



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PABLO MICHEL BARCELOS PEREIRA

**PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM PESSOAS COM
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Tubarão
2020

PABLO MICHEL BARCELOS PEREIRA

**PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM PESSOAS COM
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

LINHA DE PESQUISA: NEUROCIÊNCIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde para a obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador (a): Prof. Dr. Rafael Mariano de Bitencourt

Tubarão
2020

P49 Pereira, Pablo Michel Barcelos, 1991 -
 Prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com
 dependência química / Pablo Michel Barcelos Pereira. – 2020.
 72 f. : il. color. ; 30 cm

 Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina,
 Pós-graduação em Ciências da Saúde.

 Orientação: Prof. Dr. Rafael Mariano de Bitencourt

 1. Transtorno Depressivo Maior. 2. Abuso de substâncias. 3.
 Psiquiatria. I. Bitencourt, Rafael Mariano de. II. Universidade do Sul
 de Santa Catarina. III. Título.

 CDD (21. ed.) 616.8527



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química

PABLO MICHEL BARCELOS PEREIRA

AUTOR

Aprovado pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 28 de abril de 2020.

Doutor Rafael Mariano de Bitencourt (orientador)

Doutora Rafaela Matavelli (Avaliador externo - Esucri) *Presente por videoconferência*

Doutora Josiane Somariva Prophiro (avaliador interno) *Presente por videoconferência*

Professor Doutor Jefferson Traebert
COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNISUL

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa possui inúmeros fragmentos doados por pessoas a tocaram. Entre elas, um agradecimento especial a professora e amiga Sandra Regina de Barros, por acender as chamas que deram início ao tema; ao Prof. Dr. Alexandre Paim Dias, que com sua sabedoria ajudou a construir uma metodologia de pesquisa sólida e organizada; a Senhora Silvane Caus, que ademais de sua generosidade e disposição incondicional, forneceu apoio e suporte nas inúmeras vezes que dela necessitei; e a Srta Tayná Padilha Basqueroto, por estar presente em todas as etapas e desafios da construção deste trabalho.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), aos seus professores e funcionários, pelo auxílio na realização de todas as atividades e pela oportunidade de estudar em uma instituição de excelência. Assim como, agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES), pois sem eles a realização deste trabalho não seria possível.

“Que tempos difíceis eram aqueles: ter a vontade e a necessidade de viver,
mas não a habilidade”

Charles Bukowski

RESUMO

Introdução: A identificação do transtorno depressivo maior (TDM) em pessoas com dependência química é importante tanto para o prognóstico quanto para o planejamento e desenvolvimento de intervenções adequadas. Sendo que, sua concomitância pode modificar os sinais e sintomas próprios de cada comorbidade, elevando o número de intervenções terapêuticas inadequadas e ineficazes.

Objetivo: Verificar a prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química internadas em comunidades terapêuticas localizadas no Sul de Santa Catarina.

Métodos: A metodologia utilizada foi um estudo transversal. Os locais de pesquisa foram comunidades terapêuticas de acolhimento para dependentes químicos, totalizando 184 indivíduos. Os testes aplicados foram o questionário social e a Entrevista Estruturada para os transtornos do DSM-V (itens: E1-E36; A45-A61; A1-A12).

Resultados: A totalidade dos pacientes não realizaram consulta psiquiátrica ao ingressar na instituição e a maioria não realiza consulta psiquiátrica regular (94,5%). A avaliação do transtorno por uso de substâncias demonstrou que 68,3% dos participantes apresentaram dependência alcoólica pura como motivo de internação e 31,7% dependência por álcool e outras drogas. Constatou-se que 89 participantes (55,3%) possuíam critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior, destes 59,1% possuíam adicção ao álcool ($p < 0,028$), assim como 60,2% dos alcoolistas preenchiem critérios diagnósticos dependência alcoólica grave ($p < 0,028$).

Discussão: Estudos demonstraram que a média de TDM em dependentes químicos varia entre 18 e 26%, os resultados desta pesquisa indicaram o dobro (55,3%), ou seja, os participantes deste estudo possuem maior prevalência de TDM em comparação a outros trabalhos nacionais e internacionais.

Conclusão: Diante do exposto, vê-se que depressão na população estudada deve se consolidar como uma variável importante para a eficácia do tratamento, visto que sua prevalência é elevada e possui repercussões sobre a qualidade de vida dos indivíduos e tempo de permanência na clínica.

Palavras chave: Transtorno depressivo maior. Dependência química. Internação psiquiátrica.

ABSTRACT

Introduction: The identification of major depressive disorder (MDD) in people with chemical addiction is important for both the prognosis and for the planning and development of appropriate interventions. Since its concomitance can modify the signs and symptoms of each comorbidity, increasing the number of inappropriate therapeutic interventions and ineffectiveness.

Objective: To verify the prevalence of major depressive disorder in people with chemical addiction admitted to therapeutic communities located in the south of Santa Catarina.

Methods: The methodology used was a cross-sectional study. The research sites were therapeutic communities for individuals with chemical addiction, 184 individuals in total. The tests applied were the social questionnaire and the Structured Interview for disorders of DSM-V (items: E1-E36; A45-A61; A1-A12).

Results: All patients did not attend a psychiatric consultation upon entering the institution and the majority did not undergo regular psychiatric consultation (94.5%). The assessment of disorders due substance abuse showed that 68.3% of participants had pure alcohol dependence as a reason for admission and 31.7% dependence on alcohol and other drugs. It was found that 89 participants (55.3%) had diagnostic criteria for major depressive disorder, and 59.1% of these had alcohol addiction ($p < 0.028$). Also 60.2% of alcoholics fulfilled diagnostic criteria for severe alcohol dependence ($p < 0.028$).

Discussion: Studies have shown that the average MDD in drug addicts varies between 18 and 26%, the results of this research indicated twice more (55.3%), that is, the participants in this study have a higher prevalence of MDD compared to other national and international works.

Conclusion: Given the above, it is seen that depression in the studied population must consolidate itself as an important variable for the effectiveness of the treatment, since its prevalence is high and has repercussions on the quality of life of the individuals and length of stay in the clinic.

Key-words: Major depressive disorder. Chemical addiction. Psychiatric admission.

LISTAS

Lista de abreviaturas

AA – Alcoólicos anônimos
APA – Associação Psiquiátrica Americana
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CID – Código Internacional de Doenças
CTDQ – Clínica de reabilitação para dependentes químicos
CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes
DT – *Delirium Tremens*
DQ – Dependência Química
DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas
GABA – *Gamma-Aminobutyric Acid*
NESARC – *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*
NUTED – Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
RP – Razão de Prevalência
SA – Síndrome de Abstinência
SSA – *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SCID-V – *Structured Clinical Interview for DSM-V*
SRC – Sistema de Recompensa Cerebral
SUS – Sistema Único de Saúde
SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*
SPAÉ: Serviço de Psicologia Aplicada ESUCRI
TD – Transtorno Depressivo
TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
UNUDC – *United Nations Office on Drugs and Crimes*
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Lista de quadros

Quadro 1 – Variáveis de estudo	35
--------------------------------------	----

Lista de figuras

Figura 1 – Uso de drogas psicotrópicas no Brasil.....	9
Figura 2 – Número de usuários e dependentes de drogas no mundo.....	10
Figura 3 – O termômetro do uso, abuso e dependência.....	14
Figura 4 – Mecanismo relacionando ao consumo de drogas.....	19
Figura 5 – Fatores que influenciam no desenvolvimento da DQ.....	20
Figura 6 – Principais áreas cerebrais do SR.....	22
Figura 7 – Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas.....	26
Figura 8 – Evolução dos casos de AIDS com uso de drogas.....	26
Figura 9 – Etapas do estudo transversal.....	31
Figura 10 – Cálculo do tamanho amostral.....	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
1.1.1 Contextualizando a dependência química.....	7
1.1.2 Classificação do uso de drogas	10
1.1.2.1 Padrões de consumo de drogas.....	12
1.1.3 Abuso e dependência química	15
1.1.3.1 Síndrome de abstinência.....	19
1.1.4 O processo de construção da dependência química	20
1.1.4.1 Genética e uso de drogas.....	21
1.1.4.2 Neurofisiologia da dependência química.....	21
1.1.4.3 Explicação da psicologia sobre a gênese da adicção.....	23
1.1.4.3 Fatores sociais envolvidos no processo de adicção.....	24
1.1.5 Comorbidades na pessoa com dependência química	26
1.1.5.1 Depressão e dependência química.....	28
2. OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3. MÉTODOS	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA.....	31
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	33
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	33
3.5 COLETA DE DADOS.....	33
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	35
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	36

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	36
4. RESULTADOS	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE.....	49
APÊNDICE A – Questionário social.....	49
ANEXOS.....	50
ANEXO A – PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA.....	50
ANEXO B – SCID -V (Transtorno por uso de álcool)	54
ANEXO C – SCID -V (Transtorno por uso substâncias não alcoólicas)	57
ANEXO D – SCID -V (Episódio depressivo atual)	62
ANEXO E – Normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria.....	65
ANEXO F – Comprovante de Submissão do Artigo.....	72

1. INTRODUÇÃO

O transtorno por uso de substâncias se apresenta como um problema de saúde pública grave e emergente¹. Em 2016, o relatório mundial da Organização das Nações Unidas de Combate às Drogas e Crimes (UNODC) estimou que 5% da população mundial entre 15 e 64 anos possui dependência química de alguma droga ilícita (cocaína, crack, heroína) e 12,3% de drogas lícitas (álcool, tabaco)². Sobreposto a este quadro, a taxa de comorbidades psiquiátricas adicionais pode chegar a 28%, dentre elas, o transtorno depressivo se destaca entre os mais prevalentes em âmbito mundial³.

Um estudo realizado na Espanha, no ano de 2011, demonstrou que a frequência do transtorno depressivo em usuários crônicos de substâncias psicoativas foi de 14,3% comparada à taxa de 5,4% da população geral⁴. Ao encontro desses achados, um levantamento epidemiológico elaborado nos Estados Unidos pela *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC)⁵ sobre as comorbidades relacionadas ao consumo de substâncias químicas entre adultos, evidenciou uma prevalência de 20% de transtornos de humor depressivo.

No Brasil, uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Sul verificou a frequência de comorbidades psiquiátricas em pessoas com dependência química, e arrojou entre seus resultados que 16,1% da população selecionada preenchia critérios diagnóstico para transtorno depressivo maior⁶. Na região sul do estado de Santa Catarina, há cerca de 700 pacientes internados em comunidades terapêuticas de reabilitação para dependentes químicos, com um custo mensal de 1.260,00 reais/paciente (882.000,00/mês), sendo que a porcentagem de recaída em 1 ano após alta é de 50%, ou seja, parece existir uma falha no manejo destes pacientes, seja na triagem inadequada, na ausência do diagnóstico e tratamento de comorbidades ou na potencial ineficácia dos programas⁷

A identificação dos transtornos depressivos em pessoas com dependência química é importante tanto para o prognóstico quanto para o planejamento e desenvolvimento de intervenções e tratamentos adequados, pois sua concomitância pode modificar os sinais e sintomas próprios de cada comorbidade, elevando o número de intervenções terapêuticas inadequadas e ineficazes⁸.

Desta forma, existe a probabilidade de sintomas de abstinência ou de intoxicação serem confundidos com alterações psicopatológicas assim como

transtornos de humor/psicóticos primários serem diagnosticados erroneamente como decorrentes do uso/abuso/dependência de substâncias químicas^{9,10}.

Acrescenta-se a este fenômeno o elevado número de indivíduos adictos subdiagnosticados com transtornos mentais, o que eleva o montante de prejuízos relacionados à patologia de base, pois o sujeito com depressão e/ou esquizofrenia, por exemplo, pode ficar mais limitado na busca de ajuda ou na compreensão de sua doença⁸.

Da mesma forma, por vezes não há protocolos de triagem e avaliação do estado mental nas pessoas com dependência química (DQ) internadas em clínicas de tratamento intensivo, Centros de apoio psicossocial para álcool e drogas (CAPS-AD) ou grupos como os alcoólicos anônimos, reduzindo a chance de identificação da comorbidade e sendo tratada apenas a adicção¹¹.

Os profissionais psicólogos ou psiquiatras que atuam no campo da dependência química necessitam de atualização constante e, principalmente, de materiais científicos que demonstrem as particularidades dos pacientes que residem nos locais de tratamento da DQ. Assim, será possível diagnosticar de forma correta não apenas os sujeitos, mas também as falhas da atenção dos serviços de saúde, dos métodos de triagem e diagnóstico, baseados em evidências científicas confiáveis e relevantes^{6,12}.

Hess e colaboradores descrevem que, ainda que tenha havido um incremento na pesquisa sobre transtornos depressivos em pessoas com dependência química, até o ano de 2012 no Brasil são poucos os estudos que investigaram esta questão⁸. Com base na magnitude do fenômeno supracitado, elenca-se a seguinte pergunta de investigação: Qual a prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química internadas em centros de tratamento de dependência química na região sul de Santa Catarina?

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Contextualizando a dependência química

Documentos históricos como o papiro de Ebers (3.000 a.c), relatam que desde os tempos mais longínquos, o *Homo sapiens* faz uso de drogas psicotrópicas e alucinógenas; não obstante seu uso habitual fosse para extrair potenciais efeitos analgésicos ou sedativos, também eram empregadas na realização de rituais em grande parte das culturas primitivas do planeta^{13,14}.

Historiadores demonstraram que nas sociedades faraônicas, drogas como maconha e opiáceos eram usadas pelos sacerdotes e personagens de alto escalão para promoção de *insights* e relaxamento¹⁴. A maioria dos medicamentos utilizados em antanho eram originários de plantas ou fungos. Porquanto, a palavra "droga" é uma derivação etimológica do vocábulo holandês *droog*, que significa folha seca^{15,16}.

Atualmente, a terminologia "droga" é empregada no meio farmacêutico como qualquer substância com potestade de provocar alterações no funcionamento do organismo de um ser vivo, resultando em mudanças fisiológicas e/ou comportamentais, de caráter nocivo ou medicinal¹⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é a autoridade máxima em assuntos relativos ao consumo de drogas; uma de suas delegações é produzir critérios que classifiquem o uso de uma determinada substância psicotrópica em suas principais particularidades. Embasados nesses critérios, surgiam também múltiplas formas de abordar e estudar o fenômeno^{18,19}.

A priori, a OMS realizou uma separação dos conceitos de hábito e vício, e *a posteriori* a substituição desta última terminologia por "dependência química", devido ao constrangimento que a palavra "drogado" submetia o sujeito doente^{19,20}. Isso porque, até o século XIX, o uso de substâncias psicotrópicas era considerado um traço de "mal caráter", uma vez que se acreditava que o usuário tinha total poder de escolher entre consumir a droga e ser um "marginal"^{14,21}.

Em um segundo momento, se propôs diferenciar as substâncias químicas que produziam dependência física, psicológica ou ambas. Por observar o consumo compulsivo de compostos que aparentemente não produziam dependência, bem como, casos em que ocorriam a interrupção do uso sem grandes dificuldades, se pode identificar peculiaridades próprias de cada substância, tomando como exemplo a morfina, que se associava com uma grave e rápida dependência física, mas não psicológica^{14,22}.

Após variadas análises e consensos, a OMS²³ caracterizou a dependência física como uma resposta anormal do organismo na ausência da droga, que inclui: sudorese, taquicardia, tremor de extremidades, problemas da marcha e demência; e a dependência psicológica como uma síndrome clínica composta por: mal-estar, sensação de vazio, despersonalização, sintomas psicóticos e paranoides²⁴.

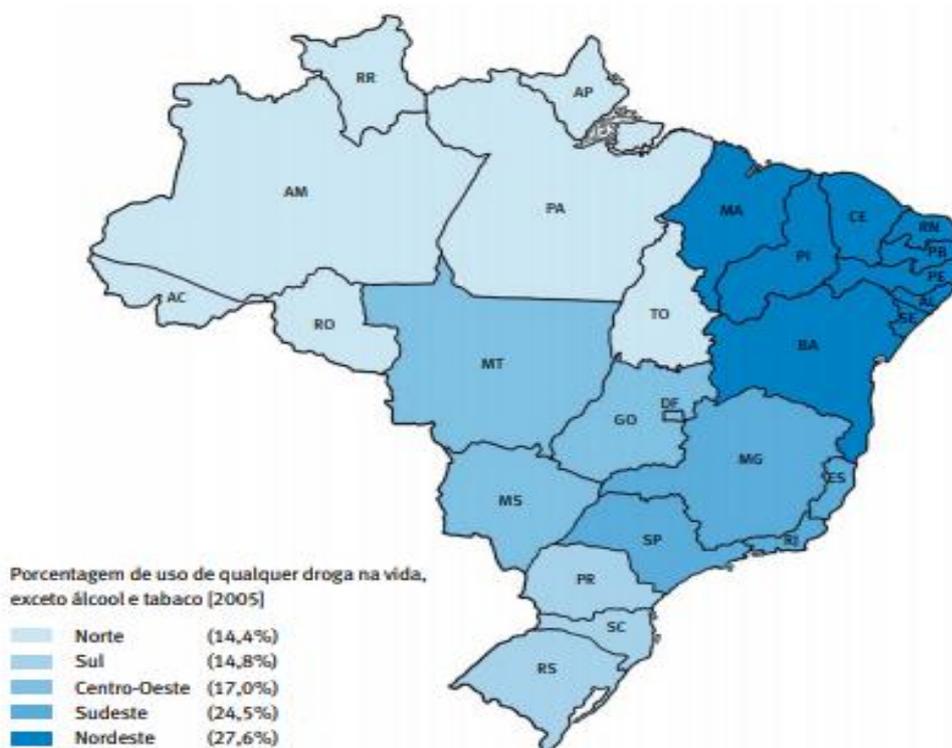
Em síntese, foi conceituada a dependência química como uma relação psicofisicamente alterada entre o indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica^{21,25}. A medicina, por meio da psiquiatria, contribuiu com o conceito supracitado afirmando que a DQ é uma psicopatologia crônica, redicivante e incurável, cuja etiologia tem natureza multifatorial (genética, orgânica, social, psicológica) e complexa²⁶.

Geralmente, este estado prejudica o sujeito na capacidade de controlar seu comportamento. Ainda que a iniciativa de consumir drogas tenha forte componente voluntário, as alterações cerebrais decorrentes da adicção podem promover descontrole e incapacidade de resistir a impulsos de uso, ou pensar racionalmente sobre suas ações²⁷.

A gravidade e as comorbidades decorrentes do consumo patológico de substâncias psicotrópicas oscilam ao longo de um período temporal. Partindo desta premissa, pode-se usar o seguinte exemplo: dependentes de álcool não são apenas aqueles que ingerem uma garrafa diária de destilado, tenham sudorese matinal e dano hepático; também podem ser pessoas que consomem dentro dos padrões considerados normais, tomando uma cerveja por dia, após o laboro²¹.

Entretanto, uma proporção significativa dos usuários não acredita que se tornará um dependente químico²⁸, não sabe dos prejuízos que o uso de psicotrópicos pode trazer tanto para a saúde física como mental, ou é persuadido pela mídia em seta longitudinal ao consumo e o "desfrute" das drogas. Como ilustra a figura 1, o uso de substâncias está presente em todos os estados da nação Brasileira, sendo as regiões nordeste e sudeste as que demonstram maior taxa de consumo de drogas ilícitas²⁹.

Figura 1. Uso drogas psicotrópicas no Brasil



Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas. Secretaria nacional de políticas sobre drogas, 2010²⁹.

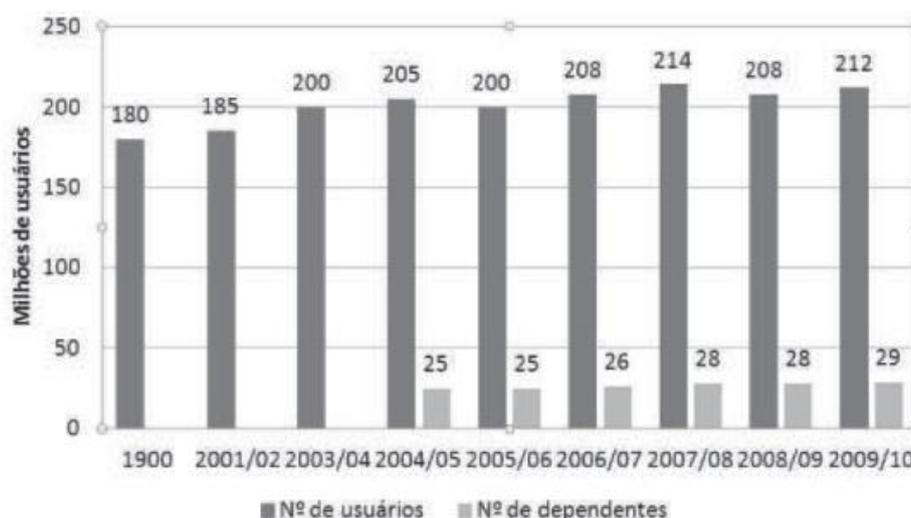
O mesmo acontece em países contíguos ao Brasil; na Argentina, o maior estudo epidemiológico realizado sobre o tema no país, mostrou que 86,8% da população entre 12 e 65 anos já fez uso recreativo de álcool algumas vez na vida, sendo 61% de tabaco e 29% de maconha. Destes, 33% são consumidores diários de álcool, 33,3% de cigarro e 12,3% de maconha^{11,30}.

No Chile, dados do governo mostram que mesmo com as campanhas e divulgação de materiais de prevenção e combate ao uso de drogas lícitas ou ilícitas, a praxe de consumo destas substâncias vem crescendo a partir da década de noventa. O censo de 2017 mostrou que 51% da população diz ser usuário recreativo ou regular de álcool, tabaco ou substâncias ilegais³¹.

No Uruguai, a realidade do consumo de psicotrópicos não é diferente. O último estudo epidemiológico realizado em 2016 pela presidência da república arrojou os seguintes dados: 90% da população entre 15 e 65 anos já fez uso recreativo de álcool, 33% de cigarro, 27,2% de psicofármacos sem prescrição médica, 23,3% de maconha, 6,8% de cocaína e 3,1% de outras drogas ilegais³².

Percebe-se, ao analisar os dados mundiais, que o panorama do uso recreativo de drogas ilícitas em âmbito global é preocupante, como indica a figura 2; não apenas pelos riscos agudos do consumo (acidentes automobilísticos, intoxicações), mas com a possibilidade da utilização recreacional se transformar em abuso ou dependência química²¹.

Figura 2. Evolução do número de usuários e dependentes de drogas no mundo



Fonte: Adaptado UNODC, 2012^{2,25}.

1.1.2 Classificação do uso de drogas

É de conhecimento científico que o *Homo Sapiens* direciona grande parte do seu comportamento à busca de prazer²⁶. Sendo assim, qualquer movimento que lhe oferte sensação de bem-estar, excitação ou aceitação social tendem a ser reforçados²⁰. Desta maneira, tem-se um pequeno vislumbre dos motivos que levam os seres humanos a utilizarem drogas ou tornarem-se dependentes, pois a substância psicotrópica e sua ação dopaminérgica no sistema nervoso central, provavelmente propiciaram ao sujeito intensas sensações prazerosas ou de bem-estar³³.

Outrossim, estas sensações de prazer e possível evolução à adicção dependem da forma de apresentação, acessibilidade ao produto, custo, modos de uso, características farmacocinéticas e farmacodinâmicas da droga¹⁵. Características como início instantâneo de ação estão relacionadas ao maior potencial de gerar dependência. Por outro lado, psicotrópicos que são rapidamente eliminados tendem a desencadear síndromes de abstinência mais severas (uma substância fumada como

o crack ou injetada como a heroína tem maior risco de induzir à dependência do que um produto administrado por outras vias)¹⁵.

Para diferenciar os sinais e sintomas do uso recreacional, abuso e dependência, diversas agências científicas produziram materiais com o objetivo de classificar os critérios que cada quadro deve apresentar, pois as expensas deles serão analisadas as melhores maneiras de intervenção e manejo³⁴.

Na atualidade, dois materiais servem de base para a classificação e diagnóstico da dependência química. O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais do inglês "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*" (DSM)³⁵, criado pela Associação Psiquiátrica Americana. Esse material categoriza os transtornos mentais em grupos e subgrupos, com critérios e características específicas, além de classificar o diagnóstico de transtornos do aparelho psíquico a partir de achados clínicos semiológicos ou/e nosológicos³⁶.

O DSM está em sua quinta edição, sendo que o mesmo trabalha com a sistematização de sinais, sintomas e comportamentos. Entretanto, utiliza uma metodologia investigador- dependente, ou seja, muitos critérios dependerão apenas de como o profissional coletará as informações obtidas na entrevista³⁷. Também é certo que peca em não possuir métodos de diagnóstico laboratoriais ou por imagem que corroborem os achados clínicos. Por esse motivo, o uso dos critérios contidos no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais tem sido alvo de críticas que, por vezes, são bem fundamentadas e dignas de análise³⁸.

Devido à elevada probabilidade de falsos positivos e falsos negativos que a falta de conhecimento em saúde mental pode levar, o DSM-5 é indicado na prática clínica com finalidade diagnóstica apenas para profissionais com ampla sapiência em psicopatologia³⁶. Entretanto, na área da pesquisa clínica e epidemiológica, o DSM-5 e seus sistemas classificatórios continuam sendo os mais úteis devido a sua grande objetividade e, em decorrência, pela possibilidade de generalização e comparação dos resultados de investigações^{35,39}.

Por outro lado, como material alternativo ao DSM-5, existe o Código Internacional de Doenças (CID), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, e que está em sua décima edição. No Brasil, o CID-10 tem sido mais utilizado na clínica por médicos generalistas e não psiquiatras, sendo a referência para o sistema único de saúde (SUS)²⁹. Este manual não foca apenas na saúde mental, também visa padronizar a codificação de doenças e problemas gerais relacionados à saúde. O CID-

10 fornece códigos relativos à classificação de doenças do aparelho psíquico baseado em uma extensa variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas⁴⁰.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10 – Código F) as comorbidades relacionados ao uso de psicotrópicos incluem patologias ocasionadas por substâncias ilegais como a cocaína, maconha, ecstasy, heroína e por drogas legalizadas como as bebidas alcoólicas, o tabaco e produtos farmacêuticos. A droga conhecida como crack não se enquadra na lista deste material, pois se trata de conversão da cocaína para base livre, através de mistura de bicarbonato de sódio, água e outras substâncias químicas³⁵.

1.1.2.1 Padrões de consumo de drogas

Não há na literatura um perfil exclusivo de uso de drogas.⁴¹ Indivíduos de diferentes faixas etárias, de qualquer nível intelectual, pertencentes a quaisquer classes econômicas, podem utilizar tais substâncias, sendo que sua causa geralmente tem caráter multifatorial e assistemática²⁵.

Tão plural quanto o perfil do usuário de substâncias psicotrópicas, são os efeitos que elas podem vir a provocar no organismo. As características biológicas, o estado emocional, o saber de ser, maneira de utilização da droga, a quantidade utilizada e o grau de pureza, possuem relação direta com o resultado do uso⁴².

Assim como, o modelo de consumo de psicotrópicos equivale aos graus de interação subjetiva que os sujeitos mantêm com tais substâncias, as formas de administração e as percepções sobre potenciais consequências das mesmas^{34,35}. Por esta razão, os padrões de consumo de psicotrópicos são utilizados para identificar as modalidades de usuários e seus estilos, classificando a partir de uma conjuntura interacional entre o consumidor e a droga, bem como considerando seu propósito na vida do sujeito³⁵.

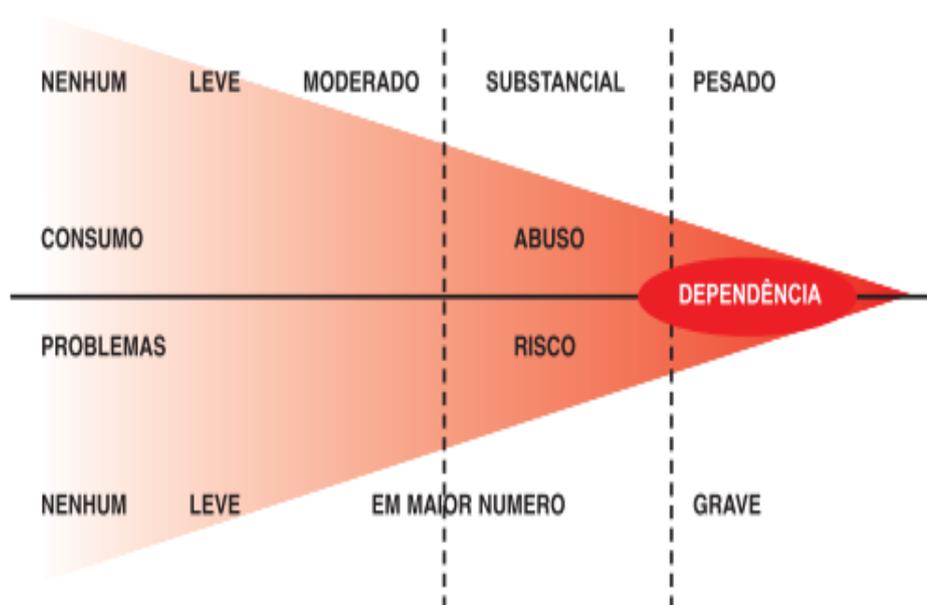
É relevante compreender que não apenas os efeitos fisiológicos dos psicotrópicos exercem influência nos padrões de consumo, mas também as condições socioculturais em que o mesmo está inserido desenham um diferente tipo de relacionamento com as drogas⁴³. Para efeitos de compreensão, a OMS definiu os seguintes padrões de uso:

- Uso experimental: Refere-se ao sujeito que experimenta a droga, geralmente por curiosidade. Também se enquadram os indivíduos que tiveram seus primeiros contatos com o psicotrópico, ou possuem uma qualidade de consumo infrequente e inconstante. Este tipo de usuários geralmente faz uso de álcool e cigarros^{29,43}.
- Uso ocasional: São indivíduos que utilizam psicotrópicos apenas quando os mesmos estão disponíveis, ou em ambientes que propiciem o uso como festas, círculo de amigos, momentos de instabilidade psicológica; entretanto não sofrem desequilíbrios ou interferências na vida social ou laboral. Este padrão de uso está relacionado a drogas lícitas²³.
- Uso recreativo: Similar ao uso ocasional, está associado a circunstâncias amistosas, sem que implique em dependência ou outros problemas sociais. Entretanto, as drogas escolhidas geralmente são as ilícitas, como a maconha e a cocaína⁴⁴.
- Uso controlado: Também denominado funcional ou moderado. Refere-se a um hábito regular de consumo, que não tem caracteres compulsivos e não interfere no funcionamento habitual do sujeito. No consumo funcional, o usuário consegue ter controle sobre o desejo de consumir a droga, e adequar seu ritmo de uso a circunstâncias que não lhe tragam prejuízo¹⁰.
- Uso social: O mais comum na sociedade moderna, o uso social pode ser definido como o uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável. Este tipo de uso se associa geralmente ao tabaco e o álcool⁴⁵.
- Uso em *Binge*: O sujeito consome grande volume de psicotrópico em um curto período cronológico, ainda que a frequência desse tipo de consumo possa ser esporádica (por exemplo, pessoas que ingerem grandes quantidades de bebidas alcoólicas durante algumas horas, uma vez por semana)³⁷.
- Uso Nocivo: Esta modalidade de uso se enquadra na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, sob o código F19.1, e se caracteriza pelo modo de consumo de uma substância

psicoativa prejudicial à saúde, com complicações físicas ou psíquicas. Por outro lado, a 5ª edição do DSM, publicada em maio de 2013, não fez distinções entre abuso de drogas e dependência³⁶.

Segundo a OMS, usuários recreativos de drogas possuem potencial probabilidade de evolução para dependência química, como está ilustrado na figura 3:

Figura 3. O termômetro do uso, abuso e a síndrome de dependência química



Fonte: Adaptado, Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde (2016)²¹.

A figura acima demonstra o que em psiquiatria se conhece como "Escalada", ou seja, quando a pessoa se move verticalmente de um ponto do uso de substâncias consideradas "leves" (álcool, tabaco), para as mais "pesadas" (cocaína, crack); ou quando o consumo com uma mesma droga passa de um ritmo ocasional/leve para moderado/*binge*/abuso¹⁶.

Implícito no conceito de escalada, está a noção de tolerância que o sujeito desenvolve aos psicotrópicos. A OMS definiu a tolerância como: uma diminuição da resposta a uma dose de uma determinada substância, que se produz com o uso continuado e necessidade de doses maiores para obter o efeito desejado⁴⁴.

Percebe-se, ao verificar essas informações, que o uso exclusivo da droga não determina dependência química; entretanto, caso o psicotrópico seja consumido com

frequência (uso habitual), poderá vir a configurar um uso nocivo/abuso com o tempo, levando a consequências biológicas, psicológicas e sociais⁴⁶.

1.1.3 Abuso e dependência química

Segundo o DSM-5³⁶ e a CID-10⁴⁰, o abuso de drogas e a dependência química representam uma alteração patológica do aparelho biopsíquico do indivíduo; ou seja, o sujeito dependente ou abusador tem prejuízo no controle dos seus impulsos, logo, se configura como um sujeito que convive com uma doença⁴⁷.

A dependência química produz um conjunto de alterações comportamentais, cognitivas e fisiológicas que progridem após o uso recorrente de psicotrópicos, associados à dificuldade e à incapacidade de controlar o consumo da droga, podendo levar o sujeito a ter uma dupla dependência (orgânica e psicológica)⁴⁸.

Por um lado, a dependência orgânica ocorre quando o corpo dá sinais que precisa de uma determinada substância psicotrópica para o seu adequado funcionamento e manutenção de uma pseudo-homeostasis. Como exemplo, pode-se utilizar os alcoolistas que, em ausência da substância, experimentam sintomas rebote contrários ao efeito da droga, como: tremores, sudorese, agitação, insônia, cefaleia e quadros demenciais reversíveis e irreversíveis⁴⁵.

Caso o sujeito tenha desenvolvido um quadro de dependência física grave e, por alguma circunstância, fique impossibilitado de fazer uso da droga ou então diminua abruptamente o volume consumido, pode experimentar efeitos de abstinência e risco de morte^{9,49}.

Por sua vez, a dependência psicológica pode se apresentar através de uma sensação de mal-estar e desconforto, que surge quando se precede ou se interrompe o uso da droga. Os sintomas mais frequentes são: agitação, (des)personalização, desrealização e angústia⁴⁵. A dependência psicológica é o que normalmente faz com que as pessoas tenham recaídas e voltem a fazer uso da droga. Por este motivo, a compreensão psicológica do doente é de importância ímpar¹⁹.

Tendo em vista que o uso abusivo de drogas e a dependência química são quadros clínicos diferentes, mas compartilham de alguns sinais e sintomas similares, é imprescindível recorrer à literatura para poder classificá-los corretamente, pois o manejo do quadro e possível resolução depende de um diagnóstico preciso. O DSM

classifica o abuso de substâncias embasado em um ou mais dos seguintes comportamentos em um período de doze meses:³⁶⁻³⁸

1. Uso recorrente, resultando no fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
2. Uso recorrente, em situações nas quais isso apresenta perigo físico;
3. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelo efeito da substância.

Por outro lado, o CID-10 projeta outros critérios que, são:⁴⁰

1. Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribui consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.
2. A natureza do dano é claramente identificável.
3. O padrão de uso tem persistido por, pelo menos, um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de doze meses.
4. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

Com conceitos estabelecidos sobre o que é o abuso de drogas, deve-se compreender quais os critérios que protagonizam a síndrome de dependência química. O DMS-4 caracteriza a dependência química como um padrão mal adaptativo de consumo, que acarreta prejuízo ou sofrimento significativos, manifestados por 3 ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de doze meses:^{36,37}

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade.
2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

4. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso.
5. Muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso.
7. Uso contínuo, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Neste trabalho, se optou por utilizar os critérios do DSM-5, pois há um razoável número de artigos afirmando que os novos conceitos de uso abusivo de drogas e dependência química presentes no DSM-4 estão em desarrajo com os conhecimentos adquiridos até o momento, visto que o mesmo não diferencia abuso de dependência¹⁶.

Por outro lado, a CID-10 descreve que a dependência química é definida por três ou mais das seguintes manifestações, ocorrendo conjuntamente por pelo menos 1 mês ou, se persistirem por períodos menores que 1 mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:^{38,40}

1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
2. Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso;
3. Estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas;
4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade;
5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos;

6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

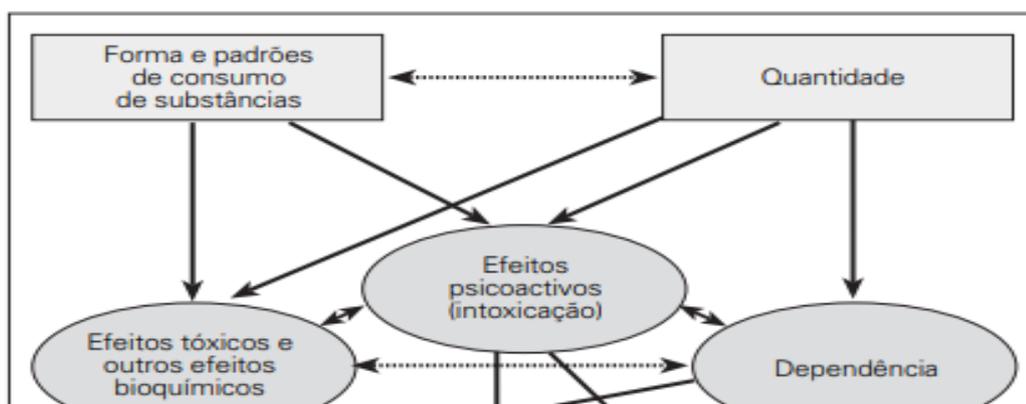
Mesmo que ambas classificações (CID e DSM) possuam características de sensibilidade e especificidade similares, para o diagnóstico adequado de pacientes dependentes químicos, é crucial compreender o porquê da escolha de tais critérios pelos especialistas e órgãos competentes, pois os testes de triagem e de diagnóstico da dependência química são geralmente confeccionados a partir dos manuais acima descritos^{47,50}.

Percebe-se nos critérios supracitados que o dependente químico sobrevive em um estado alterado do funcionamento orgânico, acompanhado de processos psicológicos desordenados. Alguns autores pressupõem, a partir disso, que a pessoa com DQ não tem condições de se auto administrar e se atuar socialmente da mesma maneira que os não usuários ou consumidores controlados^{51,52}.

Os consumidores recreativos ou controlados, como outrora descrito, geralmente não sofrem complicações orgânicas, mentais ou sociais significativas em um curto período de tempo, todavia, não estão isentos de complicações agudas, como intoxicações, quedas e acidentes automobilísticos¹⁰.

Logo, pode-se demonstrar que os dependentes químicos, por sua situação de instabilidade orgânica e psíquica, podem carecer dos meios adequados ao exercício satisfatório da autonomia, e, por conseguinte, estão em posição de maior exposição e probabilidade de continuar seu uso, como demonstra a figura 4^{53,54}.

Figura 4. Mecanismos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, problemas de saúde e sociais



Fonte: Adaptado, Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs,2003⁵⁵.

1.1.3.1 Síndrome de abstinência (SA)

Soma-se ao rol de consequências da dependência química outro evento patológico relativamente comum (em especial em alcoolistas), e que preocupa não apenas o doente, mas também o meio ao qual estiver inserido. Este fenômeno clínico se denomina síndrome de abstinência^{56,57}.

O início e desenvolvimento da SA são autolimitados cronologicamente (em média 30 dias)³³, e diretamente relacionados à dose da substância utilizada imediatamente antes da parada e/ou redução do consumo⁴⁹. Este quadro clínico se caracteriza pelos seguintes sinais e sintomas: agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. E pode seguir com complicações agudas como: alucinações, *Delirium Tremens* (DT), convulsões do tipo grande mal, coma ou morte⁵⁷.

Não é incomum quadros graves e de maior complexidade se acompanharem de hiperatividade autonômica, tremores intensos, insônia, paranoia, alucinações ou ilusões visuais, táteis, auditivas ou olfativas, agitação psicomotora e ansiedade^{36,57}.

Alguns fatores estão associados a um desenvolvimento acelerado da SA e servem como preditores de gravidade, como história previa de SA grave, alcoolemia alta, desintoxicações frequentes, uso de benzodiazepínicos e antipsicóticos, além de outras comorbidades médicas^{58,59}.

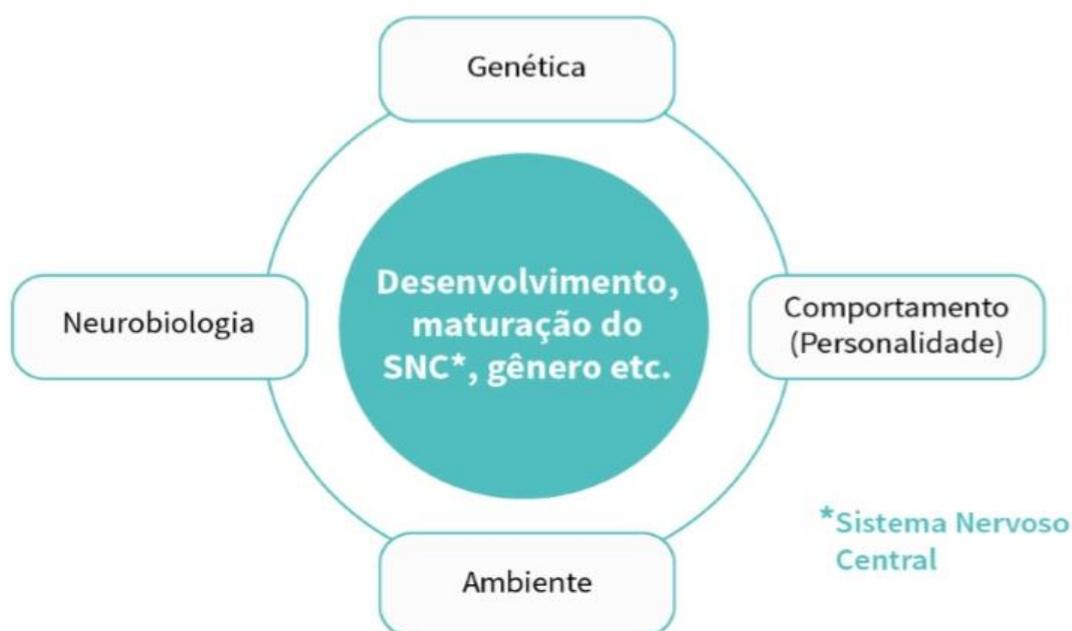
Ao analisar o panorama do adicto e suas complicações, e ao compreender que esta doença não compromete unicamente a esfera biológica, mas provoca interações negativas nos campos sociais, laborais e familiares, almeja-se a realização de um diagnóstico correto e manejo adequado desta doença. Entretanto, para que isto

ocorra, faz-se necessário compreender as bases biopsicossociais envolvidas na gênese da dependência química⁵².

1.1.4 O processo de construção da dependência química

A dependência química acompanha um conjunto de alterações cerebrais (neurobiológicas e neuropsicológicas) provocadas pela ação direta do uso prolongado de uma droga de abuso. Tais alterações podem ser influenciadas por aspectos ambientais (sociais, culturais), comportamentais e genéticos, conforme figura 5^{60,61}.

Figura 5. Fatores que influenciam no desenvolvimento da dependência de drogas



Fonte: Adaptado, NUTE-UFSC (2012)⁶².

1.1.4.1 Genética e uso de drogas

O cérebro é a estrutura mais complexa da natureza, pois, além de cumprir funções basais para subsistência, permite que o organismo perceba e responda ao meio, se adaptando constantemente aos estímulos externos através de mudanças na expressão dos genes regulados. Este fenômeno é denominado cientificamente de epigenética^{23,63}. A exposição contínua a substâncias psicotrópicas provoca mudanças

generalizadas na expressão dos genes cerebrais e há evidências de que muitas dessas alterações levam aos processos moleculares de adaptação celular causadores da dependência^{63,64}.

Estudos sobre padrões genéticos envolvidos na dependência química realizados na última década com gêmeos monozigotos, dizigotos, e indivíduos adotados, forneceram informações importantes sobre o papel dos fatores herdados para o desenvolvimento desta patologia⁶⁴⁻⁶⁶. Como exemplo, pode-se utilizar a dependência ao álcool. Neste caso, estudos verificaram que existem variações genéticas nas enzimas responsáveis pelo metabolismo da substância (aldeído desidrogenase e álcool desidrogenase). Estas, por sua vez, determinam diferenças interpopulacionais no uso do álcool, e na atualidade são os únicos genes com um papel confirmado neste fenômeno⁶⁷.

Ainda que tais estudos tragam informações valiosas, os mesmos não permitem a identificação do mecanismo patológico e dos genes predisponentes à dependência de outras drogas. Isso se deve, em parte, pelo fato de não gerarem resultados replicáveis por grupos independentes para loci ligados ao alcoolismo, possivelmente pela grande heterogeneidade e número de múltiplos genes envolvidos neste cenário^{68,69}.

Por outro lado, grande parte dos estudos convergem em descrever que apenas parte do fenômeno pode ser explicada pela genética, ou seja, provavelmente é a interação entre genética e outras variáveis em conjunto que irão determinar a manifestação (ou não) da dependência química³⁵.

1.1.4.2 Neurofisiologia da dependência química

Apesar do fator genético exercer influência no abuso de substâncias, caracteres biológicos desempenham uma função *sine qua non* na gênese da dependência química. Os psicotrópicos possuem potencial de gerar dependência e atuam em regiões cerebrais específicas, promovendo interações complexas entre as vias de neurotransmissão^{33,70}.

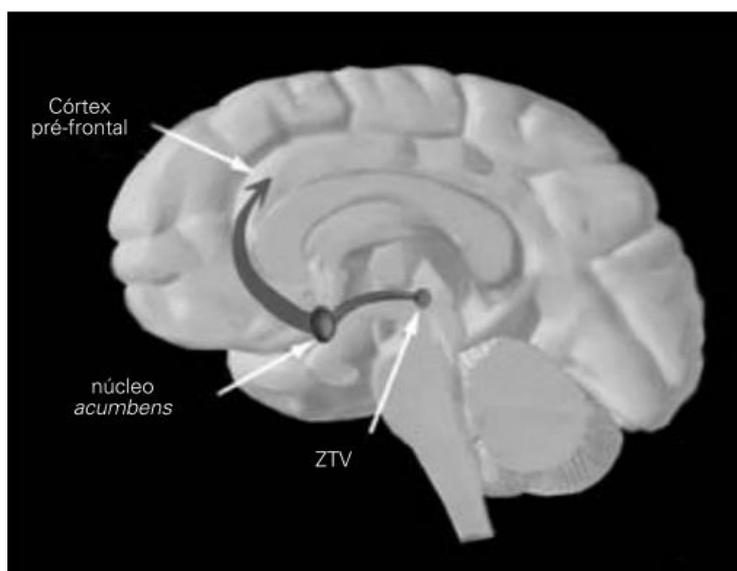
Cada substância apresenta um mecanismo de ação singular; todavia, a maioria atua ativando ou promovendo alterações sinápticas especialmente no sistema mesolímbico – mesocortical. Os neurônios deste complexo se projetam a partir da área tegmentar ventral (ZVT) para o córtex pré-frontal, hipocampo e para o núcleo

accumbens, que por sua vez também está conectado à amígdala e participam da composição do sistema límbico²⁶.

A união destas estruturas se denomina sistema de recompensa cerebral (SRC), como ilustra a figura 6. Esse complexo está formado por circuitos neuronais responsáveis por ações de reforçamento, sendo o seu principal neurotransmissor a dopamina. Entretanto, outros neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina, glutamato e o ácido gama-aminobutírico podem coadjuvar¹⁷.

O SRC cumpre as funções de nortear respostas comportamentais com viés de sobrevivência tais como: estímulos relacionados à obtenção de alimentos, água, proteção e sexo. Dependendo do desfecho relacionado ao comportamento realizado, há liberação de neurotransmissores que geram reforçamento positivo ou negativo. Uma vez que o comportamento realizado foi exitoso, o SRC tende a reproduzir o mesmo, podendo levar ao desenvolvimento de um hábito ^{15,71}.

Figura 6. Corte sagital do encéfalo humano das principais áreas do SRC



Fonte: Sistema límbico e as emoções, 2010⁷².

As drogas ativam artificialmente as mesmas vias que os neurotransmissores endógenos, entretanto com um maior potencial de ação, o que leva a um intenso reforçamento e tendência à continuação e replicação do comportamento de consumo. Partindo desta teoria, a dependência química é o desfecho de uma complexa interação dos efeitos fisiológicos das substâncias em zonas cerebrais associadas à formulação de hábitos adaptativos e emocionais^{23,60}.

1.1.4.3 Explicação da psicologia sobre a gênese da adicção

Os primeiros passos rumo à compreensão do fator comportamental implícito na gênese da DQ se deram através da teoria behaviorista. Esta abordagem explica que todo comportamento é consequência da relação do sujeito com o ambiente, e são os eventos ambientais que determinam o modo como agimos, e não a consciência e o autocontrole^{16,73}.

Em modelos humanos, a manutenção e a extinção de determinados comportamentos são explicadas pelos conceitos de reforço positivo e negativo. No âmbito da dependência química, estes reforços dependerão das consequências produzidas pelo uso e do contexto em que a substância é administrada⁷⁴.

Partindo deste pressuposto, a DQ ocorreria, por um lado, pelo papel reforçador positivo da droga, ou seja, quando o indivíduo utiliza a substância e obtém resultados recompensadores ou/e prazerosos, com uma maior probabilidade de repetir ou aumentar o consumo^{75,76}.

Por outro lado, ao cumprir uma tarefa de reforçador negativo, ou seja, uma vez que o sujeito para de consumir a droga, sofre um efeito rebote e pode sentir sintomas desconfortáveis e dolorosos. Por este motivo, utiliza outra vez ou aumenta a quantidade de substância para aliviar o quadro de abstinência. Como consequência, o usuário aprende que o consumo vai lhe trazer "alívio", se auto condiciona, tende a repetir a ação e piora o quadro de dependência⁷³.

Com o advento da evolução da psicologia, houve um aprimoramento nos métodos de avaliação psicológica, e pode-se reconhecer o papel dos pensamentos e sentimentos na gênese do processo de dependência química. A teoria cognitivo comportamental desenvolvida por Beck⁷⁷ descreve que não apenas o ambiente influencia em como os indivíduos agem, mas também no modo como os mesmos interpretam suas experiências e sentimentos⁷⁸.

A correta interpretação dos pensamentos e emoções é necessária para que o sujeito avalie o mundo de maneira adequada, auxiliando-o a realizar ações racionais e funcionais. Em contrapartida, comportamentos repetidamente anômalos podem gerar não apenas uma interpretação equivocada destes processos psicológicos básicos, mas também avaliações rígidas e absolutistas, criando um mecanismo mental distorcido, classificados como crença disfuncional⁷⁴.

Essa crença disfuncional se expressa através de pensamentos repetitivos e obsessivos, que com o avançar cronológico são responsáveis por emoções e

comportamentos desadaptativos, os quais podem participar da gênese da dependência química⁷⁷. Somasse a automatização do pensamento; esta diz respeito a processos cognitivos que ocorrem independente de análise, com caráter impulsivo⁶⁹.

Para compreender os pensamentos automáticos, pode-se tomar como exemplo as fissuras (*craving*). Uma vez elaborada a crença disfuncional, sempre que um sujeito se aproxima de um objeto emocionador, surgem pensamentos automáticos apontados para a busca e aquisição da droga. Esta disfunção cognitiva se acompanha ou se precede de sinais e sintomas psicofísicos como tremores, aumento do peristaltismo e náusea. Por sua vez, esses mesmos sintomas físicos reforçam os pensamentos e crenças disfuncionais, promovendo a intensificação da dependência^{75,77,79}.

1.1.4.4 Fatores sociais envolvidos no processo de adicção

As substâncias psicotrópicas e seus usuários compartilham de uma premissa social negativa aos olhos da população brasileira. Assim, o dependente é comumente visualizado de maneira estereotipada, como "marginal", "drogado" ou "viciado". Em síntese, um "peso social"⁵².

Ao classificar a DQ como problema de segurança pública, se esquece que fatores como a desigualdade, sistema educacional sucateado e antiquado, saúde pública abandonada e a falta de segurança, compartem da responsabilidade na produção e replicação desta patologia¹³.

Alguns grandes atores do sistema econômico, como políticos, representantes de instituições teístas, comentaristas de rádio e televisão, e algumas autoridades jurídicas, elegem o dependente químico como um inimigo público, e coloca-o como parte dos problemas que afligem a sociedade. Entretanto, quando uma doença não é tratada como tal, mas sim como problema de segurança pública, perde-se a possibilidade de investimento para redução de sua sobrecarga individual e social, e aumenta-se o risco de desfechos desfavoráveis e reprodução do comportamento⁸⁰.

Algumas teorias de base cognitivo comportamental descrevem que a dependência química pode ser compreendida como um mecanismo natural de adaptação, em que o sujeito busca uma solução para questões que exigem uma saída rápida como a obtenção de comida ou bem-estar²⁰.

Partindo deste pressuposto teórico, o sujeito recorre à droga como algo que irá lhe conferir uma sensação de empoderamento frente a contextos sociais fracassados

como, por exemplo, o indivíduo que usa drogas como instrumento para reduzir a ansiedade em determinadas situações interpessoais^{14,22,80}.

Verifica-se o fator social em inúmeras fontes científicas. Por exemplo, a baixa escolaridade rotineiramente está associada ao desenvolvimento de dependência química. O início do consumo de drogas possivelmente tenha origem na infância, o que se transfigura em evasão escolar; o uso de psicotrópico acarreta prejuízos cognitivos, que se traduzem em desempenho deficitário e dificuldade de aprendizado, fortalecendo o ciclo de uso-evasão, e justificando o baixo índice de escolaridade dos adictos^{81,82}.

Sabe-se também que dependentes químicos possuem dificuldades em manter relacionamentos interpessoais estáveis, pois tendem a disponibilizar muito tempo em busca de droga⁹. Somado a isso, podem apresentar comportamento agressivo ou irreflexivo por ação ou ausência do psicoativo. Este padrão de comportamento justificaria que a maior parte desta população seja solteira¹.

O meio social do sujeito não se refere apenas ao estado macrossocial; o núcleo familiar é o contexto onde o indivíduo retira as primeiras impressões de como se deve atuar no mundo. O histórico de uso de drogas por familiares está consolidado por muitos estudos como sendo fator de risco para desenvolvimento de dependência química, principalmente nos grupos dependentes de álcool, cocaína e crack⁶⁴.

A união destes componentes gera um estilo de vida destrutivo, resultando em uma personalidade desfigurada, vinculada a uma sociedade que facilita essa relação disfuncional e por vezes induz a ela. Considerando-o como um “ator de uma cena alienante”, o adicto é o espelho do corpo social necrosado a que pertence, e externaliza essa ferida pelo seu comportamento⁸⁰.

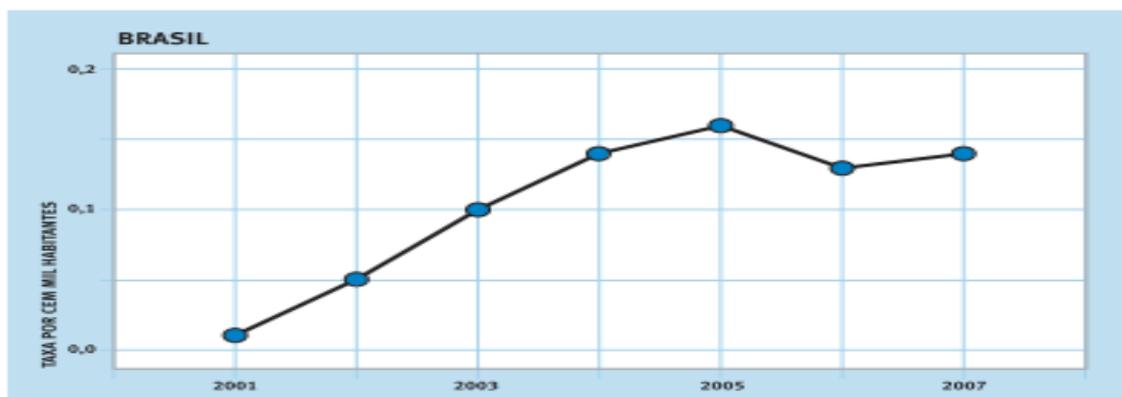
1.1.5 Comorbidades no dependente químico

Comorbidade pode ser definida como a co-ocorrência entre duas ou mais patologias em um mesmo sujeito, caracterizando um múltiplo e complexo diagnóstico. No contexto da dependência química, as comorbidades podem ser físicas, como a infecção por HIV e Hepatite C, demonstrado nas figuras 7 - 8, ou psiquiátricas (Transtorno depressivo, Transtornos de ansiedade e esquizofrenia)⁸³.

A presença de transtornos psiquiátricos associadas à dependência química tem sido alvo de estudos nacionais e internacionais, pois indivíduos com comorbidades

representam uma população singular, com diferentes subtipos, baseados nas múltiplas combinações entre as psicopatologias existentes e psicotrópicos de abuso^{8,42}.

Figura 7. Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes



Fonte: Relatório brasileiro sobre drogas, 2009²⁹.

Figura 8. Evolução dos casos de AIDS com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes



Fonte: Relatório brasileiro sobre drogas, 2009²⁹.

Uma gama de pacientes apresenta associações entre transtornos psiquiátricos, uso de mais de uma substância e doenças clínicas. Este fato costuma dificultar o diagnóstico preciso das comorbidades, uma vez que os critérios utilizados pelos principais manuais de classificação diagnóstica (DSM e CID) são embasados em categorias nosológicas. Pode também haver confusão ao diferenciar sinais e sintomas de cada doença, pois várias comorbidades compartilham características em comum^{57,84}.

Dados epidemiológicos da América Latina indicam que cerca de metade dos indivíduos dependentes químicos possuem comorbidade psiquiátrica. Destes, 26% equivalem a transtornos do humor, 28% transtorno de ansiedade, 18% transtornos da personalidade antissocial e 7% esquizofrenia^{42,85}.

Um grande estudo realizado na América do Norte levantou informações sobre a prevalência de comorbidades psiquiátricas em pessoas com DQ, e arrojou o seguinte resultado: existe um elevado índice de alterações psicopatológicas adjacentes no indivíduo adicto. Um exemplo são os dependentes de cocaína, nos quais 76% dos entrevistados apresentaram transtorno psiquiátrico associado, sendo que os distúrbios do humor foram os mais frequentes⁸⁶.

A DQ também é comum em indivíduos com esquizofrenia. Essa combinação apresenta desafios especiais relativos a prognóstico e tratamento. Um estudo demonstrou que a prevalência desta comorbidade é de aproximadamente 47%. Este duplo diagnóstico produz uma gama de prejuízos em todas as esferas da vida do sujeito. Outrossim, o uso de drogas por pessoas com esquizofrenia pode exacerbar tanto os sintomas positivos como negativos da doença^{87,88}.

Um estudo multicêntrico realizado na década de noventa apresentou dados expressivos relacionados ao abuso de uma ou mais substâncias em pacientes adultos jovens com transtorno de personalidade tipo borderline atendidos em serviços psiquiátricos (76%). Outros autores indicam forte relação entre adicção e transtorno de personalidade antissocial, demonstrada por marcadores biológicos e fatores de riscos ambientais compartilhados^{42,89,90}.

Apesar dos esforços dos sistemas de saúde, a incidência das comorbidades psiquiátricas na pessoa com DQ vem aumentando ininterruptamente. Um dos motivos parece ser o fácil acesso ao álcool e drogas no contexto social dos consumidores e o maior número de diagnósticos realizados devido à elevação da sensibilidade e especificidade de métodos clínicos de diagnóstico⁸⁴.

Percebe-se, ao analisar o material científico publicado até o momento, que há controvérsias quanto a qual parte deste duplo diagnóstico (Dependência química – transtornos psiquiátricos associados) se apresenta primeiro. Entretanto, sabe-se que ambas patologias se potencializam, provocando um quadro de manejo complexo e delicado; esta problemática se explicita quando se fala da associação entre transtornos depressivos e dependência química⁹¹.

1.1.5.1 Depressão e dependência química

A depressão é definida como uma alteração psicopatológica do estado de humor, cuja emoção mais expressiva é a tristeza, podendo estar acompanhada de

sinais e sintomas neurovegetativos, emocionais, de pensamento e comportamento; apresenta história natural de caráter persistente e recidivante⁹².

Os transtornos de humor, em especial os depressivos, são comorbidades comuns em dependentes químicos. Há diferentes hipóteses para a forte associação entre as drogas e este quadro psicopatológico^{29,81}. Alguns estudos verificaram a existência de episódios depressivos associados ao consumo de álcool, mesmo em concentrações mínimas como 0,1%⁹³.

A dependência de cocaína e anfetamina, ao afetar o sistema serotoninérgico, podem causar diminuição deste neurotransmissor no meio extracelular, podendo aumentar a vulnerabilidade a um neurotransmissor depressivo. Outros estudos verificaram que consumidores de cocaína são deficitários da proteína VMAT2, que é responsável pelo transporte de monoaminas importantes no processo de manutenção do humor como a dopamina⁷¹.

Por outro lado, a depressão pode ser um fator predisponente ao uso de substâncias psicotrópicas. Esta hipótese é sugerida ao analisar o comportamento de busca por drogas de pessoas sofredoras mentais, que possivelmente tenham como objetivo aliviar sofrimento psíquico. Por sua vez, estas substâncias podem ser lícitas ou ilícitas⁹⁴⁻⁹⁶.

A prevalência do transtorno de humor depressivo no dependente químico é alta, podendo chegar ao dobro da população geral. As taxas de prevalência ao longo da vida desta comorbidade são maiores em abusadores e dependentes de cocaína, variando entre 25 e 61%. Essa comorbidade, piora o curso e, por vezes, compromete o tratamento da DQ. Estudos demonstram uma associação significativa entre sintomas depressivos e fissura, potencializando uma eventual recaída^{8,45,97}.

Outro ponto que torna o prognóstico desta comorbidade mais reservado é o aumento do risco de suicídio. Estudos demonstram que a presença de transtorno de humor depressivo em adictos eleva risco de suicídio aproximadamente em 46,34%; consequentemente, há forte associação entre as patologias de base e o desfecho mencionado^{94,98}.

A situação delicada na qual se insere a pessoa com DQ e depressão não provoca sofrimento apenas no usuário. As consequências comumente se estendem ao contexto familiar, onde mecanismos de defesa como a negação estão intimamente ligados ao sentimento de culpa e impotência diante de um contexto que parece sem saída e circular⁹⁹.

Segundo alguns estudos, o convívio com o adicto comórbido é associado ao desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão e/ou a síndrome do pânico em familiares e círculo social proximal; além de alterar a qualidade de vida dos mesmos, reflete negativamente na contribuição destas pessoas para a recuperação do paciente^{11,100}.

A negatividade do impacto que a adicção traz ao contexto familiar se contrasta com uma situação rotineiramente conflituosa entre os membros da família e o doente, promovendo um ciclo perturbador e patológico para ambas as partes. Esta situação conturbadora promove uma perda de controle dos cuidadores em impor limites e conseqüente abandono da tarefa de cuidar do adicto comórbido¹⁰¹.

No Brasil, estudos sobre depressão em dependentes químicos são escassos. Em decorrência disto, ao iniciar o tratamento dos adictos pode haver confusão na diferenciação entre sinais e sintomas previamente existentes e a dependência química, devido aos caracteres compartilhados por ambas patologias⁸.

Com base na magnitude do fenômeno supracitado, faz-se necessário uma investigação da prevalência e características próprias dos pacientes DQ com depressão na região Sul de Santa Catarina, pois o manejo incorreto destes indivíduos, além de promover piora na qualidade de vida dos mesmos e seus familiares, gera um custo social elevado. Outrossim, são necessários dados epidemiológicos confiáveis para respaldar o desenvolvimento e/ou atualização de políticas públicas direcionadas a resolução deste fenômeno.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química internadas em comunidades terapêuticas localizadas no sul de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a presença de dependência química.

Identificar a presença do transtorno depressivo maior na pessoa com dependência química

- Verificar os dados sociais associadas ao transtorno depressivo na pessoa com dependência química;

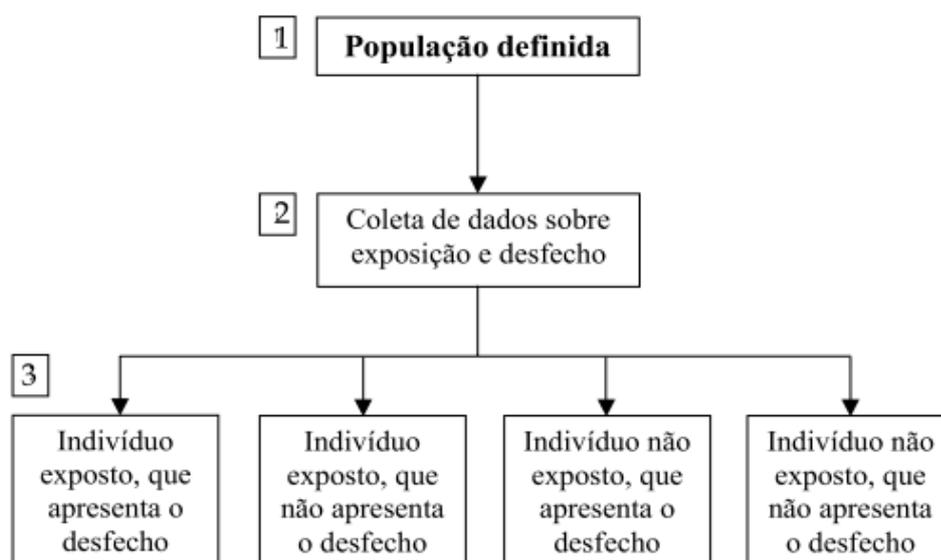
3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia utilizada foi um estudo transversal. Esta modalidade de estudo tem por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos¹⁰².

Esta metodologia tem por objetivo examinar como a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, além de permitir cálculos de associação entre variáveis¹⁰³. A estrutura e possíveis desfechos deste delineamento de pesquisa podem ser observados na figura 9.

Figura 9. Etapas do estudo transversal e possíveis desfechos



Fonte: Adaptado, Cefac, 2007¹⁰³.

3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA

Os locais de pesquisa foram comunidades terapêuticas de acolhimento para dependentes químicos (CTDQ) localizados no Sul de Santa Catarina. Esta Mesorregião caracteriza-se por ter uma extensão de 9 709,247 km², limitando-se na grande Florianópolis, Serra Catarinense e Passo de Torres¹⁰⁴. Conta com uma

população total de aproximadamente 925,177 habitantes e um IDH de 0,810. É composta por 3 microrregiões e 46 municípios⁷.

A identificação das CTDQ foi realizada a partir da relação do Conselho estadual de entorpecentes (CONEN/SC) sobre as CTDQ devidamente cadastradas e com atestado de funcionamento válido¹⁰⁵. Após mapeamento, os resultados encontrados foram organizados em planilha do *software Microsoft® Excel® 2017*.

Foram identificadas 25 CTDQ no Sul de Santa Catarina, e contatadas via telefone fixo, *WhatsApp* ou e-mail para solicitação de informações sobre a população total, sexo dos pacientes, especialização dos serviços e possibilidade de realização de estudos. A população total das CTDQ é de 700 pacientes.

Para realização do cálculo de proporção amostral, foi utilizada a plataforma *Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health (openEpi)*¹⁰⁶. A prevalência esperada do TDM em dependentes químicos utilizada foi 24%¹⁰⁷. O tamanho de amostra (n) ideal para um intervalo de confiança de 95%, erro 1-alpha de 5% e erro tipo II de 20%, é de 183 pacientes, como demonstra a figura 10.

Figura 10: Cálculo do tamanho amostral

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	700
frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	20%+/-5
Limites de confiança como % de 100(absolute +/-%)(d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1
Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança	
IntervaloConfiança (%)	Tamanho da amostra
95%	183
80%	92
90%	139
97%	211
99%	265
99.9%	349
99.99%	407
Equação	
Tamanho da amostra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$	
Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto--SSPropor	
Fonte: https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm (2018).	

A escolha das CTDQ foi realizada através de sorteio aleatório simples. Foi realizado sorteio individual até ser atingido número ideal de possíveis participantes. Devido ao fato de que a região Carbonífera Catarinense conta com apenas uma CTDQ com ala feminina, e esta por sua vez não foi sorteada, neste estudo não foram incluídas mulheres.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), os dados foram coletados em duas clínicas de reabilitação para dependentes químicos cadastradas no CONEN/SC, a escolha das clínicas se deu através de sorteio aleatório simples até a obtenção do número de participantes necessários (n=183).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Sujeitos entre 18 e 60 anos de idade; com período de internação igual/superior a 30 dias, com dependência de substâncias psicotrópicas confirmados por meio de triagem com instrumento específico (SCID-V); que aceitem participar do estudo; possuam capacidade de comunicação verbal e escrita; compreensão do processo de consentimento (PC) e do questionário.

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- A) Pacientes em estado de abstinência por drogas confirmada através do instrumento SCID-V.
- B) Pacientes com estado de humor deprimido decorrente de outras causas que não o TDM (privação de liberdade, distímia) triados através do instrumento SCID-V.
- C) Pacientes que desejarem a qualquer momento abandonar o estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

Realizou-se uma palestra de apresentação aos residentes das CTDQ selecionadas que estavam internados há 30 dias ou mais, em um período de tempo não inferior a duas semanas anteriores a coleta de dados, onde se explanaram todos os passos (objetivos, metodologia, possíveis resultados, riscos e benefícios), assim

como se apresentou a equipe e abriu-se espaço para eventuais dúvidas. Como a pesquisa selecionou apenas os internos voluntários e que se enquadraram nos critérios de inclusão, este foi o momento onde os participantes comunicaram seu interesse à equipe. Também, zelou-se por deixar claro que enquanto participantes, teriam total liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem danos, prejuízos ou julgamentos por parte dos pesquisadores ou das instituições envolvidas.

Os participantes foram chamados por ordem alfabética, das 8:00 as 12:00 horas, entre os dias da semana segunda-feira e sexta-feira. A coleta das variáveis individuais (não direcionada a verificar a dimensão psicológica dos participantes), foi realizada através de questionário auto administrado (Apêndice - A). O instrumento foi confeccionado pelos pesquisadores e manteve todos os preceitos éticos da declaração de Helsink¹⁰⁸.

Concomitantemente, realizou-se a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-V); itens E1 – E36: transtornos do uso de álcool e outras substâncias – Dependência ao Álcool e Outras Drogas³⁶ para avaliar a variável “presença de dependência química” (Anexos B – C). As questões foram direcionadas a aferir frequência de consumo, problemas associados, preocupação a respeito do uso por parte do círculo social proximal, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão, entre outras¹⁰⁹.

Prosseguiu-se a entrevista com o SCID-V (itens E27/E34: transtornos do uso de álcool e outras substâncias – abstinência) com objetivo de descartar um possível estado de intoxicação ou abstinência (Anexos B – C); este procedimento teve como objetivo evitar o viés de confusão entre os sintomas negativos do humor decorrentes do estado de abstinência/desintoxicação com os de transtorno depressivo maior. Os participantes identificados com estado de abstinência/intoxicação não prosseguiram para os próximos passos do estudo¹¹⁰.

Para evitar o viés de confusão entre os sintomas negativos de humor devido à privação de liberdade ou outra condição médica psiquiátrica que não seja o TDM, se realizou a aplicação dos itens A45 – A60 do SCID-V (Transtorno Distímico/transtorno de humor devido a uma condição médica geral). Os participantes identificados com estado de humor alterado devido a outras causas não prosseguiram para os próximos passos do estudo.

Posteriormente, foram avaliadas as variáveis “Prevalência do transtorno depressivo Maior” por meio do SCID – 5, itens A1 – A12 (Transtorno Depressivo Maior). Com essa entrevista se identificou a prevalência da depressão, com questionamentos que mediam os sintomas ansiosos, melancólicos, atípicos e psicóticos (Anexo - D).

A duração média da coleta dos dados foi de 85±15 minutos; a mesma foi realizada pelas pesquisadoras psicólogas, Bruna Cardoso Barcelos (CRP12/16277) e Sandra Regina de Barros de Souza (CRP12/93795), de forma individualizada e sob supervisão do pesquisador principal Pablo Michel Barcelos Pereira. Foram realizadas entre 6 e 8 entrevistas diárias, pois subsídios teóricos³⁸ destacam que não há modificação no resultado do teste caso os pacientes compartilhem informações sobre as particularidades do instrumento com potenciais participantes.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Transtorno depressivo maior	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim, não
Escolaridade	Independente	Qualitativa nominal politômica	Categorizada em Analfabeto; Ensino fundamental; Ensino médio; superior
Idade em anos completos	Independente	Quantitativa discreta	Número absoluto em anos média e desvio padrão
Estado civil	Independente	Qualitativa nominal	Solteiro Casado Em proporção
Tipo de droga que levou a internação	Independente	Qualitativa nominal politômica	Álcool, Cigarro, maconha, cocaína, crack, Heroína. combinações
Quantidade de internações	Independente	Quantitativa discreta	Números
Abstinência	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim; Não
Transtorno distímico	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim; Não

Religião	Independente	Qualitativa Nominal politômica	Católico, evangélico, adventista, testemunha de jeová, budista, agnóstico, sem religião
Familiares de primeiro grau dependentes químicos	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim; não

Quadro 1 – Variáveis de estudo

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos nos questionários foram tabulados em banco de dados do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 21¹¹¹. A apresentação dos dados qualitativos foi realizada em números totais, porcentagem (%), enquanto os dados quantitativos também foram expressos por média e desvio padrão, e valores mínimo, máximo e amplitude.

Para as comparações entre as variáveis sociais qualitativas, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, para determinação da frequência de ocorrência. Já para as variáveis quantitativas foi realizado teste *t-Student*, para comparação entre os pacientes com e sem TDM, e correlação de Pearson para verificar a associação entre as variáveis quantitativas. O nível de significância determinado foi de $p \leq 0,05$. O número total de participantes propiciou que as análises estatísticas tivessem o intervalo de confiança de 95% e poder de estudo de 80%.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi submetido à apreciação conforme Resolução n. 510/16¹¹², respeitando o anonimato dos participantes e a permissão da instituição em estudo. A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo comitê de ética (CEP/UNISUL: 3.442.587), conforme Anexo A.

A aplicação dos testes foi de caráter voluntário e dependeu da leitura e compreensão do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido (PCLE) pelos participantes. Por se tratar de uma população que está em situação de vulnerabilidade (privada do direito de ir e vir, dependência de substâncias ilegais, possível

envolvimento com tráfico de drogas), optou-se por utilizar o PCLE em detrimento do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); além do que, a ausência da obrigatoriedade da assinatura dos nomes facilitou o processo de criação de vínculo e confiança entre os pesquisadores e os participantes do estudo.

Os participantes foram informados sobre o modo de aplicação, função e validade dos testes aplicados na pesquisa, assim como foram comunicados individualmente dos resultados obtidos nos mesmos, sendo que cada voluntário recebeu uma cópia assinada pelo pesquisador dos testes realizados.

Foi entregue a cada participante um documento impresso com informações contendo a descrição e objetivos da pesquisa, riscos e benefícios em participar da mesma, orientações gerais sobre como agir caso tenha dúvidas ou necessite de apoio dos pesquisadores, seus direitos legais e nome, telefone e e-mail dos pesquisadores; assim como cada via impressa teve a assinatura do pesquisador responsável.

Ao término da pesquisa, dois internos com diagnóstico de depressão entraram em contato com os pesquisadores solicitando apoio; eles foram encaminhados para psicoterapia no Serviço de Apoio Psicológico ESUCRI (SPAPE) e concomitantemente receberam consulta psiquiátrica no CAPS-II.

4. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação estão presentes no seguinte artigo “Prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química”; o qual foi submetido para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Anexo F).

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química

Prevalence of major depressive disorder in people with chemical addiction

Depressão em indivíduos dependentes químicos (título curto)

Depression in individuals with chemical addiction (short title)

CONTAGEM DE PALAVRAS: 2894

Pablo Michel Barcelos Pereira¹

Rafael Mariano de Bitencourt¹

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência do transtorno depressivo maior (TDM) em pessoas com dependência química internadas em comunidades terapêuticas localizadas no Sul de Santa Catarina. **Métodos:** A metodologia utilizada foi um estudo transversal. Os locais de pesquisa foram comunidades terapêuticas de acolhimento para dependentes químicos, totalizando 184 indivíduos. Os testes aplicados foram o questionário social e a Entrevista Estruturada para os transtornos do DSM-V. **Resultados:** A totalidade dos pacientes não realizaram consulta psiquiátrica ao ingressar na instituição e a maioria não realiza consulta psiquiátrica regular (94,5%). A avaliação do transtorno por uso de substâncias demonstrou que 68,3% dos participantes apresentaram dependência alcoólica pura como motivo de internação e 31,7% dependência por álcool e outras drogas. Constatou-se que 89 participantes (55,3%) possuíam critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior, e 59,1% destes possuíam adicção ao álcool ($p < 0,028$). Assim como 60,2% dos alcoolistas preenchiam critérios diagnósticos dependência alcoólica grave ($p < 0,028$). **Discussão:** Estudos demonstraram que a média de TDM em dependentes químicos varia entre 18 e 26%, os resultados desta pesquisa indicaram o dobro (55,3%), ou seja, os participantes deste estudo possuem maior prevalência de TDM em comparação a outros trabalhos nacionais e internacionais. **Conclusões:** O diagnóstico do transtorno depressivo deve se consolidar como uma variável importante para a eficácia do tratamento, visto que sua prevalência é elevada e possui repercussões sobre a qualidade de vida dos indivíduos e tempo de permanência na clínica.

Palavras-chave: Depressão. Dependência química. Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: To verify the prevalence of major depressive disorder (MDD) in people with chemical addiction admitted to therapeutic communities located in the south of Santa Catarina. **Methods:** The methodology used was a cross-sectional study. The research sites were therapeutic communities for chemical addicts, 184 individuals in total. The tests applied were the social questionnaire and the Structured Interview for disorders of DSM-V. **Results:** All patients did not attend a psychiatric consultation upon entering the institution and the majority did not undergo regular psychiatric consultation (94.5%). The assessment of disorders due substance abuse showed that 68.3% of participants had pure alcohol dependence as a reason for admission and 31.7% dependence on alcohol and other drugs. It was found that 89 participants (55.3%) had diagnostic criteria for major depressive disorder, and 59.1% of these had alcohol addiction ($p < 0.028$). Also 60.2% of alcoholics fulfilled diagnostic criteria for severe alcohol dependence ($p < 0.028$). **Discussion:** Studies have shown that the average MDD in drug addicts varies between 18 and 26%, the results of this research indicated twice more (55.3%), that is, the participants in this study have a higher prevalence of MDD compared to other national and international works. **Conclusions:** The diagnosis of depressive disorder should be consolidated as an important variable for the effectiveness of the treatment, since its prevalence is high and has repercussions on the quality of life of individuals and length of stay in the clinic.

Key-words: Depression. Chemical addiction. Rehabilitation.

4. Considerações finais

O manejo da dependência química é um desafio para a saúde pública, demandando estratégias de vigilância e assistência integral. Os resultados indicam que ainda existem muitos obstáculos na assistência longitudinal do indivíduo internado em centros de reabilitação, uma vez que o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas e principalmente do transtorno depressivo maior não estão sendo realizados ao passo de que, como desfecho, continuam sem tratamento.

Diante do exposto, conclui-se que a observância da depressão em dependentes químicos internados deve se consolidar como uma variável importante para a eficácia do tratamento, visto que possui repercussões sobre a qualidade de vida dos indivíduos e tempo de permanência na clínica. Dessa forma, salienta-se a importância do diagnóstico preciso e do tratamento adequado do transtorno depressivo maior como parte dos cuidados ao sujeito que ingressa nos CTDQs, pois, como observado, existe associação entre a dependência química e o TDM.

Espera-se que o presente estudo forneça informações para promoção de estratégias de triagem de comorbidades psiquiátricas na população estudada, proporcionando um cuidado mais eficiente. Sugere-se ainda a realização de pesquisas com fins de diagnosticar outras condições psicopatológicas que possam interferir na permanência do indivíduo com dependência química nos centros de reabilitação, como a esquizofrenia, as psicoses e os transtornos de personalidade.

REFERÊNCIAS

1. Scheffer M. Dependência de álcool , cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. 2010;26:533–41.
2. UNODC. World drug report. Sales. 2016;12:1581.
3. Ribeiro SC et al. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. Aletheia. 2009;(30):101–12.
4. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesías B, Basurte I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones. 2011;23(3):249–55.
5. Hasin DS, Keyes KM, Alderson D, Wang S, Aharonovich E GB. Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC. J Clin Psychiatry. 2008;69:1354–1363.
6. Cunha VR et al. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(2):346–54.
7. Governo de Santa Catarina. Caderno de indicadores. 2016;(48):1–284.
8. Hess ARB, Almeida RMM de, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. Estud Psicol. 2012;17(1):171–8.
9. Do Amaral RA, Malbergier A, De Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(SUPPL. 2):5104–11.
10. Scheffer et al. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. Psicol Teor e Pesqui. 2010;26(3):533–41.
11. Quinderé PHD, Tófoli LF. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE. Sanare. 2007;6(2):62–6.
12. Hernández AA. Intervenção sobre transtornos depressivos na unidade básica de saúde guarani em belo horizonte/mg. UFMG. 2015;1–9.
13. Barbosa JLB. Dependencia Química: Problema biológico, psicológico ou social? Gueto. 2016;53–62.
14. Torcato CEM. A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à

- República. USP. 2016;371.
15. Tenório F. Instrumentação em farmacodependência. 2016. 01-298 p.
 16. Paulo S, Laranjeira R. Evolução do conceito de dependência (atualizada) , com comentários sobre o Evolução do conceito de dependência química. Researchgate. 2016;18.
 17. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. Rev IMESC. 2001;(3):9–35.
 18. WHO. Preventing suicide: a global imperative. J WHO. 2014;
 19. Souza AM. Compreensões psicológicas sobre a dependência química. psicologia.pt. 2017;1–17.
 20. Barreto LCC; Silva MGG. Transtornos depressivos na perspectiva cognitivo comportamental. Rev Saberes. 2014;(2013):1–22.
 21. Marques ACPR, Ribeiro M. Guia Prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde. Prefeitura do Estado São Paulo. 2006;1(October):1–122.
 22. Migott AMB. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social? Cad Saúde Pública. 2007;24(3):710–1.
 23. WHO. Neurociencias: consumo e dependência de substâncias psicoativas. WHO Libr Cat Data. 2017;92(4):123.
 24. Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. Context Clínicos. 2012;5(1):62–72.
 25. Fontes MA. O que é a Dependência Química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos. 2010;1(1):1–11.
 26. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology. 2010;35(1):217–38.
 27. Chaim CH, Bandeira KBP, Andrade AG de. Fisiopatologia da dependência química. Rev Med. 2015;94(4):256–62.
 28. Caleffi RP. Educação física e a reabilitação de usuários de álcool e outras drogas. UFG. 2013;13.
 29. Duarte PCAV, Stempliuk VA BL. Relatório brasileiro sobre drogas. IME USP. 2009;364 p.
 30. Presidencia de la Nación. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años

- sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. *Polit Econ Divid islands*. 2013;195–208.
31. Drogas OC de. Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile. *J Jilin Univ Med Ed*. 2017;32(5):774–6.
 32. Presidencia de la República. VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016. Informe de investigación. *JND*. 2016;11.
 33. Koob GF. Neurobiology of addiction. *Pharmacol Treat Subst Abus Evidence-Outcome-Based Perspect*. 2013;IX(1):85–108.
 34. Garcia FD. Manual de abordagem de dependências químicas. *Utopika*. 2014;14(May):173–90.
 35. Xavier DS. Padrões de uso de drogas: eixo, políticas e fundamentos. *Senad*. 2017;
 36. American Psychiatry Association. DSM-V-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. *Artmed*. 2013. 948 p.
 37. American Psychiatric Association. DSM-5 (presentation). *Am Psychiatr Assoc*. 2013;
 38. Hasin D, O'Brien C, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. 2014;170(8):834–51.
 39. Fidalgo TM, Neto PMM, Silveira XD. Abordagem da dependência química Caso Complexo 12 - Vila Santo Antônio. *UNA-SUS*. 2013;8.
 40. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 1998;1.6c:512.
 41. National Institute on Drug Abuse. Princípios de Tratamento da Dependência Química: um guia baseado em pesquisa. *Cratod*. 2013;15.
 42. Zaleski M, Laranjeira RR, Cecília A, Roselli P, Ratto L, Romano M, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. 2006;28(55 48):142–8.
 43. Neto HMB. Padrões de uso de drogas, vulnerabilidade e autonomia: uma Análise jurídico-bioética sobre o art. 28, caput, da lei n. 11.343/2006. *Chiropr Osteopat*. 2006;14(1):3.
 44. Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool : aspectos clínicos e

- diagnósticos. *Álcool E Suas Consequências Uma Abordagem Multiconceitual*. 2009;67–87.
45. Peuker AC. Factors associated with drug abuse in a clinical sample. 2010;20(46):165–73.
 46. Carlos J, Galduróz F. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil : peculiaridades regionais e populações específicas. *Supera*. 2006;1–32.
 47. Psiquiatria AB de. Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência do Álcool. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;36.
 48. Azevedo V. O enfrentamento à dependência química: alguns dados e alternativas ofertadas no Brasil. *SPM*. 2013;3:1–13.
 49. Rigotto SD, Gomes WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicol Teor e Pesqui*. 2002;18(1):95–106.
 50. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. *Álcool E Outras Drogas*. 2011. 142 p.
 51. Governo do estado de Santa Catarina. *Transtornos por substâncias psicoativas: Protocolo de acolhimento*. RAPS. 2015;450.
 52. Silva MR. Problemas na vida social relacionados ao consumo do álcool : estudo dos pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolismo do HUB. 2008;
 53. Petry FB, Beauchamp, T.L. & childress, J.F. Princípios de Ética Biomédica. *Ethic@*. 2004;3(1):87–92.
 54. Mendes PC, Manuel R, Mendes S, Pedro J, Garcia F, Antunez RM. *Perspectivas Epistemológicas Da Bioética Brasileira a Partir Da Teoria De Thomas Kuhn*. 2011;1:315–26.
 55. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other drugs. *Alcohol: No Ordinary Commodity . A summary of the book*. *Addiction*. 2003;98(6):1343–50.
 56. Favaro F, Paula SR De. Dependentes químicos : o perfil da abstinência de drogas *Dependent*. *J Heal Sci Inst*. 2012;30:41–3.
 57. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC, Gigliotti A, Campana Â, et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(2):62–71.
 58. American Society of Addiction Medicine. *Public policy statement on screening*

- for addition in primary care settings. 2005;1–4.
59. Project Match. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity. *J Stud Alcohol*. 1997;58:7–29.
 60. Formigoni MLO de S, Kessler FHP, Baldisserotto CFP, Pechansky F, Abrahão KP. Neurobiologia: Mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos e os efeitos comuns às drogas de abuso. *Portal formação a distância sujeitos, Context e Drog*. 2016;16.
 61. De Souza Santos IM, Da Silva Santiago TR, Venancio de Oliveira JR, De Lima ED, Araujo Melo MR. Avaliação Psicológica com Usuários de Substâncias Psicoativas (SPA): uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psi Unisc*. 2018;2(1):48.
 62. Bastos FI. Epidemiologia do uso de drogas no Brasil. *NUTE-UFSC*. 2012;(1):107–13.
 63. Cloninger C. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* (80-). 1987;236(4800):410–6.
 64. Prescott CA, Kendler KS. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry*. 1999;156(1):34–40.
 65. Long CJ et al. Thickening of subchondral bone is regionalised by loading of damaged articular cartilage and contralateral changes are linked to gait modification. *Neuropsychiatr Genet*. 2013;21(October 1997):S68.
 66. Foust KD, Kaspar BK. Trends in the Genetic Influences on Smoking. 2010;8(24):4017–8.
 67. Bau CHD. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002;7(1):183–90.
 68. NIAAA. Epigenetics: A New Frontier for Alcohol Research In. NIH. 2002;86(58):1–6.
 69. Heyman GM. Do addicts have free will? An empirical approach to a vexing question. *Addict Behav Reports*. 2017;5:85–93.
 70. Lowinson JH. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 2005;1421.
 71. WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. *Addiction*. 2004;99(10):1361–2.
 72. Fa E, Ponte L. Sistema límbico e as emoções – uma revisão anatômica.

- 2010;18(3):386–94.
73. Silva MFL et al. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química: uma revisão de literatura. *Estação Científica- Juiz Fora*. 2015;13:1–17.
 74. Aparecida A, Da Luz V, Fontana M, Pilla C, Méa D. Abordagem Cognitivo Comportamental para Dependência Química. 2014;1–10.
 75. Alvarez SQ, Gomes GC XD. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. *Dement Soc Work Pract Res Interv*. 2007;8(3):173–606.
 76. Martins. M, Sartes L. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas em Minas Gerais e no Brasil. In: *Journal of Molecular Biology*. 2000. p. 1163–78.
 77. Rangé BP, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de Álcool e drogas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(SUPPL. 2):88–95.
 78. Nascimento VL Do. Contribuição da terapia cognitivo- comportamental no apoio familiar do dependente químico. *CETCC*. 2017;23.
 79. Lopes Y et al. Identificação e causas da adicção: uma abordagem cognitivo-comportamental. 2012;
 80. MacRae E. A história das drogas e os contextos socioculturais. *SENAD*. 2016;20.
 81. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26 Suppl 1(Supl I):S14–7.
 82. Tavares BF, Béria JU, Lima MS De. [Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil]. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):787–96.
 83. Peuker AC, Rosemberg R, Cunha SM Da, Araújo LB. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paid (Ribeirão Preto)*. 2010;20(46):165–73.
 84. Silevira DX da. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas : resultados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(3).
 85. Kulakova OV, Mann R, Strike C, Brands B, Khenti A. Comorbilidad entre distrés psicológico y abuso de drogas en pacientes de centros de tratamiento: implicaciones en políticas y programas. *Texto Context enferm*. 2012;21:141–9.

86. Kessler R. Lifetime and 12-month prevalence of dsm-iii-r psychiatric disorders in the united states: Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan 1;51(1):8–19.
87. Kessler FHP. Diretrizes da associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas (abead) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades. *Anim Genet*. 2008;39(5):561–3.
88. Regier D. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA*. 1990 Nov 21;264(19):2511–8.
89. Claudino G, Silva DEA, Ramos J, Ramos KM. Dependência química e transtornos psicológicos: análise da produção Científica a partir de 1999. *Semesp*. 1999;16.
90. Costa JBP, Valerio NI. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento . Vol. 16, *Temas em Psicologia* . scieloapsic ; 2008. p. 119–32.
91. Karkow MJ, Caminha RM, Benetti SP da C. Therapeutic mechanisms in chemical dependency. *Rev Bras Ter Cogn*. 2005;1(2).
92. Saide OL. Depressão e uso de drogas. *Rev UERJ*. 2011;47–61.
93. Souza AS de, Tavares KM, Pinto PSP. Depression in Medical Students: a Systematic Review of Literature. *Semin Estud Produção Acadêmica*. 2017;16(0).
94. Deus AA de. Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise Psicológica*. 2002;20(3):479–94.
95. Sebena R, El Ansari W, Stock C, Orosova O, Mikolajczyk RT. Are perceived stress, depressive symptoms and religiosity associated with alcohol consumption? A survey of freshmen university students across five European countries. *Subst Abus Treat Prev Policy*. 2012;7:1–10.
96. Sullivan LE, Goulet JL, Justice AC, Fiellin DA. Alcohol consumption and depressive symptoms over time: A longitudinal study of patients with and without HIV infection. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Sep 1;117(2):158–63.
97. Argimon IIDL, Farina M, Moraes AA, Maria R, Lopes F, Luana K, et al. A intensidade da depressão e a internação de alcoolistas. 2013;102–10.
98. Cantão L BN. Comportamento suicida entre dependentes químicos. *REBEn*.

- 2016;69(2):389–96.
99. Bernardete de Abreu P, Basile N, Madruga C. A influência da depressão no impacto da dependência química na família. *UNIAD*. 2012;1–15.
 100. Aragão ATM, Milagre E, Figlie NB. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico-USF*. 2009;14(2006):117–23.
 101. Pugliani T, Maluf G. Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos. *ESPM*. 2002;57.
 102. Cefac. Contribution of cross-section studies in the language area with focus on aphasia. 2010;12(6):1059–66.
 103. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2013;17(4):229–32.
 104. Governo do Estado de Santa Catarina. Quadro Físico: Geografia de Santa Catarina. 1997. 34 p.
 105. Governo do Estado de Santa Catarina. Comunidades terapêuticas de acolhimento para dependência química cadastradas junto ao conen/sc e com atestado de funcionamento válido. Conselho Estadual de Entorpecentes. 2014.
 106. Sullivan KM, Dean A, Minn MS. OpenEpi: A web-based epidemiologic and statistical calculator for public health. *Public Health Rep*. 2009;124(3):471–4.
 107. Camargo RS. Investigação dos Sintomas Depressivos em Usuários de Álcool e / ou Cocaína em Acompanhamento Telefônico para Cessaçã do Uso. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2013.
 108. World Medical A. Declaração de Helsinque. *Bull Med Ethics*. 1999;No. 150:18–22.
 109. Valadas ST, Gonçalves FR, Faísca L. Estudo de tradução , adaptação e validação do ASSIST numa amostra de estudantes universitários portugueses. *Rev Port Educ*. 2009;22(2):191–217.
 110. Educação S de. Pensando o tema do uso, abuso e dependência de drogas nas escolas. 2014;
 111. Universidade do Porto. Manual de instalação ibm spss statistics 21. 2014;8.
 112. Governo Federal. Resolução nº 512, de 12 de dezembro de 2016. *DOU*. 2016;12(1):59.

113. Hess B, Raquel A, Almeida M De, Maria R, Luiz A, Raquel A, et al. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência. *Estud Psicol.* 2012;17(1):171–8.
114. Paranhos ME. Estudo de fidedignidade e validade do inventário de depressão de beck–ii (bdi-ii) em adolescentes. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
115. Lopez ARM et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. 2011;33(53):103–8.
116. Wu P, Bird HR, Liu X, Fan B, Fuller C, Shen S, et al. Childhood Depressive Symptoms and Early Onset of Alcohol Use. *Pediatrics.* 2006 Nov 29;118(5):1907–15.
117. Ochoa S, Bouza C, Mendez P, Inglada G. Etiología de las infecciones del tracto urinario y sensibilidad de los uropatógenos a los antimicrobianos. *Rev Esp Quimioter.* 2005;18(2):124–35.
118. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;2(1):1–5.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIAL

Questionário Social

Data de Acolhimento: __/__/__ Número de internações:

Data de nascimento: __/__/__ Sexo: () F () M () Outro

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental () Médio () Superior

Estado civil: _____ Religião: _____

Sobre o uso de drogas antes da internação

Substâncias utilizadas:

- () Álcool - Quantos dias por semana? _____ Desde que idade? _____
- () Cigarro- Quantos dias por semana? _____ Desde que idade? _____
- () Maconha- Quantos dias por semana? _____ Desde que idade? _____
- () Cocaína- Quantos dias por semana? _____ Desde que idade? _____
- () Crack- Quantos dias por semana? _____ Desde que idade? _____
- () Outras- Quais _____ Quantos dias por semana? _____ Desde que idade? _____

Tem familiar dependente químico?

() Sim () Não Quem? _____ Qual droga? _____

Recebeu atendimento psiquiátrico no primeiro mês de internação?

() Sim () Não

Recebe atendimento psiquiátrico regular?

() Sim () Não quantas vezes? _____

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO EM PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Pesquisador: Rafael Mariano de Bitencourt

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 09833119.9.0000.5369

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.442.587

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa relativo à pós Graduação em saúde do Mestrado em Saúde Unisul. A pesquisa tem como temática a prevalência de depressão entre pessoas internadas em uma Comunidade Terapêutica (CT). Serão acessados internos de duas CTs do Sul do Estado de SC, a fim de coletar os dados por meio de entrevista padronizada, quais sejam: Questionário psicossocial (composto por perguntas como: número de internações anteriores, idade de início de uso e tipo de substâncias utilizadas); 2) Questionário de verificação do grau de dependência química atual, conhecido como ASSIST e Instrumento SCID-5, que tem como finalidade medir a presença de depressão. Os dados que tinham previsão de ser coletados ao maio de 2019, teve seu cronograma alterado para agosto de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência e a classificação do transtorno depressivo em pessoas com dependência química internadas em comunidades terapêuticas de acolhimento para dependência química localizadas no sul de Santa Catarina.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.442.587

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os dados sociais associadas ao transtorno depressivo na pessoa com dependência química utilizando o questionário auto administrado;
- Verificar a presença de dependência química através da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5).
- Identificar a prevalência e a classificação do transtorno depressivo realizando a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O balanço entre riscos e benefícios, alterados pelos pesquisadores, são considerados condizentes a uma pesquisa que envolve seres humanos. Tal balanço consta da seguinte forma no TCLE.

"Riscos e Benefícios – O benefício para você será a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre seu estado atual de dependência química e emocional, pois, os resultados dos questionários serão entregues individualmente pelos pesquisadores, assim como, serão realizadas orientações gerais de acordo com cada resultado. Caso você tenha diagnóstico de depressão, os resultados serão encaminhados para o serviço de saúde mental e psicologia da comunidade que, por sua vez, realizará os procedimentos necessários (encaminhamentos e/ou psicoterapia). Além disso, a pesquisa também contribuirá com a geração de conhecimento referente às doenças psiquiátricas associadas à dependência química e que, provavelmente prejudicam o resultado do tratamento para adicção. Por sua vez, a pesquisa gerará dados sobre o fenômeno da dependência química, que atualmente é bastante negligenciado em pesquisas no país, e servirá como alicerce para futuros trabalhos que tenham como objetivo melhorar o sistema de atenção à saúde mental de pessoas que convivem com dependência química".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresentada na forma de projeto contém todos os elementos que permitem a estruturação de passos que podem permitir alcançar o objetivo proposto. Uma vez que se trata de uma pesquisa que envolve participantes com estressores relativos a isolamento, os pesquisadores foram lembrados de atentarem para essa condição. Ademais, também encontram-se cientes da possibilidades desses participantes manifestarem crise de abstinência, e para tanto identificaram os cuidados que manterão na inclusão de pessoas que estejam a margem dessas possibilidades. Ademais, os pesquisadores também agregaram ao projeto reflexão sobre manifestações de humor relacionadas à internação em instituições com caráter de isolamento.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.442.587

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão correspondentes à Resolução 466/2012 e 510/2016. Em especial o cronograma fora alterado a fim de possibilitar a tramitação do projeto no processo de submissão ao CEP.

Recomendações:

Exceto aquelas recomendações relativas ao objeto de pesquisa, não há outras recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente protocolo de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e/ou 510/16.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244158.pdf	26/06/2019 15:12:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_CEP_UNISUL_segunda.pdf	26/06/2019 15:10:53	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Alterado2.docx	26/06/2019 15:10:35	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Processo_de_consentimento_alterado2.docx	26/06/2019 15:10:20	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_ciencia_e_concordancia_cep_unisul.pdf	18/03/2019 15:45:52	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	13/03/2019 10:37:03	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_Casa_de_Acolhida_Manjedoura.pdf	12/03/2019 13:58:13	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_CETRAD.pdf	12/03/2019 13:58:03	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.442.587

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 07 de Julho de 2019

Assinado por:
Maria Inés Castiñeira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

ANEXO B – SCID-V (Transtorno por uso de álcool)

212 TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL

E. TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Transtorno por Uso de Álcool (nos últimos 12 meses)

E1	<p>Quais são os seus hábitos de consumo de bebidas? (Quanto você bebe? Você consumiu álcool pelo menos seis vezes nos últimos 12 meses, isto é, desde [UM ANO ATRÁS]?)</p> <p>SE NÃO BEBEU PELO MENOS SEIS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES, PULE PARA E14 (Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas), página 215.</p>	E1	
<p>TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 12 MESES</p> <p>CRITÉRIOS DE TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL</p>			
<p>Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus hábitos de consumo de bebidas nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p>		<p>A. Um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:</p>	
E2	<p>Durante os últimos 12 meses...</p> <p>...depois de começar a beber, você achou que acabou bebendo muito mais do que <u>pretendia</u>? Por exemplo, você planejava tomar apenas uma ou duas doses, mas acabou bebendo muito mais. (Conte-me sobre isso. Com que frequência isso aconteceu?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a beber por um período de tempo muito maior do que você estava <u>pretendendo</u>?</p>	<p>1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.</p> <p>- +</p>	E2
E3	<p>...você quis parar, reduzir ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo esse desejo de parar, reduzir ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas durou?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Durante os últimos 12 meses, você já tentou reduzir, parar ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas? Quão bem-sucedido você foi? (Você tentou mais de uma vez parar, reduzir ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas?)</p>	<p>2. Existe um desejo persistente OU esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.</p> <p>- +</p>	E3
E4	<p>...você passou muito tempo bebendo, bêbado ou de ressaca? (Quanto tempo?)</p>	<p>3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.</p> <p>- +</p>	E4
E5	<p>...você sentiu um forte desejo ou necessidade de beber entre essas vezes que você não estava bebendo? (Quando sentiu uma forte necessidade de beber, houve alguma vez que você teve dificuldade para pensar em qualquer outra coisa?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um forte desejo ou necessidade de beber quando esteve próximo de bares ou de pessoas com quem você costuma beber?</p>	<p>4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.</p> <p>- +</p>	E5

E6	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...você faltou ao trabalho ou à escola, ou chegou atrasado com frequência porque estava intoxicado, bêbado ou com muita ressaca?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um mau desempenho no trabalho ou na escola, ou ser reprovado em matérias ou ser expulso da escola por causa dos seus hábitos de consumo de bebidas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a se envolver em problemas no trabalho ou na escola por causa do seu uso de álcool?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a não tomar conta das coisas em casa por causa de seus hábitos de consumo de bebidas, como garantir que a sua família tenha comida e roupas limpas e que seus filhos vão para a escola e recebam atendimento médico? E quanto a não pagar suas contas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Com que frequência isso aconteceu?</p>	<p>5. Uso recorrente de álcool resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa [p. ex., ausências repetidas ou baixo desempenho profissional relacionado ao uso de álcool; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas ao álcool; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos].</p>	- +	E6
E7	<p>...os seus hábitos de consumo de bebidas lhe causaram problemas com outras pessoas, como membros da família, amigos ou pessoas no trabalho? (Você se viu entrando em discussões frequentes sobre o que acontece quando bebe demais? Você se envolveu em lutas corporais quando estava bêbado?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você continuou bebendo mesmo assim? (Por qual período de tempo?)</p>	<p>6. Uso continuado de álcool apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool [p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas].</p>	- +	E7
E8	<p>...você teve que abrir mão ou reduzir o tempo que passou no trabalho ou na escola, com familiares ou amigos, ou dedicado a coisas que gosta de fazer (como esportes, cozinhar, outros passatempos) porque estava bebendo ou de ressaca?</p>	<p>7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.</p>	- +	E8
E9	<p>...você já bebeu algumas doses antes de fazer algo que exija coordenação e concentração, como dirigir, velejar, subir uma escada ou operar maquinaria pesada?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você diria que a quantidade que bebeu afetou sua coordenação ou concentração, de modo que a probabilidade de você ou outra pessoa se ferir tenha aumentado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM E O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quantas vezes? (Quando?)</p>	<p>8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física [p. ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de álcool].</p>	- +	E9
E10	<p>...seus hábitos de consumo de bebidas causaram a você problemas como deixá-lo muito deprimido ou ansioso? E quanto a deixá-lo com a "mente nebulosa, não clara", dificultar o seu sono ou fazer com que você não conseguisse se lembrar do que aconteceu enquanto estava bebendo?</p> <p>Os seus hábitos de consumo de bebidas causaram problemas físicos significativos ou pioraram um problema físico, como úlceras estomacais, doenças hepáticas ou pancreatite?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Você continuou bebendo mesmo assim?</p>	<p>9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool [p. ex., consumo de bebidas continuado, apesar de reconhecer que uma úlcera foi piorada pelo consumo de álcool].</p>	- +	E10

214 TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL

E11	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...você achou que precisou beber muito mais do que costumava para ter a sensação que desejava em comparação a quando começou a beber?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto mais?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a perceber que, quando você bebeu a mesma quantidade, ela teve muito menos efeito do que antes? (Quanto menos?)</p>	<p>10. Tolerância, conforme definida por um dos seguintes:</p> <p>a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.</p> <p>b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.</p>	<p>– +</p>	E11
E12	<p>...você já teve algum sintoma de abstinência, em outras palavras, sentiu-se mal ao diminuir ou parar de beber?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Que sintomas você teve? (Sudorese ou taquicardia? Tremor na[s] mão[s]? Dificuldades para dormir? Sentiu-se nauseado ou vomitou? Sentiu-se agitado? Sentiu-se ansioso? E quanto a ter uma convulsão ou ver, sentir ou ouvir coisas que não estavam lá?)</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já começou o dia com uma dose, ou bebeu ou tomou outra droga ou medicamento, com frequência, para evitar ter tremores ou ficar enjoado?</p>	<p>11. Abstinência, conforme manifestada por um dos seguintes:</p> <p>a. [Pelo menos DOIS] dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool, que tenham sido intensos e prolongados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca superior a 100 bpm) 2. Tremor aumentado nas mãos 3. Insônia 4. Náusea ou vômito 5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias 6. Agitação psicomotora 7. Ansiedade 8. Convulsões tônico-clônicas generalizadas <p>b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.</p>	<p>– +</p>	E12
E13	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quando os (SINTOMAS DO CRITÉRIO A ANTERIORMENTE [E2–E12] CLASSIFICADOS COMO “+”) ocorreram? (Todos eles aconteceram nos últimos 12 meses?)</p>	<p>PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A PARA USO DE ÁLCOOL ANTERIORES (E2–E12) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” E OS SINTOMAS OCORRERAM NOS ÚLTIMOS 12 MESES.</p>	<p>NÃO SIM</p>	E13
<p>Vá para E14 (Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas), página 215.</p> <p>Diagnóstico: Transtorno por Uso de Álcool Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas. Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas. Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas. Continue com E14 (Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas), página 215.</p>				

ANEXO C – SCID-V (Transtorno por uso substâncias não alcoólicas)

216 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS

SE O PACIENTE RECONHECE O USO DE UMA SUBSTÂNCIA DE QUALQUER CLASSE EM E15–E22, página 216, PROSSIGA COM ESTAS PERGUNTAS PARA DETERMINAR SE O USO ESTÁ NO LIMÍAR, OU ACIMA DELE, PARA A AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS:

→ SE FOR UMA DROGA ILÍCITA OU RECREATIVA: Você usou a (SUBSTÂNCIA) pelo menos seis vezes durante os últimos 12 meses?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Durante o último ano, quando você usou mais (SUBSTÂNCIA)? Quanto tempo esse período durou? Durante esse período, com que frequência você usou? Quanto utilizou? O uso da (SUBSTÂNCIA) causa problemas a você? Alguém fez objeção ao seu uso de (SUBSTÂNCIA)?

→ SE FOR UM MEDICAMENTO PRESCRITO/VENDIDO SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA (VSPM): Durante os últimos 12 meses, você ficou viciado ou se tornou dependente de um (MEDICAMENTO PRESCRITO/VSPM)? Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já teve que consultar mais de um médico para garantir que não ficaria sem o medicamento?

	Substâncias usadas (registradas na página 216)	No limiar ou acima dele	Padrão de uso (baseado nas questões)	
E15a	Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos Nome da(s) substância(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E15a
E16a	<i>Cannabis</i> Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E16a
E17a	Estimulantes Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E17a
E18a	Opioides Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E18a
E19a	Fenciclidina e substâncias relacionadas Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E19a
E20a	Outros alucinógenos Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E20a
E21a	Inalantes Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E21a
E22a	Outras Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E22a

SE QUALQUER CLASSE DE DROGAS ILEGAIS OU RECREATIVAS FOI USADA POR PELO MENOS SEIS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES, OU HOUVE ABUSO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS/VSPM DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES (P. EX., TOMAR MAIS DO QUE O PRESCRITO OU RECOMENDADO, CONSULTAR VÁRIOS MÉDICOS PARA OBTER PRESCRIÇÕES), VÁ PARA E23 (Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses), página 217.

DO CONTRÁRIO (I. E., NENHUMA DROGA FOI USADA PELO MENOS SEIS VEZES E NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE ABUSO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS/VSPM), vá para F1 (Transtorno de Pânico), página 222.

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS 217

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS		
Quais drogas ou medicamentos causaram mais problemas a você nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)? Quais foram as que você usou mais? Quais foram as suas "drogas preferidas"?			
E23	Agora, eu gostaria de lhe fazer mais perguntas sobre o uso da (SUBSTÂNCIA USADA MAIS INTENSAMENTE OU QUE CAUSOU MAIS PROBLEMAS) nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS).	A. Um padrão problemático de uso de substâncias, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:	E23
E24	Durante os últimos 12 meses... ...depois de começar a usar (DROGA), você achou que acabou usando muito mais do que <u>pretendia</u> ? Por exemplo, você planejava usar apenas uma (PEQUENA QUANTIDADE DA DROGA), mas acabou usando muito mais. (Conte-me sobre isso. Com que frequência isso aconteceu?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a usar a (DROGA) por um período de tempo muito maior do que você estava <u>pretendendo</u> ?	1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.	E24
E25	...você quis parar ou reduzir o uso da (DROGA), ou controlar seu uso de (DROGA)? → SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo esse desejo de parar, reduzir ou controlar seu uso de (DROGA) durou? → SE A RESPOSTA FOR NÃO: Durante o último ano, você já tentou reduzir, parar ou controlar seu uso de (DROGA)? Quão bem-sucedido você foi? (Você tentou mais uma vez parar, reduzir ou controlar seu uso de (DROGA)?)	2. Existe um desejo persistente OU esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.	E25
E26	...você gastou muito tempo para conseguir (DROGA) ou usando (DROGA) ou levou muito tempo para superar os efeitos da (DROGA)? (Quanto tempo?)	3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.	E26
E27	...você sentiu um forte desejo ou necessidade de usar (DROGA) entre essas vezes que você não estava usando (DROGA)? (Quando sentiu uma forte necessidade de usar (DROGA), houve alguma vez que você teve dificuldade para pensar em qualquer outra coisa?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um forte desejo ou necessidade de usar (DROGA) quando você esteve próximo de pessoas com quem usou (DROGA)?	4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância.	E27

218 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS

E28	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...você faltou ao trabalho ou à escola, ou chegou atrasado com frequência porque estava intoxicado, "chapado" ou recuperando-se da noite anterior?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um mau desempenho no trabalho ou na escola, ou ser reprovado em matérias ou ser expulso da escola por causa do seu uso de (DROGA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a se envolver em problemas no trabalho ou na escola por causa do seu uso de (DROGA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a não tomar conta das coisas em casa por causa do seu uso de (DROGA), como garantir que a sua família tenha comida e roupas limpas e que seus filhos vão para a escola e recebam atendimento médico? E quanto a não pagar suas contas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Com que frequência isso aconteceu?</p>	<p>5. Uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., ausências repetidas ou baixo desempenho profissional relacionado ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).</p>	-	+	E28
E29	<p>...o seu uso de (DROGA) lhe causou problemas com outras pessoas, como membros da família, amigos ou pessoas no trabalho? (Você se viu entrando em discussões frequentes sobre o uso de [DROGA]? Você se envolveu em lutas corporais quando estava tomando [DROGA]?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você continuou usando (DROGA) mesmo assim? (Em que período de tempo?)</p>	<p>6. Uso continuado da substância apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).</p>	-	+	E29
E30	<p>...você teve que abrir mão ou reduzir o tempo que passou no trabalho, com familiares ou amigos, ou dedicado a seus passatempos, porque estava usando (DROGA)?</p>	<p>7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.</p>	-	+	E30
E31	<p>...você já ficou "chapado" antes de fazer algo que exija coordenação e concentração, como dirigir, velejar, subir uma escada ou operar maquinaria pesada?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM (PARA SUBSTÂNCIAS DIFERENTES DOS ESTIMULANTES): Você diria que seu uso de (DROGA) afetou sua coordenação ou concentração, de modo que a probabilidade de você ou outra pessoa se ferir tenha aumentado?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM (APENAS PARA ESTIMULANTES): Você diria que estar sob efeito do (FÁRMACO ESTIMULANTE) fez com que você dirigisse muito rápido ou se arriscasse desnecessariamente?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA E SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quantas vezes?</p>	<p>8. Uso recorrente de substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de substância).</p>	-	+	E31

E32	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...seu uso de (DROGA) lhe causou quaisquer problemas, como deixá-lo bastante deprimido, ansioso, paranoico, muito irritável ou extremamente agitado? E quanto a desencadear ataques de pânico, dificultar o seu sono, deixá-lo com a "mente nebulosa, não clara" ou fazer com que você não conseguisse se lembrar do que aconteceu enquanto estava usando (DROGA)?</p> <p>O seu uso de (DROGA) já lhe causou problemas físicos, como palpitações cardíacas, tosse ou dificuldade para respirar, constipação ou infecções cutâneas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Você continuou usando (DROGA) mesmo assim?</p>	<p>9. O uso da substância é continuado, apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (p. ex., uso de cocaína recorrente apesar do reconhecimento da depressão relacionada à cocaína).</p>	<p>- +</p>	E32
E33	<p>...você achou que precisou usar uma quantidade muito maior de (DROGA) para ter a sensação que desejava do que quando começou a usá-la?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto mais?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a perceber que, quando você tomou a mesma quantidade, ela teve muito menos efeito do que antes?</p> <p>SE FOR MEDICAMENTO PRESCRITO: Você tomou (DROGA) exatamente como o seu médico disse a você? (Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já foi a mais de um médico para obter a quantidade de medicamentos que queria?)</p>	<p>10. Tolerância, conforme definida por um dos seguintes:</p> <p>a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.</p> <p>b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância.</p>	<p>- +</p>	E33
E34	<p>O ITEM A SEGUIR NÃO SE APLICA A PCP, ALUCINÓGENOS E INALANTES.</p> <p>...Você já teve algum sintoma de abstinência, em outras palavras, sentiu-se mal ao diminuir ou parar de usar (DROGA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que sintomas você teve? (Consulte a lista de sintomas de abstinência na página 221).</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Depois de ficar sem usar (DROGA) por algumas horas, você usou essa droga ou algo semelhante para evitar experimentar (SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA)?</p> <p>SE FOR MEDICAMENTO PRESCRITO: Você o tomou da forma exata que o seu médico lhe disse? (Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já teve que consultar mais do que um médico para garantir que não ficaria sem o medicamento?)</p>	<p>11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <p>a. A síndrome de abstinência característica para a substância [ver página 221].</p> <p>b. A mesma substância (ou outra estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.</p> <p>NOTA: Este critério se aplica ao uso dos seguintes: sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; Cannabis; estimulantes/cocaína; e opioides. Como no DSM-5, este critério não se aplica a PCP, alucinógenos ou inalantes.</p> <p>NOTA: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ou medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica.</p>	<p>- +</p>	E34
E35	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quando os (SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA [E24–E34] CLASSIFICADOS COMO "+") ocorreram? (Todos eles aconteceram nos últimos 12 meses?)</p>	<p>PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A PARA USO DE SUBSTÂNCIAS ACIMA (E24–E34) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+" E OS SINTOMAS OCORRERAM NOS ÚLTIMOS 12 MESES.</p>	<p>NÃO SIM</p>	E35

Se houve uso limiar de outras classes de droga no último ano (seis vezes ou mais em 12 meses ou abuso de medicamentos prescritos), volte para E23 na página 217 e reavale, em sequência, os critérios para cada classe de droga usada no limiar, até que cada critério seja satisfeito para um Transtorno por Uso de Substâncias nos últimos 12 meses, ou até que os critérios não sejam preenchidos para nenhuma classe de droga. Se nenhuma classe de droga satisfizer os critérios de forma definitiva, continue com F1 (Transtorno de Pânico), página 222.

Continue com E36, a seguir.

E36

Diagnóstico baseado na classe de droga e no número de sintomas; indique o diagnóstico circulando o transtorno por uso de substâncias específico e o nível de gravidade abaixo:

E3

Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

Transtorno por Uso de Cannabis

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

Transtorno por Uso de Estimulantes

(incluindo anfetaminas, cocaína e outros estimulantes)

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

Transtorno por Uso de Opióide

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

Transtorno por Uso de Fenciclídina e de Substâncias Relacionadas

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

Transtorno por Uso de Inalantes

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

**Transtorno por Uso de Outra Substância
(ou Substância Desconhecida)**

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas

Substância específica utilizada: _____

ANEXO D – SCID-V (Episódio depressivo atual)

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL 169

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR		
Agora irei fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.	A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.		
<p>A1</p> <p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), houve algum período de tempo em que você se sentiu deprimido ou abatido na maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u>? (Alguém disse que você parece triste, abatido ou deprimido?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: <u>E quanto a se sentir triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Como foi isso? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.ex., parece choroso).	- +	A1
<p>A2</p> <p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "+": Durante esse período, você sentiu menos interesse ou prazer com coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "-": E houve algum período desde (UM MÊS ATRÁS) em que você perdeu o interesse ou o prazer por coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).	- +	A2
SE TANTO A1 QUANTO A2 FOREM CLASSIFICADOS COMO "-" PARA O MÊS ATUAL, continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.			
PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NO PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS DO MÊS ANTERIOR:			
Durante (PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...			
<p>A3</p> <p>...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Você perdeu ou ganhou peso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto? (Você estava tentando [perder/ganhar] peso?)</p>	3. Perda ou ganho de peso significativo sem estar fazendo dieta (p.ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.	- +	A3

170 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

A4	<p>...como você tem dormido? (Problema para adormecer, acordando frequentemente, problema para permanecer dormindo, acordando cedo demais OU dormindo em excesso?)</p> <p>Quantas horas (incluindo cochilos) você tem dormido? Quantas horas você costumava dormir antes de ficar (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? <u>Isso aconteceu quase todas as noites?</u></p>	4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.	- +	A4
A5	<p>...você tem se sentido tão inquieto ou agitado que não consegue ficar sentado?</p> <p>E quanto ao oposto: você tem falado mais lentamente, ou se movido mais lentamente do que o normal, como se estivesse atravessando um lamaçal?</p> <p>(Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u>)</p>	<p>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável pelos outros, não sendo meramente sentimentos subjetivos de inquietude ou de se sentir lento).</p> <p>NOTA: CONSIDERE O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.</p>	- +	A5
A6	<p>...como tem estado o seu nível de energia? (Sente-se cansado o tempo todo? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.	- +	A6
A7	<p>...você tem tido sentimentos de inutilidade?</p> <p>E tem se sentido culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso é apenas porque você não consegue tomar conta das coisas, já que tem estado doente?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quase todos os dias?</u></p>	7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente).	- +	A7
A8	<p>...tem tido problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas? (Isso tem interferido em que tipos de coisas? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (tanto por relato subjetivo como por observação feita por outras pessoas).	- +	A8
A9	<p>...as coisas têm estado tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Você pensou em tirar a sua própria vida?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você fez alguma coisa a respeito? (O que você fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Você chegou a tentar o suicídio?)</p>	9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.	- +	A9
A10	AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (A1–A9) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".		<p>NÃO</p> <p>SIM</p>	A10

Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.

Continue com A11, a seguir.

A11 SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?

FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:

Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)

Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/ seus estudos? [E quanto à sua assiduidade no trabalho/ nos estudos? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?]

Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você tem evitado fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?

Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?

SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Continuar com A12, a seguir.

Continuar com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.

A12 SE FOR DESCONHECIDO: Quando os (EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO) começaram?

Você estava fisicamente doente logo antes deste período de depressão ter começado?

SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?

Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?

Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes disso começar?

Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.

C. [Episódio Depressivo Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância [p.ex., drogas de abuso, medicamentos] ou outra condição médica.

NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.

CMGs etiológicas incluem AVC, doença de Huntington, doença de Parkinson, lesão cerebral traumática, doença de Cushing, hipotireoidismo, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico.

Substâncias/medicamentos etiológicos incluem álcool (I/A); fenciclidina (I); alucinógenos (I); inalantes (I); opioides (I/A); sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (I/A); anfetamina e outros estimulantes (I/A); cocaína (I/A); agentes antivirais (efavirenz); agentes cardiovasculares (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), derivados do ácido retinoico (isotretinoína), antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes antieméticos (triptanos), antipsicóticos, agentes hormonais (corticosteroides, contraceptivos orais, agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina, tamoxifeno), agentes de cessação do fumo (vereniclina) e agentes imunológicos (interferon).

NÃO SIM

PRIMÁRIO

Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância

Continuar com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL Continuar com A13, a seguir.

ANEXO E – Normas da Revista: Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Foco e políticas gerais

O **Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)** é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O Jornal visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, cartas ao editor e editoriais que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

Preparação dos manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.
- Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.
- Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.
- Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais, relato de casos ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.
- Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo)

Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, *royalties*, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuírem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no *British Medical Journal*, intitulado "*Beyond conflict of interest*", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a seção "Contribuições Individuais".

Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na seção intitulada "Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes.

Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Registro de experimentos clínicos

Antes de submeter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a *National Institutes of Health Clinical Trials* (<http://www.clinicaltrials.gov>), a *Nederlands Trial Register* (<http://www.trialregister.nl>), a *UMIN Clinical Trials Registry* (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a seção "Conflito de Interesses".

Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

A contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturados em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista

de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos *Descritores de Ciências da Saúde*, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumo e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitidas para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em parágrafo único e curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta seção, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudos, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem

declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro)

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication*" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

- Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

- Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (*Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela

deve ser autoexplicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.

Submissão dos manuscritos

Visando reduzir o tempo entre a submissão do manuscrito, a decisão final dos editores, e sua eventual publicação, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria implementou o sistema de submissão e acompanhamento online através do ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpsi-scielo>). Desta forma, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria não aceita mais manuscritos enviados por e-mail. Todos os manuscritos, sem exceções, devem ser submetidos através do sistema do ScholarOne. Durante o processo de submissão, os autores precisarão fornecer um título e um título curto (máximo de cinco palavras), indicar o autor de correspondência com respectivo ORCID (<https://orcid.org/signin>), incluir um resumo conciso, uma carta de apresentação e uma carta de permissão, sugerir cinco pareceristas em potencial, além de seguir os demais passos exigidos pelo ScholarOne. Atenção: os pareceristas sugeridos não podem trabalhar na mesma instituição/departamento, ter relações próximas ou ter publicado como coautor de qualquer um dos autores. O não cumprimento desta exigência poderá levar a recusa do manuscrito.

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Carta de apresentação

Na carta de apresentação os autores devem fornecer o nome completo e as afiliações de todos os autores e o endereço de contato do autor para correspondência (endereço, endereço de e-mail, telefones, fax, etc.). Além disso, os autores devem explicar por que eles acreditam que o manuscrito submetido é adequado para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, destacando sua relevância e seus aspectos inovadores. Os autores são ainda solicitados a declarar claramente que o manuscrito submetido representa um material original, que não foi publicado anteriormente e que não está sendo avaliado para publicação em nenhum outro lugar.

Se os autores receberam ajuda de escritores técnicos ou revisores de idiomas quando prepararam o manuscrito, isto deve ser explicitado na carta de apresentação, junto com a declaração de que os autores são totalmente responsáveis pelo conteúdo científico do manuscrito. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve, no mínimo, preencher todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada. A supervisão/coordenação geral do grupo de pesquisa por si só não justifica a autoria. Participação somente na aquisição de verbas provenientes de fontes financiadoras ou na coleta de dados também não são suficientes para justificar autoria. A fim de garantir que todas essas condições sejam satisfeitas, os autores são solicitados a incluir uma declaração a respeito da autoria, descrevendo separadamente o papel de cada um

dos autores no estudo e na preparação do manuscrito. Caso esta declaração sobre autoria não tenha sido incluída na carta de apresentação, o manuscrito não será revisto.

Após a submissão

Revisão por pares

Após receber o manuscrito através do ScholarOne, os editores julgarão se ele será revisto pelos pareceristas anônimos. Sua decisão será baseada no foco de publicação do jornal e na estrutura, originalidade e relevância do manuscrito para o campo. Em seguida, caso os revisores decidam assim, o manuscrito será enviado a pelo menos dois revisores anônimos e independentes (que não são necessariamente aqueles sugeridos pelos autores). Os editores do Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforçam-se para manter rápido o processo de publicação. Geralmente o período entre a submissão e o aceite do manuscrito é de cerca de três meses. Os autores receberão um e-mail dos editores com sua decisão final e uma cópia dos comentários dos revisores. No caso de ter sido indicada a revisão do manuscrito, os autores devem enviar um texto final com as alterações necessárias (respondendo cada item levantado pelos revisores), seguindo as instruções dadas pelos editores. Os autores devem reproduzir o item levantado pelo revisor imediatamente antes de cada uma das suas respostas. Enviar apenas as respostas separadas dos itens levantados pelos revisores poderá lentificar o processo de avaliação do manuscrito. Todo este processo pode ser acompanhado pelos autores através do ScholarOne.

Carta de autorização

Os autores devem submeter a seguinte carta de autorização juntamente ao manuscrito:

"Os autores abaixo-assinados aprovam, através desta, a submissão deste trabalho e da subsequente transferência de todos os seus direitos autorais para o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, a fim de permitir a sua publicação. Os autores atestam ainda que o seu trabalho representa um material original, que não infringe nenhum direito autoral de terceiros, e que nenhuma parte deste trabalho foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, até que tenha sido rejeitado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Finalmente, os autores concordam em indenizar os editores por qualquer dano ou prejuízo secundário a quebra deste acordo. No caso do manuscrito não ser publicado, seu direito autoral retorna a seus autores."

Todos os autores devem assinar a carta de permissão e incluir seus nomes completos, endereços, telefones e e-mails. Esta carta deve ser escaneada e submetida aos editores através do ScholarOne.

ANEXO F – Comprovante de submissão do artigo

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Manuscript ID

JBPSIQ-2020-0029

Title

Prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química

Authors

Pereira, Pablo

Bitencourt, Rafael

Date Submitted

10-Apr-2020