregados, com renda familiar mensal de 1 salário mínimo, acreditam em Deus, são católicos; não possuem prática religiosa, e com idades entre 18 a 79 anos ($m = 42,1$; $DP = 14,4$) (Tabela 1).

No que se refere aos níveis de ansiedade e depressão, houve prevalência importante do nível de ansiedade grave em 43,9% dos casos; e de nível de depressão grave em 36,9% dos casos.

Ao comparar as médias dos escores dos testes de ansiedade e depressão, com as características sociodemográficas não houve diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas ($p > 0,05$). Por outro lado, houve diferença estatisticamente significativa quando a média do teste de ansiedade foi comparada com a prática religiosa ($p = 0,04$) (Tabela 1).

Dentre as variáveis estudadas (Tabela 2), foi observado que as médias dos escores de ansiedade e depressão foram significativamente maiores quando havia um padrão de *uso pesado* de álcool ($p = 0,002$; $p < 0,001$, respectivamente).

O teste *pos hoc* (LSD) demonstrou que em relação aos escores de ansiedade; para o padrão de *uso pesado* aparecem diferenças significativas para o uso frequente ($p = 0,045$) e abstinência ($p < 0,001$). Houve diferença significativa em relação a quem *nunca fez uso* ($p < 0,001$), *uso frequente* ($0,023$) e *uso pesado* ($p < 0,001$).

O mesmo teste *pos hoc* (LSD) quando aplicado para as médias dos escores de depressão, padrão de uso pesado, apresentou diferenças significativas em relação ao padrão *abstinência* ($p = 0,002$). E o padrão de *abstinência* apresentou diferenças significativas em relação ao padrão de *nunca fez uso* ($p = 0,003$) e *uso pesado* ($p = 0,002$).

Observou-se correlação estatisticamente significativa e inversa entre os escores médios de depressão e o padrão de consumo do álcool, ($p = 0,03$; $r = -$

0,169). Foi identificado, ainda, correlação estatisticamente significativa e inversa entre os escores médios de ansiedade e o padrão do consumo do tabaco ($p = 0,01$; $r = -0,165$), ambas correlações com variáveis: ansiedade; depressão; transtornos relacionados ao uso de substâncias apresentaram razões (r) fracas (Tabela 3).

Os níveis de depressão estiveram associados com a idade, com associação estatisticamente significativa da idade mais avançadas com os níveis moderados e graves de depressão ($p = 0,009$). Entretanto, não foi encontrada associação significativa entre os níveis de ansiedade e a idade dos sujeitos ($p > 0,05$) (Figura 1).

Na figura 2, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os escores médios do teste de depressão quando correlacionados com o tempo de acompanhamento dos sujeitos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas ($p = 0,01$); porém apontou fraca correlação ($r = 0,038$). Entretanto, não foi encontrada diferença estatística entre os escores médios de ansiedade e o tempo de acompanhamento ($p > 0,05$).

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de ansiedade correlacionados com os de depressão ($p = 0,0001$), porém, apontou fraca correlação entre estes ($r = 0,292$) (Figura 2).

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, os usuários de substâncias psicoativas pesquisados tiveram o sexo masculino como predominantemente, com idades entre 18 a 73 anos e predominância daqueles que possuíam ensino fundamental completo ou no máximo ensino médio completo. Essa caracterização amostral apresenta semelhança a maioria dos estudos brasileiros encontrados.^{3,8,27} Embora o consumo de substâncias psicoativas pareça acontecer na mesma proporção entre os sexos masculino e feminino, ocorre uma procura maior por tratamento por parte dos usuários do sexo masculino.¹⁹ O número de homens predominantemente nesses serviços de saúde pode estar associado aos agravos decorrentes ao abuso das substâncias que atingem mais a este gênero.

O primeiro contato com as substâncias psicoativas geralmente começa na adolescência.²³ Entretanto, a média de idade dos sujeitos que estão nos serviços de saúde, pode estar relacionada a busca por auxílio que ocorre somente quando as consequências em relação ao consumo pesado das substâncias psicoativas se agravaram.

Embora a maioria dos usuários de substâncias psicoativas tenha relatado possuir emprego, difere-se da maior parte da literatura encontrada, uma vez que os usuários de CAPS AD no Brasil, em sua maioria, estão desempregados ou não exercem nenhum tipo de atividade remunerada.^{1,19,28} O resultado encontrado neste estudo pode estar associado a falta de entendimento entre os sujeitos pesquisados em relação a diferenciação da condição de empregado e de realizar alguma atividade remunerada, bem como, pode também estar relacionada ao medo de autoafirmação da incapacidade de trabalho que os níveis de ansiedade e/ou depressão podem causar, principalmente em usuários de substâncias psicoativas.

Um estudo mexicano avaliou as características e o padrão do consumo de SPA dos usuários de serviço semelhante e demonstrou que a maioria dos investigados encontrava-se empregada.³⁰ A situação de escassez de recursos financeiros, aliado a falta da ocupação pode ser importante indicador de vulnerabilidade e pode predispor a ansiedade e depressão.

Aqueles sujeitos que possuíam uma religião são em sua maioria católicos corroborando com o estudo de Gonçalves et al¹³ (2014). Este estudo diferiu em relação a prática religiosa. Além disso, apresentou resultados similares aos achados de Rodrigues et al²⁷ (2013), que apontaram que os usuários de SPA, em sua maioria, não relata prática religiosa.

Os escores médios de ansiedade exibiu associação significativa com os usuários de substâncias psicoativas que não exerciam uma prática religiosa. Poucos estudos trabalharam esse dado em sua abordagem metodológica, o que dificulta sua comparação com outros achados e consequentemente uma interpretação mais acurada.

No entanto, alguns artigos científicos têm apontado à importância de investigar os aspectos religiosos na população estudada por se tratar de um fator de proteção frente ao consumo de SPA e, consequentemente a prática religiosa pode ser importante fator protetor aos transtornos associados.^{31,13,27}

Ao que parece, a busca por uma prática religiosa ou a prática em si pode refletir na expectativa de cura (minimização dos níveis de ansiedade e/ou depressão), bem como no conforto de pessoas com sintomas de abstinência; possibilidade de mudança de comportamentos, a ter força interior para cuidar da saúde, diminuição do sentimento de culpabilidade e apoio complementar ao tratamento.

A experiência com uso de substâncias psicoativas mostrou que as substâncias mais consumidas pelos sujeitos pesquisados demonstraram semelhanças com outros estudos brasileiros, que revelam que as substâncias mais consumidas são as lícitas tendo o álcool como predominante e o sexo masculino como maiores consumidores.^{15,6,8}

Foi identificado que os sujeitos que não consumiam bebidas alcoólicas apresentavam maiores médias de ansiedade e depressão e quando os sujeitos que haviam iniciado o uso em padrão *pouco frequente* essas médias diminuía. Pode-se pensar que o contato com a substância psicoativa nesses padrões pode provocar a minimização dos níveis de ansiedade e depressão. Quando o padrão de consumo é

frequente ou *uso pesado*, as médias dos níveis de ansiedade e depressão tendem a ser maiores.

Um estudo realizado por Gavin et al¹² (2015), com sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas apontou a presença de sintomas de ansiedade e depressão em níveis elevados. No sul do Brasil uma pesquisa mostrou que o álcool estava entre uma das substâncias mais consumidas, sendo esta a mais predominante. O consumo diário de bebidas alcóolicas foi o que apresentou maior frequência, seguido por aqueles que alegaram consumir a substância ao menos uma vez na semana.⁷

A substância ilícita mais consumida neste estudo foi a maconha. Na metodologia utilizada por Carvalho e Ribeiro⁸ (2015) também se avaliou o padrão de uso de substâncias psicoativas e perceberam que a maioria dos investigados fazia uso de diferentes substâncias psicoativas ilícitas, com padrão de consumo diário. Em outro estudo, onde foi verificado o padrão de consumo de duas substâncias ilícitas (maconha e crack) e investigado os níveis de ansiedade e depressão entre os sujeitos pesquisados, o nível leve foi predominante em ambos os transtornos encontrados.¹⁷

A predominância do uso de maconha quando comparada a outras substâncias ilícitas pode ser compreendida pela luta para a legalização desta no Brasil, por ser mais aceita socialmente em relação às demais ao longo dos últimos anos. Há ainda, um preconceito estabelecido em relação as demais substâncias ilícitas principalmente o crack pelos próprios usuários de substâncias psicoativas.

Houve predominância dos níveis graves de ansiedade e depressão, seguido pelo nível moderado de ambos os transtornos. Este resultado concorda com aqueles encontrados por Bartholomeu et al⁵ (2014), os quais apresentou níveis de ansiedade de moderado a grave entre os sujeitos. Pode-se inferir que é relevante a presença dos sintomas e não somente o nível sintomatológico da ansiedade ou depressão. A presença dos sintomas destes transtornos mesmo em níveis menos elevados podem sinalizar a probabilidade desta ocorrência no futuro. Conquanto, o presente estudo não apresentou metodologia suficiente a fim de analisar os sintomas de ansiedade e

depressão. Por tanto, estudos posteriores ainda são demandados a fim de propiciar maiores esclarecimentos em relação a experiência com uso de substâncias e os sintomas ansiosos e/ou depressivos.

Os níveis de ansiedade e depressão encontrados neste estudo corroboram com outros achados brasileiros, sendo que em muitos tem sido encontrado níveis de ansiedade e/ou depressão concomitante.^{21,20} Considera-se, que o uso de substâncias psicoativas e os transtornos de ansiedade e depressão interferem significativamente na vida dos usuários, o que pode comprometer a motivação para o tratamento.

No presente estudo houve correlação significativa direta entre o tempo de tratamento entre os sujeitos com os níveis de depressão. Isto poderia ser explicado devido a possível falta de fidelidade dos usuários de substâncias psicoativas ao tratamento, pois o sujeito pode deixar de tomar a medicação, faltar aos atendimentos clínicos e a não adesão a outras propostas do projeto terapêutico singular. Andretta, et al³ (2014) apontaram que os níveis de ansiedade e depressão poderiam estar relacionados com o abandono dos diferentes tipos de tratamentos para o uso de substâncias psicoativas, o que pode implicar em agravos maiores à saúde desses indivíduos.

Neste estudo os escores médios de ansiedade e depressão mostraram-se diretamente relacionados. Os resultados apontaram que aqueles que possuíam níveis de depressão maiores, possuíam também níveis maiores de ansiedade. Quando comparada a ocorrência de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas, a literatura aponta que ambos estão presentes, sendo que os mais jovens têm apresentado maiores níveis de ansiedade.^{21,22}

No presente estudo foi encontrada associação significativa direta entre os níveis moderados de depressão com idades maiores. Isto significa que quanto maior a idade do usuário há maior associação com níveis moderados de depressão. Na maioria dos estudos encontrados, a depressão mostrou-se mais fortemente em usuários de substâncias psicoativas mais velhos.^{14,6} Todavia, em outro estudo, a idade dos sujeitos apresentou correlação com níveis de depressão independente do

uso de SPA.¹⁷ Não houve, contudo, associação significativa entre os níveis de ansiedade e a idade.

Assim, poderia se pensar na programação de ações de saúde interdisciplinares com atividades lúdicas e recreativas e de ampliação das habilidades com apoio social suficiente para diminuição dos níveis de depressão nos mais velhos.

Neste contexto, sugere-se a realização de outros estudos epidemiológicos longitudinais que possam acompanhar os usuários por tempo suficiente; que possibilitem estratégias de redução dos níveis de ansiedade e depressão nestes usuários, a fim de verificar melhorias ao processo de tratamento e qualidade de vida a população usuária de substâncias psicoativas.

Tabela 1- Comparação de média dos escores de ansiedade e depressão de acordo com características sociodemográficas e espirituais - CAPS-AD Aracaju - 2016

VARIÁVEIS	BDI N = 157	M	DP	p	BAI N = 157	M	DP	p
SEXO								
Masculino	130	4,6	12,9	0,19	130	24,7	14,7	0,07
Feminino	27	0,5	10,7		27	21,7	11,6	
FAIXA ETÁRIA								
18 – 33	49	22,8	2,5	0,84	49	24,4	13,6	0,91
34 – 49	58	24,2	3,23		58	24,3	14,1	
50 – 65	44	24,4	1,9		44	24,4	15,9	
66 – 79	6	27,0	5,2		6	20,0	9,6	
OCUPAÇÃO								
Estudante	14	9,0	10,1	0,19	14	25,7	13,8	0,67
Empregado	73	3,0	12,4		73	22,8	14,0	
Desempregado	61	5,4	12,7		61	25,6	14,3	
Aposentado	9	8,8	15,5		9	23,3	17,6	
ESCOLARIDADE								
Até o Ens, Fund. Compl.	73	6,0	12,3	0,44	73	26,8	15,4	0,08
Até o Ens. Médio Compl.	77	1,7	12,3		77	22,1	12,8	
> maior que o ensino médio	7	6,7	16,5		7	19,7	14,1	
CRENÇA EM DEUS								
Sim	121	3,2	12,2	0,22	121	23,3	14,2	0,78
Não	36	6,3	13,6		36	27,2	14,3	
PRÁTICA RELIGIOSA								
Sim	78	2,1	11,5	0,09	78	21,8	12,3	0,04*
Não	79	5,7	13,4		79	26,5	15,7	

*p <0,05 estatisticamente significativo

Tabela 2 - Comparação de média dos escores de ansiedade e depressão, segundo o padrão de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas - CAPS-AD Aracaju- 2016

PADRÃO CONSUMO	DE	BDI N = 157	M	DP	P	BAI N = 157	M	DP	p
Álcool*									
Nunca fez uso		59	27,0	12,1	< 0,001*	59	26,8	12,7	0,002*
Uso pouco frequente		21	18,3	11,2		21	17,7	15,2	
Uso frequente		32	21,4	11,3		32	22,4	12,5	
Uso pesado		37	27,2	13,2		37	28,0	15,4	
Abstinência		8	10,6	6,1		8	11,1	11,8	
Tabaco*									
Nunca fez uso		90	25,5	12,9	0,459	90	25,8	13,2	0,152
Uso pouco frequente		6	22,1	11,7		6	24,1	23,4	
Uso frequente		9	20,2	11,4		9	18,4	9,7	
Uso pesado		50	22,3	12,4		50	23,2	15,1	
Abstinência		2	17,0	5,6		2	4,0	2,8	
Maconha*									
Nunca fez uso		104	24,0	12,8	0,474	104	23,1	0,006	0,226
Uso pouco frequente		17	25,4	13,1		17	24,0	15,1	
Uso frequente		17	19,7	10,2		17	24,0	12,8	
Uso pesado		19	25,7	13,3		19	30,5	15,7	
Abstinência		104	24,0	12,8		104	23,1	14,0	
Cocaína*									
Nunca fez uso		17	24,0	13,8	0,272	17	31,1	17,5	0.105
Uso pouco frequente		5	12,0	8,1		5	23,0	14,2	
Uso frequente		10	26,8	11,6		10	31,1	11,6	
Uso pesado		3	21,6	11,5		3	21,0	7,0	
Abstinência		122	24,2	2,6		122	22,8	13,8	

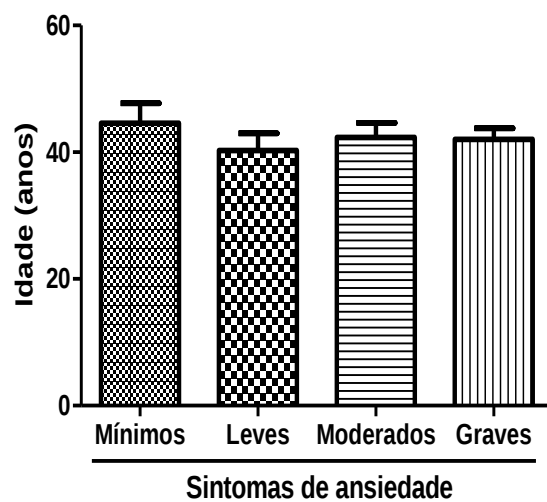
*p <0,05 estatisticamente significativo

Tabela 3 - Correlação dos escores médios de ansiedade e depressão, com o padrão de consumo das SPAs pelos usuários do CAPS-AD Aracaju- 2016

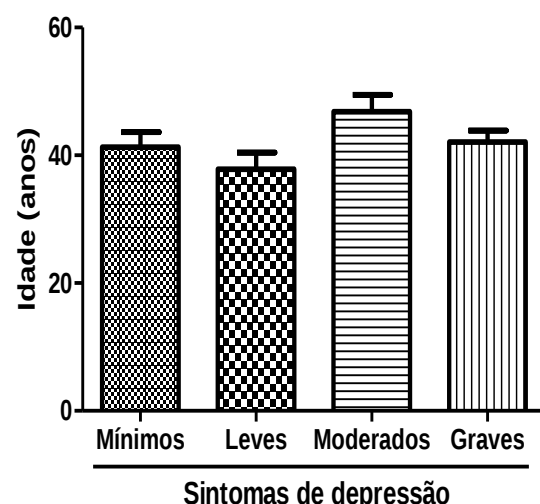
PADRÃO DO CONSUMO	BDI r	P	BAI r	P
Álcool	-0,169	0,03*	-0,102	0,20
Tabaco	-0,133	0,09	-0,0195	0,01*
Maconha	-0,024	0,76	0,111	0,11
Cocaína	-0,037	0,64	0,146	0,06

r Pearson = razão de correlação de Pearson

*p <0,05 estatisticamente significativo



p = 0,782 (ANOVA)



p = 0,009 (ANOVA)

Figura 2- Comparação dos níveis sintomatológicos de ansiedade e depressão segundo a idade dos usuários de substâncias psicoativas - CAPS AD - Aracaju- 2016

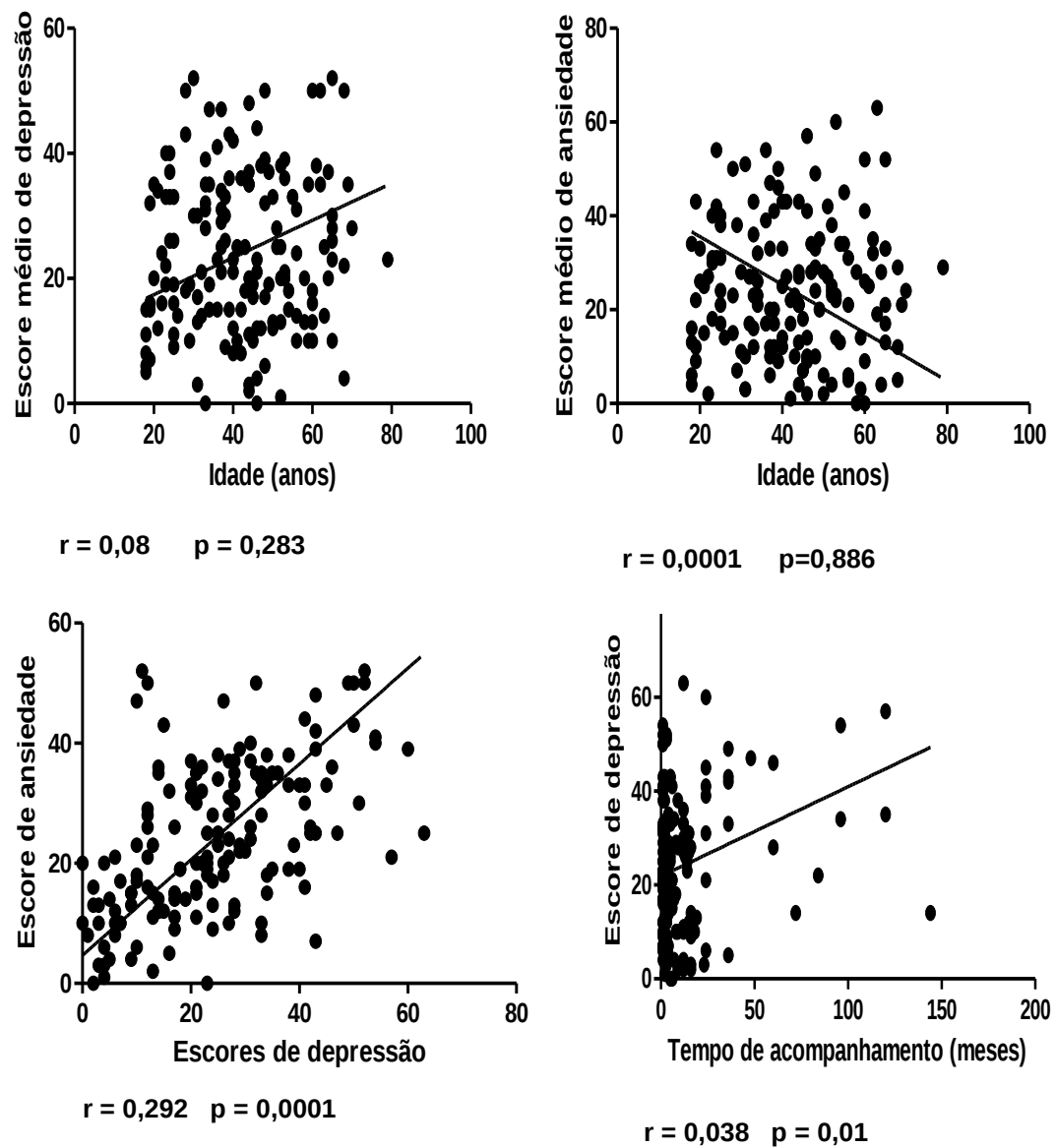


Figura 3 - Correlação dos escores médios de depressão de acordo com escores médios de ansiedade e tempo de acompanhamento – CAPS AD - Aracaju - 2016

6 REFERÊNCIAS

1. Almeida RA, Anjos UU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa, State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Saud. Debat.* 2014; 38(102): 526-538.
2. Andolfatto I, Frighetto M, Winck DR, Dambró BP. Caracterização de usuários de álcool e drogas atendidos pelo centro de atenção psicossocial (caps-i) de um município do meio oeste catarinense. *Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba.* 2016; 7(1): 31-38.
3. Andretta I, Limberger J, Oliveira MS. Abandono de tratamento de adolescentes com uso abusivo de substâncias que cometeram ato infracional. Aletheia, Canoas. 2014; 43(44):116-128, [citado em 2017 jan 24]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942014000100009&lng=pt&nrm=iso
4. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010.
5. Bartholomeu, D.; MONTIEL, J.M.; PESSOTTO, F.; JESUS, P.P.; FELICIANO, T. Avaliação da Ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação, State of São Paulo, Brazil. *Rev. Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 2014; 34(87): 352-370.
6. Cantão L, Fonseca LLK, Silva, TIM., Oliveira M, Oliveira VC, Machado RM. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. *Rev Rene.* 2015; 16(3): 355-62.
7. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovan MF. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(3): 468-74.
8. Carvalho DS, Ribeiro DR. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Rev. J. Bras Psiquiatr.* 2015; 64(3): 221-9.
9. Costa SHN, Facini CB, Figueiredo RM, Modzinski AC, Rodriguez V. Levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas em candidatos ingressantes na pmgo. *REBESP*, 2016; 9 (1): 14-22.
10. CUNHA, J, A. Manual da versão em português das Escalas Beck, State of São Paulo, Brazil. Casa do Psicólogo, 2001.
11. Dan L, Longo MD, Fuente NENGL. Avances científicos en la prevención y el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y sus acontecimientos conexos en la política pública. *IntraMed avances neurobiológicos.* 2016; 31(8): 374-363
12. Gavin RS, Reisdorfer E, Gherardi-Donato ECS, Reis LN, Zanetti ACG. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 11(1):2-9 jan.-mar. 2015 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v11i1p2-9

13. Gonçalves D.A, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2014; 30(3):623-632.
14. Gutiérrez-Martin A. Correlación entre depresión, hiperactividad y déficit de atención y el abuso de sustancias. *Medicina e Investigación*. 2015;3(2):123-128.
15. HORTA L.R. et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 2016 27 (11): 2263-2270.
16. INSC. Protocolo de Vigilancia En Salud Pública: consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en sustancias inyectables. 2016 1(2): 2-23.
17. Lewgoy LB, Vischer VJ, Operamman CMO, Araujo RB. Padrão de uso de *cannabis* em dependentes de crack, cocaína internados para desintoxicação. *Clin Biomed Res*. 2014;34(3):274-280.
18. Lopes RMF, Wendt GW, Nascimento RFL, Argimon IDL. Correlações entre ansiedade e depressão no desempenho cognitivo de idosos. *Rev. diversitas - perspectivas en psicología*, 2014, 10(1), 2014.
19. Macagnan JP, Menetrier JV, Bortoloti DS. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão. *Biosaúde*. 2014; 16(2): 20-31.
20. Mangualde AAS, Botelho MR, Costa JF, Junqueira ACM, Vidal, c.e.l. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Salud Mental*. 2013;(19): 235-248.
21. Marcon BJ, Ombelli MA, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Rev. Brasileira de Enferm*. 2014; 63(5): 735-710.
22. Marin-Navarrete RM, Benjet C, Borges G, Hernandez AE. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Menta.l* 2013; 36(44): 471-479.
23. Mastroianni FC, Macris CE, Gomes JR, Camargo PJ. Perfil sociodemográfico de um CAPSad e sua funcionalidade segundo os usuários. *Rev. Psicol. Saúde*. 2016; 8(2): 3-16. [citado em 2017 jan 18]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000200001&lng=pt&nrm=iso
24. Mendes PG, Ferreira RC, Gonçalves CM. Depressão: do transtorno ao sintoma. *Psicologia PT.*, 2014. 1(3): 30-41.
25. NIH. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Medline Plus información de salud para ustedes. Info.oline. [citado em 2016 dez 18]. Disponível em: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>.
26. Organização Mundial De Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
27. Rodrigues LSA, Sena ELS, Silva DM. Profile of users met in a psychosocial day-care center - alcohol and drugs. *Rev. enferm. UFPE*. 2013;7(8):5191-7.

28. SANTOS, D. A. B. GONÇALVES, M. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de drogas e suas implicações oftalmológicas. *Psychiatry on line Brasil*. 2016; 21 (8), 36- 49.
29. Silva CC, Costa COM, Carvalho RC, Amaral MTR, Silva MR. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Cienc & Saud Colect.*, 2014;19(3): 737-745.
30. Silva D.L.; Knobloch F. The team as a place of education: the continuing education in a Psychosocial Attention Center of alcohol and other drugs, State of São Paulo, Brazil. *Rev Interface*. 2016;20(57):325-35.
31. Tena-Tamayo C, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M. Uso de servicios de la población usuaria de drogas de 12 a 65 años. 25. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo demonstrou características semelhantes com a literatura, com perfil etário muito similar de população adulta a idosos, com predomínio de sujeitos do sexo masculino. Entretanto, estudos relacionados aos níveis de ansiedade e depressão em usuários de substâncias psicoativas de CAPS AD são pouco encontrados.

A associação entre o uso de SPA e a ocorrência de ansiedade e depressão em níveis moderados e graves nestes usuários indica a necessidade de tratamento e acompanhamento por profissionais especializados, com aplicação de estratégias singulares para cada indivíduo, principalmente relacionadas a motivação para o tratamento, resgate da autoconfiança e desenvolvimento da autonomia nestes sujeitos.

O padrão de consumo do álcool esteve correlacionado com os níveis de ansiedade e depressão o que nos permite acreditar que o tratamento adequado desses sintomas pode minimizar o uso problemático dessa substância. Entende-se, ainda, que na fase adulta algumas características sociodemográficas, podem ser fatores de risco para o consumo de SPA, como por exemplo, a baixa escolaridade e a baixa renda familiar que se destacaram nas médias do presente estudo.

Neste contexto, sugere-se que outros estudos possam ser desenvolvidos na população usuária de substâncias psicoativas, com a perspectiva de possibilitar estratégias de minimização dos níveis de ansiedade e depressão neste público.

7 APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes – UNIT, por intermédio dos alunos, William Alves de Oliveira, Andréia Poschi Barbosa Torales, Maria Eliane de Andrade, devidamente assistidos pelos seus orientadores Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior e Cristiane Costa da Cunha Oliveira a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: “Aspectos psicossociais e condições bucais de usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do estado de Sergipe” 2-Objetivo Primário: Avaliar os aspectos psicossociais e condições bucais de usuários de substâncias psicoativas nos CAPS AD do Estado de Sergipe. Objetivos secundários: Identificar a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos nos usuários dos CAPS AD; Identificar o perfil sociodemográfico e o padrão de consumo de substâncias psicoativas pelos usuários dos CAPS AD; avaliar a condição de saúde bucal e o nível de qualidade de vida dos usuários dos CAPS AD; analisar possíveis associações do padrão de consumo de substâncias psicoativas pelos usuários dos CAPS AD e a ocorrência de ansiedade e depressão; investigar possíveis associações do padrão do consumo de substâncias psicoativas pelos usuários dos CAPS AD e a ocorrência de doenças bucais; analisar possíveis associações entre o padrão de consumo de drogas lícitas /ilícitas de indivíduos atendidos pelos CAPS AD; ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos; ocorrência de doenças bucais e os níveis de qualidade de vida desses sujeitos

3-Descrição de procedimentos: serão aplicados questionários para avaliação da ansiedade e depressão previamente agendados. No segundo momento, será aplicado um questionário relacionado a qualidade de vida. Aqueles que responderem aos questionários participarão do exame bucal. Dessa forma, serão necessários três dias para a realização deste estudo.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: Ausência de estudos nos CAPS AD que correlacionam a ansiedade, depressão, condição bucal e qualidade de vida, bem como a necessidade de compreensão dos fenômenos estudados para contribuir com a ciência e futuras intervenções para a população em estudo.

5-Desconfortos e riscos esperados: O estudo pode apresentar riscos mínimos como desconfortos durante a aplicação dos questionários e exame bucal. Para tanto, os voluntários contarão com a presença de psicólogos e cirurgiões dentistas devidamente preparados para lidar com estas questões. Os sujeitos poderão ainda, retirar o consentimento no momento que não se sentirem devidamente confortáveis para a participação. Fui devidamente informado (a) dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: Este estudo possibilitará um diagnóstico sobre o tema pesquisado e pode auxiliar em políticas públicas para o consumo de substâncias psicoativas, bem como na saúde bucal.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma cópia deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e O pesquisador responsável, o sujeito da pesquisa ou seu representante legal e, quando for o caso, devem rubricar todas as folhas do TCLE, apondo também suas assinaturas na última página do referido Termo. V2_28nov13 pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável: Nome: Cristiane Costa da Cunha Oliveira Rua Francisco Gumerindo Bessa, 123, 601, Bairro: Grageru, Aracaju/Se. Telefone: (79)3218-2199 - CEP 49025040. E-MAIL: criscunhaoliva@yahoo.com.br e cristiane@itp.org.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju/SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, ____ de ____ de 201____. _____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO _____

Assinatura do pesquisador responsável-----

8 ANEXOS

ANEXO 1 - Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO 2 - Inventário de depressão de Beck (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar		0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar		0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso		0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo		0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera
0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	1	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	2	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

ANEXO 3 - Parecer consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT		Plataforma Brasil
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Aspectos psicossociais e condições bucais de usuários de substâncias psicoativas dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do estado de Sergipe		
Pesquisador: Cristiane Costa da Cunha Oliveira		
Área Temática:		
Versão: 3		
CAAE: 50598615.6.0000.5371		
Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.573.834		
Apresentação do Projeto:		
Estima-se que os transtornos psiquiátricos (ansiedade e depressão) podem implicar na busca e no consumo problemático de substâncias psicoativas que possibilita ao indivíduo uma sensação de alívio e/ou automedicação. Os usuários dessas substâncias podem ter a atenção da higienização bucal minimizada, propensa ao aparecimento de cárie, doenças periodontais e lesões bucais. A soma desses fatores pode ainda implicar na qualidade de vida desses indivíduos. Este estudo tem por objetivo avaliar os aspectos psicossociais, condições bucais e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do estado de Sergipe. Participarão deste estudo 383 sujeitos de ambos os sexos, com idades iguais ou maiores de 18 anos. Estes serão avaliados por instrumentos validados, como o "Inventário de Ansiedade de Beck, ou Beck Anxiety Inventory (BAI)", desenvolvido por Beck (1988); "Inventário de Depressão de Beck ou Beck Depression Inventory (BDI)", criado por Beck (1961) e o WHOQOL- Bref (World Health Organization Quality of Life) abreviado e adaptado por Fleck et al., (2000). As informações sociodemográficas serão colhidas por meio da ficha de cadastro fornecida pelos CAPS AD, e a situação quanto ao uso abusivo ou à dependência química serão investigadas por meio dos prontuários dos sujeitos selecionados para a pesquisa. A condição de saúde bucal será investigada por meio de ficha clínica padronizada, pré - testada em outro estudo para população adulta por		
Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo		
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490		
UF: SE Município: ARACAJU		
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br		

Página 01 de 05

ANEXO 4 – Normas para submissão

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Preparo dos manuscritos

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornece um título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização. Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

Declarações e documentos

a. A Carta de Apresentação do manuscrito, assinada por todos os autores, deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.

Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP. Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

Informações Gerais

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores. São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver Estrutura do Texto). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (Revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados. O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão. O uso de siglas deve ser evitado. Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido. Por menores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

Categorias de artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado

em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP. Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões.

O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental. Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras.

O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe. Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um

contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação. Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas. Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre

metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos. Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

Preparo dos manuscritos

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado. **Métodos**– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética. **Resultados** – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem

ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo. **Discussão** – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo. Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. Cad Saude Coletiva [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999. Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149 Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação

individual na determinação dos processos de saúde-doença. Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral. Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada tabela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. **Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.** Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se

houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

ANEXO 5 – Comprovante de submissão de artigo

03/02/2017 ScholarOne Manuscripts

Revista de Saúde Pública

Home

Author

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to	Revista de Saúde Pública
Manuscript ID	RSP-2017-0057
Title	NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
Authors	de Oliveira, William Torales, Andréia Souza, Marcela Barroso, Nicoloe Albuquerque Júnior, Ricardo Oliveira, cristiane
Date Submitted	03-Feb-2017

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>

