

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO**

LÍDIA REIS FERNANDES

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DA SEXTA VERSÃO BRASILEIRA DO ADDICTION
SEVERITY INDEX 6 (ASI 6) LIGHT**

Orientadora: Prof. Dr^a. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

LÍDIA REIS FERNANDES

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DA SEXTA VERSÃO BRASILEIRA DO ADDICTION
SEVERITY INDEX 6 (ASI 6) LIGHT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em psicologia por Lídia Reis Fernandes.

Orientadora: Prof. Dr^a. Laisa Marcorela
Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2015

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida e aprovada, em _____ de _____ de 2015, pela
banca constituída por:

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof. Dr. Félix Henrique Paim Kessler

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Orientadora: Profa Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu refúgio e minha fortaleza, por permitir que esse momento concretizasse.

Aos meus pais, exemplos de dignidade, humildade e determinação. Obrigada pelo amor incondicional, pelo carinho e compreensão sempre que precisei.

À professora Laisa, que exigiu de mim dedicação, compartilhou suas experiências, me orientando e ensinando-me a pesquisar. Muito obrigada por cada momento e pela realização desse trabalho.

Aos meus irmãos, pelo carinho, apoio e amizade.

Aos meus amigos, em especial à Andressa, pela cumplicidade e pelos conselhos nas horas de insegurança.

E, por fim, aos estudantes de psicologia Camilla e Lucas, que me ajudaram nessa pesquisa. Obrigada pela confiança e pela oportunidade de trabalharmos juntos.

*“Mas se desejarmos fortemente o melhor e,
principalmente, lutarmos pelo melhor...
O melhor vai se instalar em nossa vida.
Porque sou do tamanho daquilo que vejo,
e não do tamanho da minha altura.”*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Introdução: O uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas pela população brasileira constitui problema relevante no âmbito da saúde pública. A disponibilização de um instrumento que avalie o quadro geral de um usuário de álcool e outras drogas é útil para o planejamento do tratamento e para avaliação de sua efetividade. O Addiction Severity Index (ASI) é um instrumento que permite avaliar informações sobre vários aspectos da vida de pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, como problemas médicos, no emprego, nos aspectos legais, sociofamiliares, psiquiátricos, além do uso de álcool e de outras drogas. Sua sexta versão foi validada para o Brasil obtendo boas propriedades psicométricas, porém faz-se necessário o desenvolvimento de uma versão brasileira reduzida do ASI6 para otimizar o tempo de aplicação. **Objetivo:** O presente trabalho buscou desenvolver e avaliar as Propriedades Psicométricas de uma versão brasileira reduzida do ASI6, proposta a partir de um estudo de validação dos construtos do instrumento. **Método:** Foram entrevistados 200 sujeitos, 100 com uso problemático de álcool e outras drogas e 100 sem uso problemático. Foram calculados os escores dos indivíduos a partir da Teoria de Resposta ao Item. As propriedades psicométricas foram avaliadas pela correlação entre os escores do ASI6 e do ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), padrão-ouro do estudo. Foram avaliados os índices de sensibilidade e especificidade. **Resultados:** Foi encontrada uma alta correlação entre o escore da área “álcool” do ASI 6 Light e os escores do ASSIST em relação ao álcool ($r=0,79$), correlações moderadas em relação ao tabaco ($r=0,47$) e cocaína/crack ($r=0,44$) e baixa ($r=0,39$) em relação à maconha. Ao correlacionar os escores do ASSIST e os escores da área drogas do ASI 6 Light obteve-se uma alta correlação em relação à cocaína/crack ($r=0,85$), correlações moderadas em

relação ao tabaco ($r=0,57$) e maconha ($r=0,68$) e baixa ($r=0,29$) em relação ao álcool. A área sob a curva ROC da área “álcool” foi 0,93 e da área “drogas” foi 0,88. **Discussão:** Com este estudo foi possível desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas da versão reduzida do ASI6 Light. Boas evidências de validade da área “álcool” e “drogas” foram apresentadas. Essa nova versão tornou-se um instrumento de fácil manejo e de rápida aplicação, contendo os itens que melhor avaliam a gravidade de problemas com substâncias e dos problemas associados nas diversas áreas.

Palavras-chaves: Estudos de Validação, Addiction Severity Index, Substâncias Psicotrópicas

ABSTRACT

Introduction: The abuse or dependence on psychoactive substances by the Brazilian population is a relevant problem in public health. The availability of an instrument to assess the general framework of a user of alcohol and other drugs is useful for treatment planning and to evaluate their effectiveness. The Addiction Severity Index (ASI) is an instrument to evaluate information on various aspects of life of people with problems associated with alcohol and other drugs such as medical conditions, on employment, legal, social-familial, psychiatric, and the use alcohol and other drugs. His sixth version was validated in Brazil getting good psychometric properties, but it is necessary the development of a shortened Brazilian version of the ASI6 to optimize the exposure time. **Aims:** This study aimed to develop and evaluate the Psychometric Properties of a shortened Brazilian version of the ASI6, proposal from a validation study of the instrument constructs. **Method:** 200 subjects were interviewed, 100 with the abuse of alcohol and other drugs and 100 without problematic use. The scores of individuals from the Item Response Theory were calculated. The psychometric properties were evaluated by the correlation between the scores of the ASI6 and ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), the gold standard study. We assessed the sensitivity and specificity rates. **Results:** A high correlation between the score of the area "alcohol" ASI6 Light and scores ASSIST regarding alcohol was found ($r = 0.79$), moderate correlations with tobacco ($r = 0.47$) and cocaine / crack ($r = 0.44$) and low ($r = 0.39$) with respect to marijuana. Correlating ASSIST scores and the scores of the area of drugs ASI6 Light obtained a high correlation to cocaine / crack ($r = 0.85$), moderate correlations with tobacco ($r = 0.57$) and marijuana ($r = 0.68$) and low ($r = 0.29$) compared to alcohol. The area under the ROC curve of area "alcohol" was 0.93 and the area "drugs" was 0.88.

Discussion: With this study was possible to develop and evaluate the psychometric properties of the short version of the ASI6 Light. Good evidence of validity of the area "alcohol" and "drugs" were presented. This new version has become an instrument for easy handling and quick application, containing the items that best assess the severity of problems with substances and the problems associated in various areas.

Keywords: Validation Study, Addiction Severity Index, Psychotropic Substances

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.Dados sociodemográficos dos usuários (N=100) e não usuários (N=100)	28
Tabela 2.Frequência e porcentagem de padrão de consumo de drogas nos últimos três meses no grupo de usuários, fornecido pelo ASSIST (N = 100)	29
Tabela 3.Consumo de álcool pelos grupos de não usuários e de usuários em anos na vida e últimos 30 dias (média $\pm$ DP) e a mediana ($\pm$ IIQ)	30
Tabela 4.Respostas dadas aos indivíduos dos grupos de não usuários e usuários às questões de sintomas do álcool.	32
Tabela 5.Histórico de uso e uso nos últimos 30 dias de sete substâncias psicotrópicas, nos grupos de não usuários e usuários.	36
Tabela 6.Consumo de drogas pelo grupo de não usuários e usuários em anos na vida, últimos seis meses e últimos trinta dias. Dinheiro gasto com drogas nos últimos 30 dias.....	39
Tabela 7.Respostas dadas aos indivíduos dos grupos de não usuários e usuários às questões de sintomas sobre drogas.....	41
Tabela 8.Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de não usuários e usuários às questões da área “médica”	44
Tabela 9.Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de não usuários e usuários às questões da área “legal”	48
Tabela 10.Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de não usuários e usuários às questões da área “psiquiátrica”	52
Tabela 11.Frequência (porcentagem) e mediana (IIQ) das respostas dadas pelos grupos de não usuários e usuários as questões sobre da área “sociofamiliar” do ASI6 Light.....	56
Tabela 12.Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de não usuários e usuários às questões da área “emprego/sustento”	59
Tabela 13.Médias ($\pm$ DP) dos escores das seis áreas do ASI6 Light dos grupos de não usuários e usuários	60
Tabela 14.Coefficientes de correlação de Pearson entre os escores em cada área do ASI6 Light e os escores do ASSIST	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas com o uso de álcool utilizando o ASI6 Light.....	34
Figura 2.Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas com o uso de drogas utilizando o ASI6 Light.	42
Figura 3.Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas médicos utilizando o ASI6 Light.....	46
Figura 4.Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas legais utilizando o ASI6 Light.	50
Figura 5.Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas psiquiátricos utilizando o ASI6 Light.....	54
Figura 6.Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas sociofamiliares utilizando o ASI6 Light.....	57
Figura 7.Curva ROC utilizando escores da área “álcool” do ASI6 Light e a área “álcool” do ASSIST.....	63
Figura 8.Curva de ROC utilizando os escores da área “drogas” do ASI6 Light e do ASSIST.....	64

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Questionário de Dados Sociodemográficos	83
Anexo 2.ASSIST	84
Anexo 3.Escala de Gravidade de Dependência Versão 6 Light	87
Anexo 4.Sintaxes	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Análise Fatorial

APA – Associação Psiquiátrica Americana

ASI – Escala de Gravidade de Dependência

ASSIST – Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias

AUC – Área sobre a Curva

BDI – Inventário Beck de Depressão

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial- álcool e drogas

CCI – Curva Característica do Item

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CS – Escore Composto

CTs – Comunidades terapêuticas

DSM IV – Manual de Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição

DSM V – Manual de Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GRM – Modelo de Resposta Gradual

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS - Organização Mundial de Saúde

ROC - Receiver Operating Characteristic

SENAD - Secretaria Nacional antidrogas

SS –Rs – Escores Resumo de Funcionamento Recente

SUS - Sistema Único de Saúde

TRI – Teoria de Resposta ao Item

UAPS – Unidade de Atenção Primária a Saúde

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	01
1.1O uso de álcool e outras drogas no Brasil	01
1.2Avaliação sobre o uso de substâncias.....	05
1.3Addiction Severity Index (ASI).....	10
2.JUSTIFICATIVA	16
3.OBJETIVOS	17
3.1Objetivo Geral	17
3.2Objetivos Específicos	17
4.METODOLOGIA.....	18
4.1Estudo Piloto	18
4.2Participantes	19
4.3Ética.....	20
4.4Instrumentos	20
4.5Procedimentos	21
4.6Análise dos Dados	22
4.6.1Geração dos Escores do ASI6 Light.....	23
5.RESULTADOS	27
5.1Análises Descritivas	27
5.2Análises Psicométricas do ASI6 Light	60
6.DISSCUSSÃO	65
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	75

1. INTRODUÇÃO

1.1 O uso de álcool e outras drogas no Brasil

Desde a pré-história as drogas têm acompanhado o percurso da humanidade, sendo consumidas em diversos contextos, de variadas formas e com inúmeras finalidades (Escohotado, 2005), não existindo sociedade que não tenha recorrido ao seu uso (Seibel & Toscano, 2004). Tanto no Brasil, como também em vários outros países, estão presentes as consequências do uso de substâncias psicoativas, não só para o indivíduo que as consome como também para a família, para outras pessoas próximas e para a comunidade em geral, o que torna problema relevante para a saúde pública (Mendes & Luis, 2004). Com isso, vários estudos são realizados para contribuir com programas de prevenção e tratamento.

Segundo o relatório mundial sobre drogas de 2014, realizado pelo UNODC, globalmente, estima-se que, em 2012, cerca de 243 milhões de pessoas, correspondendo a 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2012. A prevalência global geral do uso de drogas é considerada estável, contudo, o uso de novas substâncias psicoativas aumentou mais de 50% entre os anos de 2009 e 2012. Em relação ao Brasil, registrou-se o surgimento de três tipos dessas substâncias em seu mercado, sendo as drogas à base de plantas, metanfetaminas e os medicamentos com propriedades analgésicas e anestésicas. Além disso, enquanto o uso da cocaína diminuiu ou se manteve estável em muitos países sul-americanos, no Brasil houve aumento, segundo esse estudo.

Em 2001, foi realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, que

abrangeu as 107 maiores cidades do país, com população superior a 200.000 habitantes, incluindo todas as capitais brasileiras (Carlin, Galduróz, Noto & Nappo, 2001). No ano de 2005, o CEBRID realizou a segunda versão desse estudo, intitulado de II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, o qual foi feito nas 108 cidades (107 com mais de 200 mil habitantes, mais Palmas - TO), visando acompanhar o panorama geral de uso de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e de notar possíveis flutuações na prevalência de uso dessas substâncias (Carlini et al., 2005).

A comparação das duas pesquisas permitiu observar que a estimativa de dependentes de álcool em 2005 foi de 12,3% e de tabaco 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.760.635 de pessoas, respectivamente. Houve aumento não estatisticamente significativo de 1,1%, quando as porcentagens de 2001 e 2005 são comparadas, tanto com relação ao álcool como ao tabaco. Verificou-se que em 2001, 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga e, em 2005 este número foi para 22,8%, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco. A comparação das porcentagens de uso na vida das drogas entre 2001 e 2005 mostrou que houve aumento para maconha (6,9% para 8,8%); benzodiazepínicos (3,3% para 5,6%); estimulantes (1,5% para 3,2%); solventes (5,8% para 6,1%) e cocaína (2,3% para 2,9%). Pode-se notar que para três drogas houve aumento importante (maconha, benzodiazepínicos e estimulantes) quando se excluem da análise álcool e tabaco (Carlini *et al.*, 2005). Além dos relatos epidemiológicos, estes estudos identificaram outros problemas biopsicossociais decorrentes do uso de substâncias. Tanto em 2001 como em 2005, 2,0% dos entrevistados relataram ter se envolvido em acidentes de trânsito quando estavam com o nível de consciência alterado pelo uso de substâncias psicotrópicas. Os demais resultados, como: complicações no trabalho, quedas, ferir alguém, ter se machucado, praticar agressões e provocar discussões, todos estes comportamentos decorrentes

do uso de álcool ou de alguma outra droga, foram variáveis quando 2001 e 2005 são comparados. Com pequenas variações para mais ou para menos, exceção feita ao relato de ter ferido pessoas quando sob o efeito de drogas em 2001, a prevalência foi quase quatro vezes maior. Por outro lado, todos os outros problemas aumentaram em 2005. Por exemplo, houve um aumento de 3,3% para 4,0% dos entrevistados que relataram quedas e 5,0% para 6,3% dos entrevistados que se envolveram em discussões quando estavam sob o efeito de álcool.

Além desse estudo, tendo em vista a gravidade que o consumo do crack representa aos usuários, seja do ponto de vista social e não menos da saúde, uma pesquisa foi desenvolvida a fim de delinear o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e "oxi") no país. Esse trabalho faz parte do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), realizado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

A pesquisa realizada em 2011 tomou como referência as 26 capitais, Distrito Federal, municípios selecionados das nove Regiões Metropolitanas Federais e uma amostra representativa de cidades de pequeno e médio porte, selecionadas a partir dos dois extremos (mais baixo e mais elevado) de taxas de homicídios definidos pelo Sistema de Informações de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS). Alguns dados apontados no levantamento foram: no Brasil, os usuários de crack/similares entrevistados foram, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30 anos; os usuários de crack nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino – 78,7%, porém, inquéritos domiciliares anteriores mostraram que, em relação aos usuários de cocaína/crack (analisados em conjunto nesses estudos), essa proporção era de, aproximadamente, 60% homens e 40% mulheres (ou mesmo proporções ainda mais próximas entre homens e mulheres); há um predomínio importante de usuários “não-brancos” nas cenas de

uso (cerca de 20% dos usuários de crack/similares eram de cor branca); a maioria dos usuários de crack declarou ser solteira – 60,6%; observa-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o Ensino Médio e a baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior; aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua, comparando-se as capitais com os demais municípios do país, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as proporções nestes dois grupos de municípios, nas capitais, 47,3% dos usuários estavam em situação rua, enquanto que nos demais municípios essa proporção é de, aproximadamente, 20%; a forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários no Brasil compreende os trabalhos esporádicos ou autônomos, correspondendo a cerca de 65%, atividades ilícitas, como o tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, foram relatadas por uma minoria dos usuários entrevistados, 6,4% e 9,0%, respectivamente; observa-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas – mais de 80% dos usuários no Brasil; quando questionados sobre os motivos que os levaram ao uso de crack/similares, mais da metade dos usuários disse ter vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga, a pressão dos amigos foi relatada por 26,7% dos usuários e 29,2% dos entrevistados disseram que um dos motivos para início do uso da droga foram os problemas familiares ou perdas afetivas; nas capitais, o tempo médio de uso do crack e/ou similares foi de 91 meses (aproximadamente 8 anos), enquanto que nos demais municípios este tempo foi de, aproximadamente, 59 meses (5 anos); o número médio de pedras usadas por usuário nas capitais é de 16 por dia, já nos demais municípios, o número é de 11 pedras ao dia (Bastos & Bertoni, 2013).

1.2. Avaliação sobre o uso de substâncias

O conceito de dependência química é descritivo, baseado em sinais e sintomas, o que lhe confere objetividade. Este conceito apontou para a existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a ideia dicotômica anterior (dependente e não-dependente), além de trazer critérios de diagnósticos mais claros e objetivos (Edwards & Ewards, 1999). Dessa maneira, a dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de modos diferentes em cada indivíduo, havendo a necessidade do profissional de saúde conhecer o nível de uso ou problemas associados ao uso. Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo.

Com isso, surgiu a necessidade de avaliar o fenômeno e as intervenções nele realizada de acordo com a metodologia científica, havendo então, a necessidade de uma linguagem comum entre os pesquisadores que trabalham na área, o que contribuiu para o desenvolvimento de instrumentos padronizados, dentre eles, as escalas de avaliação. Uma avaliação adequada e abrangente é essencial tanto para o desenvolvimento de um tratamento apropriado, como na pesquisa de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e da efetividade das intervenções (Formigoni & Castel, 1999).

Diversos tipos de instrumentos foram desenvolvidos com diferentes objetivos, sendo os mais comuns os *instrumentos para triagem*, que destinam-se a identificar indivíduos que provavelmente apresentam problemas relacionados ao uso/abuso de álcool ou outras drogas; os *instrumentos para diagnóstico*, que fornecem um diagnóstico formal ou quantificação dos sintomas, de acordo com os principais sistemas diagnósticos como o DSM-IV (APA, 1994) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição, OMS, 1993). É importante

destacar que, com a nova versão do DSM, agora na sua 5ª edição, houve importantes mudanças no diagnóstico para o uso de substâncias psicoativas, o que levarão a reformulações nos instrumentos para que esses possam estar de acordo com os novos critérios; *instrumentos para avaliação do consumo de álcool e drogas*, destinados a caracterizar e/ou medir quantidade, frequência, intensidade e padrão de consumo; *instrumentos para avaliação de comportamentos associados ao consumo de álcool e drogas*, utilizados para avaliar diversos aspectos como, por exemplo: situações de uso ou de risco, autoeficácia e capacidade de enfrentamento; *instrumentos para avaliação do comprometimento de outras áreas*, utilizados para avaliar outras áreas da vida do indivíduo, como moradia, emprego, problemas legais, social, familiar, psicológico entre outras; *instrumentos para planejamento do tratamento*, utilizados para auxiliar no plano inicial do tratamento, não apenas quanto ao uso de drogas, mas também envolvendo outras áreas da vida; *instrumentos para análise do processo de tratamento*, para avaliar fatores alterados pela mudança de consumo ou que a influenciam; e *instrumentos para avaliação dos resultados*, que são aplicados ao final do tratamento para detectar possíveis mudanças ocorridas.

A escolha do instrumento adequado para cada situação, além de depender do objetivo do clínico ou do pesquisador, segundo Castel e Formigoni (2000), deve ainda ser norteadas por outros critérios, dentro dos quais: o período da vida do sujeito que se pretende avaliar; a população-alvo; o tipo de administração que cada instrumento exige; se o instrumento necessita de treinamento para ser aplicado; a possibilidade de se obter escores computadorizados e o custo financeiro.

Apesar de no Brasil existirem diversos tipos de tratamento oferecidos para pessoas dependentes de substâncias, sua efetividade nem sempre é avaliada de forma adequada, algumas vezes por falta de desenvolvimento e padronização de instrumentos de pesquisa adaptados às características de nossa população. Com isso, a elaboração, a adaptação e a utilização de um

instrumento devem seguir alguns critérios para que ele possa ser utilizado por diferentes pessoas em diferentes contextos e ainda assim produzir resultados válidos e confiáveis. Para que as escalas consigam atingir esses objetivos, é necessário que possuam propriedades psicométricas adequadas, dentre as quais se destacam a validade e a confiabilidade.

A validade de um instrumento pode ser definida como sua capacidade de realmente medir aquilo a que se supostamente deve medir (Pasquali, 1997). Pasquali (2001) aponta que um instrumento é considerado válido quando de fato mede o construto que se propõe; conseqüentemente, ao medir comportamentos que são representações de traços latentes, estará medindo o próprio traço latente. Existem diversas técnicas de investigação da validade das medidas de um instrumento, entretanto, o mais conhecido e aplicado é o modelo trinitário de Cronbach e Meehl (1955): *validade de conteúdo*, *validade de critério* e *validade de construto* (ou construção).

A análise da *validade de conteúdo* permite verificar o que o teste pretende medir. O construtor do teste deve definir adequadamente o domínio e o representá-lo adequadamente no teste (Cronbach, 1996). Essa validade assegura que os itens de um instrumento cobrem e representam adequadamente o que está sendo medido, assim como permite que qualquer escore seja interpretado de forma apropriada. A avaliação da *validade de conteúdo* é dada a partir de um consenso entre especialistas e pela adequação com que os itens são colocados na escala (Goldstein & Simpson, 1995). Não há métodos estatísticos para avaliação da *validade de conteúdo*. Ela é elaborada *a priori*, isto é, antes da construção dos itens. Isto é feito por especialistas no fenômeno em estudo, que devem atingir um consenso quanto à definição do conteúdo, explicitação dos processos psicológicos ou psiquiátricos a serem avaliados e determinação da proporção relativa de representação no teste de cada tópico do conteúdo. Em

suma, a *validade de conteúdo* de um instrumento é praticamente garantida pela técnica de construção do mesmo (Menezes & Nascimento, 2000; Pasquali, 1997).

Segundo Pasquali (2001), a *validade de critério* de um teste refere-se ao grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito, tornando-se, assim, o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada. Evidentemente, o desempenho do sujeito deve ser medido/avaliado por meio de técnicas que são independentes do próprio teste que se quer validar, utilizando-se então, um instrumento padrão que avalia especificamente as características daquilo que se está medindo. Esse é também denominado “padrão-ouro” ou “gold standard”, sendo comumente outro instrumento já validado no país, que avalia o mesmo tipo de conteúdo do instrumento que está sendo testado. Calcula-se então, o grau em que os instrumentos diferem (Menezes & Nascimento, 2000, Pasquali, 1997). As correlações existentes entre os resultados dos dois instrumentos serão indicadoras da validade. Altas correlações (coeficientes próximos a 1) indicam que existe uma forte associação entre os dois instrumentos, considerando-o válido.

A *validade concorrente ou simultânea* pode ser expressa por meio de índices de *sensibilidade* e *especificidade*. Dizemos que um instrumento possui alto índice de *sensibilidade* quando ele é capaz de identificar corretamente verdadeiros casos do fenômeno que está sendo estudado, os quais foram identificados pelo critério (proporção de casos positivos identificados corretamente). De modo complementar, os casos verdadeiros que não foram identificados pelo instrumento em teste são chamados de *falsos negativos*. Por outro lado, dizemos que um instrumento possui altos níveis de *especificidade* quando ele é capaz de identificar os casos que não são pertencentes ao fenômeno da mesma forma que o critério (proporção de casos negativos identificados corretamente). Chamamos de *falsos positivos* aqueles casos que não foram

identificados pelo critério, mas que foram identificados erroneamente pelo instrumento em teste (Portney & Watkins, 1993, Almeida Filho, 1989, Menezes & Nascimento, 2000).

Pasquali (1997) considera a *validade de construto* como a forma mais fundamental de validade, já que confirma ou rejeita os pressupostos teóricos eleitos para a construção do instrumento. Refere-se à capacidade do instrumento de efetivamente medir um conceito teórico específico - o construto - que pode se referir a um processo psicológico ou a características dos indivíduos (Bruscato, 1998; Menezes & Nascimento, 2000; Strauss & Smith, 2009). A *validade de construto* pode ser avaliada através de métodos estatísticos específicos, entre eles: *análise de consistência interna, análise fatorial, validade discriminante e convergente e correlações*. Por ora não cabe aqui discorrer sobre tais métodos.

Como já mencionado acima, o parâmetro *confiabilidade* é imprescindível para a verificação se o instrumento é adequado ou não. Refere à reprodutibilidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto inter e intra indivíduos (Armstrong, White & Saracci, 1994). A *confiabilidade* é importante para testar o quanto o instrumento é estável, de forma que se for utilizado por diferentes pessoas ou em situações e momentos diferentes, os resultados obtidos serão muito semelhantes, pressupondo-se que o fenômeno em si não tenha sofrido alterações. Várias técnicas podem ser utilizadas para avaliação da *confiabilidade*, sendo as mais conhecidas a *confiabilidade teste-reteste*, a *técnica das metades* e o *coeficiente α de Cronbach*.

1.3 Addiction Severity Index (ASI)

O *Addiction Severity Index* (ASI) é um instrumento que permite colher informações sobre vários aspectos da vida de pessoas com problemas associados ao abuso e dependência de drogas, como problemas médicos, situação ocupacional, aspectos legais, sociofamiliares, psiquiátricos, além do uso de álcool e uso de outras drogas. O ASI foi desenvolvido em 1979 por A. Thomas McLellan e colegas do Center for Studies of Addiction, na Filadelfia, USA, inicialmente para propósitos de pesquisa. Devido à sua ampla utilização, este instrumento já foi traduzido para diversas línguas (McLellan et al., 1992), além de ter sido alvo de estudos de validade e confiabilidade em diferentes contextos (Kosten, Rousaville & Kleber, 1983; McLellan et al., 1985, Rogalski, 1987; Hendricks, Kaplan, Limbeek & Geerlings, 1989; Zanis, McLellan, Cnaan & Randall, 1994; Liang et al., 2008). O ASI tem sido utilizado principalmente com quatro propósitos: planejamento do tratamento e avaliação do comprometimento de outras áreas da vida do indivíduo, quando aplicado no início da intervenção, acompanhamento do tratamento, quando aplicado durante a intervenção, avaliação da efetividade do tratamento, quando aplicado também no final da intervenção e/ou no seguimento (follow-up).

Trata-se de uma entrevista semiestruturada, com duração de 45 a 90 minutos, que deve ser realizada por entrevistadores treinados, dividida nas sete áreas de avaliação acima citadas, que são formadas por questões objetivas sobre o número, a intensidade e a duração dos sintomas ocorridos durante toda a vida do indivíduo e nos últimos 30 dias que antecedem a avaliação. O ASI estima a gravidade do problema em cada área, sendo assim, um instrumento útil para avaliação clínica e pesquisa. Devido a essas vantagens, pode ser utilizado também em estudos longitudinais sobre o resultado do tratamento (Claus, Kindleberger & Dugan, 2002).

A quinta versão do ASI (ASI5) vinha sofrendo poucas modificações, uma vez que o ASI original foi desenvolvido cerca de 35 anos atrás (Mc Lellan *et al.* 1980; Mc Lellan *et al.* 2006). No entanto, com as profundas mudanças no contexto do uso de substâncias psicoativas e nos tratamentos oferecidos ao paciente nas últimas décadas, além das limitações que o ASI5 vinha demonstrando ao longo dos anos, levaram os autores do instrumento original empreender uma revisão do instrumento para a sexta versão do ASI. Os itens com baixa confiabilidade do ASI5 foram excluídos ou aprimorados e outros foram incluídos, tais como itens relacionados ao uso do tempo livre e histórico de traumas. Acrescentou-se um intervalo de 6 meses para os itens principais, considerando que o intervalo de 30 dias é muito impreciso para avaliar com acuidade os problemas. Os itens do ASI6 são mais estruturados que do ASI5, o que facilita o treinamento dos entrevistadores, além disso, o instrumento resultante obtém muito mais informações sem requerer mais tempo para a aplicação (Kessler *et al.*, 2012).

Com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do ASI, Makela (2004) fez uma revisão de 37 estudos e encontrou grande variação na confiabilidade dos Escores de Gravidade e Escores Compostos entre entrevistadores e após teste-reteste que atribui principalmente ao uso em diferentes populações e países, assim como aos diferentes níveis de treinamento dos entrevistadores. Entretanto, outros autores sugerem que avaliações objetivas como os Escores Compostos não sofrem significativa redução na confiabilidade, quando realizadas por indivíduos menos treinados (Alterman, Mulvaney & Cacciola, 2001).

O ASI6 é composto por 252 questões, também agrupadas nas mesmas sete áreas de avaliação. Os itens objetivos relativos a problemas ocorridos nos últimos 30 dias e na vida, foram mantidos, assim como os itens subjetivos, permanecendo também o formato dos itens que geram respostas numéricas, dicotômicas e ordinais que utilizam uma escala do tipo Likert para resposta

dos indivíduos. Acrescentou-se o intervalo de 6 meses, mencionado anteriormente. Foi retirada a avaliação subjetiva de problemas feita pelo entrevistador, que costumava ser ponderada com a do paciente nas versões anteriores, tornando os Escores de Gravidade do Entrevistador baseados apenas na avaliação do paciente, denominado agora de Escores de Gravidade do Entrevistado. Os Escores Compostos foram substituídos pelos *Summary Scores for Recent Functioning* (SS-Rs - Escores Resumo de Funcionamento Recente, em português), que tem por base as questões sobre problemas ocorridos nos últimos 30 dias. Os SS-Rs foram derivados da análise do instrumento utilizando uma combinação de métodos da Teoria de Resposta ao Item (TRI) não paramétrica e da Teoria Clássica dos Testes.

Com o objetivo de descrever a derivação dos SS-Rs do ASI6, Cacciola, Alterman, Habing e McLellan (2011) realizaram análises de respostas provenientes de 607 pacientes em início de tratamento para dependência de substâncias e de 118 itens baseadas na TRI, método muito usado para analisar testes educacionais padronizados nos Estados Unidos e com crescente importância na análise de instrumentos de saúde, seguidas por Análise Fatorial Confirmatória. Foram considerados válidos e confiáveis os nove SS-Rs do ASI6, sendo os três últimos relacionados às áreas sociofamiliares. Entretanto, a validação concorrente demonstrou evidências mais fracas para os escores Família/Social e Família/Filhos. Por fim, os autores consideraram que a sexta versão do instrumento, além de ser mais ampla, tem uma validade semelhante ou melhor que as anteriores, podendo ser usada nessa população.

Denis, Cacciola e Alterman (2013) compararam no estudo os SS-Rs do ASI6 e os Escores Compostos (*Composite Score*) do ASI5 em uma amostra de 82 pacientes em tratamento para o abuso de substâncias psicoativas. Foram entrevistados através do ASI6, ASI5 e uma série de questionários que incluíam medidas correspondentes a cada um dos domínios do ASI.

Especificamente, o estudo analisou e comparou estatísticas descritivas, correlações, validade concorrente e discriminativa entre os dois conjuntos de escores das duas versões do ASI. O ASI6 (SS-Rs) foi significativamente correlacionado com seu correspondente ASI5 (CS). As intercorrelações entre os SS-Rs foram baixas e nenhuma dessas correlações foi estatisticamente diferente das intercorrelações entre os CSs. Em cinco das sete áreas, os SS-Rs do ASI6 foram altamente correlacionados com as medidas de validade correspondentes as do ASI5 (CSs). O ASI6 oferece conteúdo mais abrangente em suas subescalas do que os derivados dos ASIs anteriores. As análises desse estudo corroboraram a multidimensionalidade do ASI6 já demonstrada em versões anteriores do instrumento (ou seja, a relativa independência das diferentes áreas funcionais) com índices de qualidade que avaliam o funcionamento recente.

Kessler et al. (2012) realizaram um estudo transversal e multicêntrico conduzido em quatro capitais de Estados brasileiros a fim de testar as propriedades psicométricas do ASI6. Cinco centros de pesquisa entrevistaram 150 pacientes adultos internados ou em tratamento ambulatorial. Foi selecionado um total de 740 pessoas com diagnósticos de abuso ou dependência de substâncias. A qualidade dos dados coletados foi assegurada pelo treinamento e supervisão aos entrevistadores. Os resultados encontrados apontaram que o alfa de Cronbach para as subescalas do ASI6 variou de 0,64 a 0,95, as correlações entre os escores das áreas “álcool” e “drogas” do ASI6 e o instrumento concorrente (ASSIST) foram altas (0,72 e 0,89, respectivamente) e a maioria das áreas do ASI mostrou boa confiabilidade entre o instrumento e os entrevistadores, sem diferenças estatisticamente significativas entre os Escores Sumários de Funcionamento Recente do ASI6. Com isso, através desse estudo, concluíram que a análise das propriedades psicométricas do ASI6, tanto em sujeitos internados, quanto em tratamento ambulatorial no

Brasil, apontam para uma boa confiabilidade e validade deste instrumento para a cultura brasileira.

Kessler et al. (2010) realizaram uma revisão da literatura a fim de auxiliar o profissional de saúde a sistematizar e melhorar o atendimento de pacientes que têm problemas com uso de substâncias psicoativas. Além dos achados da literatura, foi inserido alguns aspectos da escala ASI e um caso clínico para ilustrar como o tratamento pode ser avaliado pelo instrumento, como também, a elaboração do plano terapêutico através dos resultados dos escores de gravidade, sendo esses o grande diferencial e ponto positivo do ASI em relação a maioria dos instrumentos de avaliação disponíveis. O autor destaca ainda que instrumentos como o ASI podem ser muito úteis tanto na pesquisa quanto na avaliação clínica. Segundo Formigoni e Castel (1999), o uso do ASI poderia ser apropriado para o sistema de saúde brasileiro, auxiliando a melhora na qualidade da assistência prestada para população, o que favoreceria a identificação precoce de problemas e evitando encaminhamentos equivocados, além de facilitar o desenvolvimento de planos de tratamento que pudessem considerar as complexas necessidades desses pacientes.

Uma importante questão na utilização de instrumentos em serviços de tratamento está relacionada à falta de tempo dos profissionais para utilização destes, especialmente os completos como o ASI. Diante deste contexto, Cacciola et al. (2007) avaliaram as propriedades psicométricas de versão reduzida do ASI5 (McLellan et al., 1992). Este estudo forneceu suporte empírico demonstrando a inicial evidência de sua validade e confiabilidade, já que encontraram informações similares entre a versão “Lite” e a versão original do instrumento. Além disso, a utilização do ASI “Lite” resultou substanciais economias de tempo. Sartes (2010) realizou um estudo cujos principais objetivos foram avaliar as propriedades psicométricas, com foco na validade de construto, das sete áreas da versão brasileira do ASI6 e selecionar os melhores itens

para propor uma escala reduzida do instrumento utilizando a combinação de análises da TRI e Análise Fatorial. Seis das sete áreas do ASI6 apresentaram boas propriedades psicométricas avaliadas pela TRI, sugerindo que o instrumento pode ser útil para avaliar o uso de substâncias e problemas relacionados em indivíduos em tratamento especializado. Outro objetivo foi avaliar se os modelos paramétricos fundamentados na TRI eram adequados para mensurar as propriedades psicométricas dos itens das sete áreas do ASI6, o que foi comprovado no estudo. Foi possível também determinar as características dos itens e dos níveis de gravidade, assim como selecionar os itens com maior capacidade de discriminação dos indivíduos e de avaliação de diferentes níveis de gravidade. Em relação à avaliação da dimensionalidade, os resultados obtidos pela Análise Fatorial sugeriram que todas as áreas do ASI6 apresentaram unidimensionalidade aceitável utilizando um subconjunto de itens, embora a proporção de itens selecionados tenha variado entre as áreas. Neste estudo, a autora propôs que a seleção de itens para uma versão reduzida do ASI6 fosse baseada principalmente nas análises da TRI, com exceção da área “emprego/sustento”, cuja análise pela AF se mostrou mais adequada. Desta forma, os construtos das sete áreas do ASI6 poderiam ser avaliados de maneira consistente utilizando apenas 96 das 252 questões originais (344 itens), gerando uma versão mais breve e otimizada do ASI6.

2. JUSTIFICATIVA

Tendo como base as considerações na parte introdutória e o estudo descrito acima, faz-se necessário o desenvolvimento de uma versão brasileira reduzida do ASI6, tornando-o mais prático e de fácil manejo. Idealmente, tal versão deveria conter os itens que melhor avaliam o construto referente à gravidade de problemas com substâncias e dos problemas associados nas diversas áreas, com boas propriedades psicométricas, para ser utilizado também em administrações repetidas que visem avaliar mudanças ao longo do tratamento (Sartes, 2010).

Tal versão poderia reduzir o tempo necessário para sua aplicação, facilitando a utilização em ambientes clínicos, quando há pouca disponibilidade de tempo dos profissionais para aplicação de instrumentos, melhorando também a qualidade dos dados por reduzir o cansaço do paciente decorrente de uma longa aplicação. Além disso, esta versão breve também seria mais adequada para utilização em ambientes de pesquisa, desde que inclua apenas itens selecionados pela sua melhor capacidade de discriminação e que avaliam o construto proposto em cada área.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral: Desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas de uma versão brasileira reduzida do Addiction Severity Index 6 (ASI 6).

3.2 Objetivos Específicos:

- Realizar a adaptação do novo instrumento a partir da versão original;
- Avaliar a compreensão do novo conjunto de itens pelos usuários;
- Comparar os grupos de não usuários e usuários;
- Propor os escores finais utilizando análises da Teoria de Resposta ao Item;
- Avaliar a validade concorrente das áreas de “álcool” e de “drogas” do ASI6 Light.

4. METODOLOGIA

4.1 Estudo Piloto:

Foi realizado um estudo piloto com 17 indivíduos que faziam uso problemático de substâncias (indicado pelo ASSIST), que permitiu a avaliação da adequação do novo conjunto de dados para a realização da entrevista com o paciente, como também, fazer algumas alterações. A primeira foi a diferenciação de itens para cocaína e crack, ou seja, um item relacionado ao uso de cocaína e o outro referente ao uso de crack para a mesma questão. Compreendeu-se que os indivíduos que fazem uso destas drogas não as consideram como sendo uma mesma substância. Como a nova versão do ASI6 é uma versão reduzida, ASI6 Light, foi necessário cronometrar a aplicação desse, com a finalidade de comparar com o tempo de aplicação da versão do ASI6 tradicional. Em média, 17,7 minutos foram necessários para aplicar o ASI6 Light, enquanto para a aplicação do ASI6 tradicional, é necessário, em média, 60 minutos. Na área psiquiátrica, foi identificado que não havia uma sequência lógica do que estava sendo questionado. Alguns itens se referiam a sintomas ocorridos nos últimos 30 dias, outros à ocorrência na vida, enquanto alguns referiam-se aos dois períodos. Visando permitir a lógica de raciocínio aos entrevistados, foi necessário manter todos os itens com questões relacionadas tanto à ocorrência de sintomas na vida, como durante os últimos 30 dias.

4.2 Participantes:

Foram entrevistados 200 sujeitos, sendo 100 deles com uso problemático de álcool e outras drogas – grupo *usuários* - e 100 sem uso problemático de álcool e outras drogas – grupo *não usuários* - indicado pelo instrumento ASSIST. O recrutamento dos *usuários* foi realizado no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas), em duas Comunidades Terapêuticas (CTs), sendo uma masculina e uma feminina e em um serviço de acolhimento social aos indivíduos em situação de rua, o qual é mantido pela arquidiocese de Juiz de Fora. A captação dos *não usuários* foi feita em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Vale ressaltar que, de modo geral, usuários frequentes do serviço público de saúde tem mais chance de ser do sexo feminino, ter idade entre 30 e 65 anos e ser desempregado, além de, geralmente, serem socioeconomicamente mais vulneráveis (Acosta & da Silva Lima, 2013). As solicitações para a realização das entrevistas foram feitas pela pesquisadora através da apresentação do projeto de pesquisa e de uma carta de apresentação. Todas as coletas aconteceram na cidade de Juiz de Fora. Embora a validação do ASI6 para o Brasil tenha sido feita em amostras estritamente clínicas, a inclusão de amostra não clínica também tem sido utilizadas em estudos de validade (Sartes, De Micheli & Formigoni, 2009). Além disso, por se tratar de um instrumento em versão breve, cujos escores gerados pela Teoria de Resposta ao Item (ver Sartes, 2010) fornecem uma visão de *continuum* de gravidade, optou-se pela utilização de amostras não clínicas para que possa ser utilizado como instrumento de triagem, além de obter maior informação sobre as características de pessoas classificadas nos níveis mais baixos de gravidade.

4.3 Ética:

Antes da aplicação dos questionários, o entrevistado foi informado sobre os objetivos do estudo e assegurada a confidencialidade dos dados. Cada sujeito que concordou em participar da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), redigido de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que aprovou o projeto (CEP/ UFJF protocolo 417.119).

4.4 Instrumentos:

- Questionário de dados sociodemográficos (Anexo 1);
- ASI6 Light – questionário contendo 96 questões distribuídas em sete áreas (álcool, drogas, sociofamiliar, legal, psiquiátrica, emprego, saúde) (Kessler et al., 2012, Kessler, et al., 2010, Sartes, 2010) (Segue em anexo as questões selecionadas pela análise da TRI. Anexo3);
- ASSIST (Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias) (Henrique, 2002) – questionário contendo 8 questões. As questões de um a sete abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides). Algumas drogas adicionais, que não fazem parte desta lista, podem ser investigadas na categoria de outras drogas. Diferentes escores podem ser calculados no ASSIST, *envolvimento com substâncias específicas*, sendo a soma da pontuação relativa às questões 2 a 7, para cada classe de droga e o *envolvimento total com substâncias*, correspondendo à soma dos escores (*continuum global de risco*) relativa às questões 1 a 8 para todas as classes de droga. Ao final da entrevista, haverá um escore para cada droga,

podendo-se obter até 10 escores de envolvimento com substâncias específicas, dependendo de quantos tipos diferentes de drogas foram utilizadas. Pacientes com escores menores que 3 (ou 10, no caso do álcool) apresentam *baixo risco*, ou seja, embora usem substâncias, eles ainda não apresentam problemas relacionados a este uso; pacientes com escores entre 4 (ou 11, para o álcool) e 26, indicativo de uso de risco ou nocivo de substâncias, apresentam *risco moderado* de desenvolvimento de problemas devido ao uso de drogas e pacientes com escores acima de 27, indicativo de dependência, apresentam *alto risco* de dependência da substância investigada e devem ser encaminhados para serviço especializado (Anexo 2).

4.5. Procedimentos:

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa. A nova versão do instrumento, como já mencionado acima, foi adaptada a partir dos itens selecionados pela combinação das análises da Teoria de Resposta ao Item e da Análise Fatorial, proposta por Sartes (2010). A versão adaptada pode ser vista no Anexo 3.

Após a realização do estudo piloto e o ajuste do instrumento, foi iniciada a coleta de dados para o estudo da avaliação das propriedades psicométricas. As entrevistas foram realizadas por um psicólogo e estudantes de psicologia devidamente treinados para aplicação dos instrumentos, em local isolado, estando presentes somente o entrevistador e o entrevistado. Inicialmente foi aplicado um questionário padronizado para coleta dos dados sociodemográficos, seguido pela aplicação do ASSIST e do ASI6 Light. A partir da aplicação do ASSIST, os sujeitos foram classificados segundo dois grupos. O grupo 1, composto pelos indivíduos que apresentam uso problemático de álcool e outras drogas. Esses indivíduos deveriam atingir

pontuação acima de 10 para álcool e acima de 4 para outras drogas (exceto tabaco). O grupo 2, formado pelos indivíduos que não apresentam consumo problemático de álcool e outras drogas, atingindo pontuação máxima de 3 no ASSIST. O ASSIST foi também utilizado como critério (padrão-ouro) das áreas de uso de álcool e drogas do ASI6 Light. Os resultados de um estudo realizado por Humeniuk et al.,(2008), cujo o objetivo foi avaliar as propriedades psicométricas do ASSIST, demonstraram que tal instrumento é capaz de obter informações precisas relativas ao uso de substâncias psicoativas e o nível de risco associado ao uso de substâncias. No geral, o ASSIST mostra boa validade concorrente, de construto e discriminativa, podendo então, classificar adequadamente o padrão de uso em três níveis de gravidade, conforme descrito acima.

4.6 Análise dos dados:

Os dados foram transferidos para um banco de dados utilizando-se o software SPSS. A fim de suprimir valores estranhos e eliminar erros, foi realizada uma análise crítica dos dados através da digitação cruzada. Foram realizadas análises descritivas dos dados para os dados sociodemográficos, para o padrão de consumo de substâncias fornecido pelo ASSIST, para todas as questões das áreas do ASI6 Light e para os escores das seis áreas do ASI6 Light.

A comparação das variáveis nominais entre os dois grupos foi realizada através do teste do X^2 ou teste Chi-quadrado, para comparação das variáveis numéricas foi utilizado o teste “t de Student” e para comparação de variáveis ordinais foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Foram calculadas as medidas de tendência central e variabilidade de todas as questões da área do ASI6 Light, comparando grupos de *usuários* e *não usuários* com a finalidade de identificar diferenças significativas entre essas populações.

Para a validade concorrente foram realizadas análises de correlação de Pearson entre as áreas “álcool” e “drogas” do ASI6 Light e os escores do ASSIST utilizado como padrão-ouro. Também foi calculada a análise de Curva ROC para avaliar a área sobre a curva (AUC) e estimar a relação entre os níveis de sensibilidade e especificidade do instrumento.

4.6.1 Geração dos escores do ASI6 Light

Escores do ASI6 Light baseado na Teoria de Resposta ao Item

Conforme explicitado, os itens incluídos na versão reduzida do ASI6 Light foram escolhidos a partir de análises das propriedades psicométricas realizadas por Sartes (2010) por meio da Teoria de Resposta ao Item e da Análise Fatorial de cada área. Uma das vantagens da utilização destes métodos é a proposta de um conjunto de itens que meçam o construto de forma mais consistente. Os escores dos indivíduos foram gerados a partir da TRI, com exceção da área emprego e sustento que não obteve boa avaliação das propriedades psicométricas. Para isto, os itens politômicos de k categorias foram transformados em variáveis k indicadoras, para cada uma delas. Os coeficientes para estes itens, gerados na calibração a partir do Modelo de Resposta Gradual (GRM) (Samejima, 1969), foram montados na respectiva ordem de cada categoria. Os escores do instrumento ASI, em suas seis dimensões, foram estimados por meio do método de Máxima Verossimilhança (Lord, 1980), com a função thetaEst do pacote CatR (Magis & Raiche, 2012). Todas as sintaxes estão disponíveis no Anexo 4.

Os escores dos indivíduos estão apresentados em um gráfico de distribuição em que o eixo x é formado pelos níveis de gravidade de problemas daquela área e o eixo y pela frequência.

Recategorização de variáveis para geração dos escores

Antes de serem submetidas ao R para geração dos escores dos indivíduos, foi necessário o ajuste ou recategorização de variáveis. As respostas às questões P1 a P7, relativas a sintomas da área “psiquiátrica”, foram recategorizadas para que ficassem a favor do construto. Assim, as respostas originais 0=não, 1=sim, 2=sim, mas sob efeito de drogas foram alteradas para 0=não, 1=sim, sob efeito de drogas, 2=sim; devido ao fato de ter apresentado o sintoma sem o efeito da droga ser, mais grave do que tê-lo tido sob efeito da droga ou sob efeito da abstinência. Outra alteração necessária foi com relação às respostas dos itens do tipo *não se aplica*. A falta de resposta ocorreu somente na área “drogas” e “sociofamiliar”, entre as questões D13 e D22; F6 e F16. Caso o entrevistado respondesse, na área “drogas”, que não fazia uso de drogas, ou na área “sociofamiliar”, que não tinha filhos ou não morava com nenhuma criança, as perguntas seguintes foram saltadas. Para o cálculo dos escores destes indivíduos assumiu-se valor 0 para as respostas não se aplica, sendo este o código para menor gravidade do problema. A área “psiquiátrica” não continha perguntas do tipo *não se aplica*, no entanto os 17 primeiros (estudo piloto) entrevistados não responderam a algumas questões, já que elas foram incluídas após o estudo piloto. As respostas faltantes foram preenchidas com zero no banco de dados.

Sartes (2010) realizou a calibração dos itens na TRI mantendo as 5 categorias originais para todos os itens politômicos do ASI6 Light. Por exemplo, para resposta ao item “*Quão preocupado você tem estado com seus problemas com álcool*” a resposta original era dada a partir da escala Likert 0-nada, 1-levemente, 2-moderadamente, 3-consideravelmente, 4-extremamente. Embora as análises dos itens politômicos tenham sugerido que as categorias 2 e 3 poderiam ser agrupadas por estarem, em sua maioria, sobrepostas, optou-se inicialmente em conduzir as análises com 5 categorias. A manutenção das 5 categorias foi proposta a partir de

uma série de análises da TRI, incluindo a relação entre o valor dos parâmetros de discriminação e dificuldade e a quantidade de informação dos itens. Visando reduzir o tempo de aplicação e ao mesmo tempo manter as propriedades dos itens, a versão do ASI6 Light apresentada neste estudo propôs a redefinição das opções de resposta para 4 categorias, a saber: 0-nada, 1-levemente, 2-consideravelmente, 3-extremamente. Novas análises baseadas na TRI foram realizadas para avaliação dos parâmetros a e b dos itens, agora com 4 categorias, utilizando o mesmo procedimento proposto por Sartes (2010). As análises foram realizadas no software Parscale. Os novos parâmetros a e b foram utilizados para o cálculo dos escores dos indivíduos no R software livre.

Pontos de corte dos escores

A interpretação dos escores dos indivíduos deverá seguir o proposto por Sartes (2010) para cada área. Os escores foram estimados e posicionados na mesma escala em que os itens são posicionados. A escala do traço latente (construto) foi definida pela gravidade de problemas em cada área, possui 8 níveis de gravidade, que variam de -4 a +4 em uma métrica de média=0 , desvio padrão=1. A partir da posição dos itens em cada nível, os níveis foram interpretados. Com a redução do número de categorias dos itens politômicos de 5 para 4, o posicionamento dos itens na escala foram refeitos, utilizando-se os novos parâmetros a e b . Estas novas análises foram realizadas visando verificar se o posicionamento permaneceria o mesmo, o que ocorreu, com exceção da área “sociofamiliar”, onde alguns itens foram posicionados em níveis diferentes do descrito por Sartes (2010). Assim, os níveis foram reinterpretados conforme descrito abaixo.

Interpretação da área “sociofamiliar” a partir das novas análises com itens politômicos com 4 categorias:

Nível -1: necessidade de tratamento para problemas de relacionamento;

Nível 0: discussão com parceiro, tem preocupação com relacionamentos, necessidade de tratamento para conviver com crianças;

Nível 1: problemas com parceiros e parentes adultos, discussão com parentes adultos, necessidade de tratamento para problemas com crianças, problemas para conviver bem com crianças – 30 dias, respondendo processo de guarda;

Nível 2: problemas de relacionamento com amigos íntimos, situação resultou em empurrar, bater, convive com crianças que apresentam problemas, necessita de auxílio para cuidar de crianças para fazer tratamento, teve pátrio poder suspenso;

Nível 3: discussão com amigos íntimos, existe processo de guarda aberto, tem filhos afastados judicialmente, teve filho retirado pelo conselho tutelar;

Nível 4: já foi investigado pelo conselho tutelar.

Os resultados de cada área serão apresentados separadamente.

5. RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados das análises agrupados em duas partes: análises descritivas e análises psicométricas do ASI6 Light.

5.1 Análises Descritivas:

A aplicação do ASI6 Light durou em média 17,7 minutos (max=44 e min=9; $dp=6,5$). A variação de tempo foi dependente do grau de gravidade que o indivíduo possuía devido ao uso de substâncias. Conforme observado na tabela 1, os grupos diferiram quanto à proporção de homens e mulheres. No grupo *não usuários* houve uma acentuada preponderância do sexo feminino 85 (85% mulheres), já no grupo de *usuários* predominou o sexo masculino 68 (68% homens). A idade média dos entrevistados foi 46 ± 13 anos entre os *não usuários* e 38 ± 11 anos entre os *usuários*. A maioria de *não usuários* não apresentava defasagem escolar 77 (77%), porém entre os *usuários*, 25 (25%) apresentavam defasagem escolar, sendo que 54 (54%) apresentavam mais de dois anos de defasagem, ($X^2=65,3$; $p=0,001$). A religião católica foi predominante tanto no grupo de *não usuários* 54 (54%), quanto no de *usuários* 43 (43%). A proporção de indivíduos que não tinham religião foi de 10 (10%) entre os *não usuários* e 14 (14%) entre os *usuários*. Houve uma significativa diferença entre o número de *não usuários* que não estavam trabalhando 57 (57%) e entre os *usuários* que estava trabalhando 86 (86%), ($X^2=20,63$; $p=0,001$).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos *usuários* (N=100) e *não usuários* (N=100). Dados expressos em frequência e porcentagem.

Características	Não Usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
Idade (anos) M(DP)	46 ± 13	38 ± 11	0,0001
Gênero			
Masculino	15 (15)	68 (68)	0,0001
Feminino	85 (85)	32 (32)	
Defasagem escolar			
Sem defasagem	77 (77)	25 (25)	0,0001
1 a 2 anos	17 (17)	21 (21)	
>2anos	6 (6)	54 (54)	
Trabalham			
Não	57 (57)	86 (86)	0,0001
Sim	43 (43)	14 (14)	
Religião			
Protestante	30 (30)	31 (31)	0,512
Católico	54 (54)	43 (43)	
Espirita	4 (4)	8 (8)	
Umbandista	1 (1)	1 (1)	
Outros	1 (1)	3 (3)	
Nenhuma	10 (10)	14 (14)	
Classe Social			
A1	0	0	0,0001
A2	0	1 (1)	
B1	2 (2)	0	
B2	11 (11)	11 (11)	
C1	37 (37)	24 (24)	
C2	41 (41)	27 (27)	
D	9 (9)	14 (14)	
E	0	23 (23)	

A tabela 2 apresenta a frequência (%) de padrão de uso de drogas fornecido pelo ASSIST do *grupo de usuários*. Observou-se que 49% da amostra pontuou como uso sugestivo de dependência de cocaína/crack, seguido pelo uso sugestivo de dependência de álcool 36(36%) e tabaco 17(17%). Além disso, foi observado também que 67(67%) da amostra fazia uso de risco de tabaco, 43(43%) de maconha e 37(37%) de álcool.

Tabela 2 - Frequência e porcentagem de padrão de consumo de drogas nos últimos três meses, no grupo de *usuários*, fornecido pelo ASSIST (N = 100).

Drogas	Baixo risco	Uso de risco	Sugestivo de Dependência
Tabaco	16 (16)	67 (67)	17 (17)
Álcool	27 (27)	37 (37)	36 (36)
Maconha	45 (45)	43 (43)	12 (12)
Cocaína/Crack	38 (38)	13 (13)	49 (49)
Estimulantes	93 (93)	7 (7)	0
Inalantes	95 (95)	4 (4)	1 (1)
Hipnóticos/Sedativos	93 (93)	7 (7)	0
Alucinógenos	99 (99)	1 (1)	0
Opióides	100 (100)	0	0

A tabela 3 mostra o consumo de álcool pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários*. Os dados estão expressos em média ($\pm$ DP) ou mediana ($\pm$ IIQ). As médias do grupo de *usuários* foram maiores que as do grupo de *não usuários* em todas as questões, havendo uma significativa diferença entre os grupos ($p=0,0001$). Observou-se que a média de dias do uso de álcool nos últimos 30 dias ($10,8 \pm 10,8$) e a média de dias que bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques em um dia (padrão binge de consumo), nos últimos 30 dias, dentre os *usuários* foram iguais. Neste último caso, o grupo de *não usuários* obteve média igual $0 \pm 0,1$ ($p=0,0001$). A mediana da frequência de consumo nos últimos 6 meses foi alta (3 ± 2 ; $p=0,0001$), já no grupo de *não usuários*, foi zero.

Tabela 3 – Consumo de álcool pelos grupos de *não usuários* e de *usuários* em anos na vida e últimos 30 dias (média $\pm$ DP) e a mediana ($\pm$ IIQ)

Uso de Álcool	Não Usuários <i>Médias $\pm$ DP</i>	Usuários <i>Médias $\pm$ DP</i>	<i>p-value</i>
- Anos de uso regular de álcool	$0,7 \pm 3,2$	$13,2 \pm 12,8$	0,0001
- Anos de uso regular de álcool (5/4 drinques/sem)	$0,5 \pm 2,6$	$12,9 \pm 12,3$	0,0001
- N° dias que bebeu-30 dias	$0,5 \pm 1,7$	$10,8 \pm 10,8$	0,0001
- N° dias que bebeu (5/4 drinques em 1 dia)-30 dias	$0 \pm 0,1$	$10,8 \pm 10,6$	0,0001
	<i>Mediana $\pm$ IIQ</i>	<i>Mediana $\pm$ IIQ</i>	
- Frequência de uso-6 meses ^a	0 ± 0	3 ± 2	0,0001

^a Escala utilizada para resposta: 0=sem uso, 1=1-3 vezes por mês, 2=1-2 vezes por semana, 3=3-6 vezes por semana, 4=diariamente

A tabela 4 apresenta a frequência (%) e a mediana ($\pm$ IIQ) das respostas às questões relacionadas aos sintomas decorrentes do uso de álcool do ASI6 Light pelos grupos de *não usuários* e *usuários*. Observou que o grupo de *não usuários* não apresentou nenhum sintoma, obtendo frequências e medianas iguais a zero, diferenciando significativamente dos *usuários* ($p=0,0001$). Contudo, 44(44%) dos entrevistados do grupo de *usuários* relataram ter quaisquer sintomas de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber e 55(55%) têm dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber. Apesar de ter sido alta a porcentagem de *usuários* (39%) que possui algum problema por causa do seu beber nos últimos 30 dias, estes não relataram preocupação ou incômodo (0 ± 3) quanto a esses problemas nos últimos 30 dias. Porém, as medianas do grau de importância para o tratamento neste momento (2 ± 3) e o grau de importância para alcançar/manter abstinência total do álcool (3 ± 3) foram altas.

Tabela 4 – Respostas dadas aos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões de sintomas do álcool. Dados expressos em frequência (porcentagem) ou mediana ($\pm$ IIQ).

Sintomas do Álcool	Não Usuários (N=100) <i>F %</i>	Usuários (N=100) <i>F %</i>	<i>p-value</i>
- Sintomas de abstinência (nºsim) – 30 dias	0	44(44)	0,0001
- Dificuldade em controlar o uso (nºsim) – 30 dias	0	55(55)	0,0001
- Problemas sociais (nºsim) – 30 dias	0	39(39)	0,0001
- Fissuras (nºsim) – 30 dias	0	47(47)	0,0001
	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>	
- Grau de preocupação com problemas – 30 dias ^a	0	0 $\pm$ 3	0,0001
- Necessidade de tratamento ^a	0	2 $\pm$ 3	0,0001
- Importância da abstinência ^a	0	3 $\pm$ 3	0,0001

^a Escala *Likert* utilizada para resposta: 0=nada, 1=levemente, 2=muito, 3=extremamente.

A figura 1 apresenta a distribuição de frequência dos indivíduos nos níveis de gravidade a partir do ASI 6 Light da área “álcool”. Observa-se que quase a metade da amostra concentrou-se no nível -4, sugerindo serem indivíduos que não apresentam problemas relacionados ao uso de álcool. Outra parcela da amostra foi distribuída entre os níveis -2 e 1, porém com maior concentração entre os níveis -2 e 0, apresentando problemas em relação ao uso de álcool. De acordo com a interpretação dos níveis de gravidade, nos níveis -1 e 0, por exemplo, o indivíduo relata ter bebido em mais do que um dia nos últimos 30 dias e ter bebido com certa frequência nos últimos 6 meses, ter bebido regularmente por mais de um ano na vida. Além disso, o indivíduo demonstra preocupação com problemas com álcool, sentindo necessidade de tratamento para estes problemas e dando importância para alcançar/manter a abstinência nos últimos 30 dias.

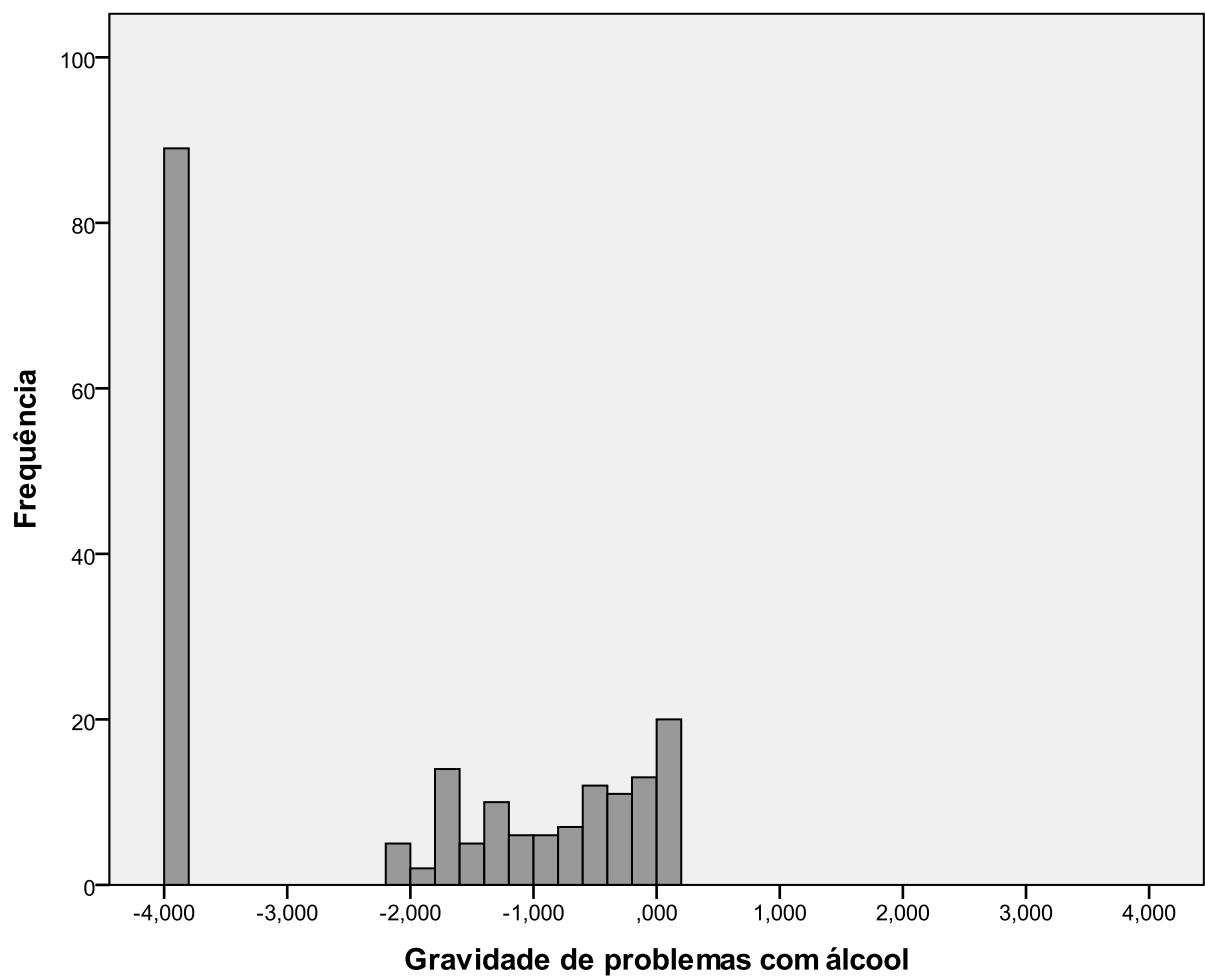


Figura 1 - Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas com o uso de álcool utilizando o ASI6 Light

A tabela 5 mostra a idade média de início de uso, a média de anos de uso regular na vida, a frequência de uso de 50 ou mais dias na vida e a média de dias de uso nos últimos 30 dias, para sete diferentes tipos de droga, nos dois grupos estudados. Deve-se levar em consideração que o número de respondentes para cada substância variou, como demonstra a tabela, pois alguns entrevistados nunca experimentaram determinada ou nenhuma droga. Setenta e seis usuários (76% da amostra do grupo de *usuários*) relataram já terem experimentado maconha, sendo esta, a droga mais usada. Seguido pela cocaína, com 72 usuários (72% da amostra do grupo de *usuários*) e crack, com 64 pessoas (64% da amostra do grupo de *usuários*). O número de entrevistados que relataram já terem experimentado qualquer tipo de droga do grupo de *não usuários* foi insignificante. A idade média de início de uso foi menor para o uso de inalantes ($14,9 \pm 3,7$) e maior para o uso de sedativos ($25,4 \pm 8,2$) e para o uso de crack ($23,6 \pm 9,3$). A maconha apareceu como a droga mais utilizada regularmente, com a média de anos de uso regular de 14,1 ($\pm 10,9$) anos, porém o crack foi a droga mais consumida nos últimos trinta dias ($15,9 \pm 12,4$) e com média de anos de uso regular de 10,7 ($\pm 7,0$). Não foi possível utilizar os testes estatísticos para comparar os grupos de *não usuários* e *usuários* para as drogas cocaína, crack, estimulantes, alucinógenos e inalantes devido à ausência ou baixo número de casos no grupo de *não usuários*. As drogas heroína, metadona e outros opióides não foram incluídas na tabela pelo fato de não haver casos no grupo de *não usuários* e *usuários*.

Tabela 5 – Histórico de uso e uso nos últimos 30 dias de sete substâncias psicotrópicas, nos grupos de *não usuários* e *usuários*.

Drogas	Não usuários	Usuários	<i>p-value</i>
Maconha			
<i>Uso na vida (N)</i>	2	76	
<i>Idade de 1º uso</i>	18,0 ± 1,4	15,9 ± 6,9	0,668
<i>Anos de uso regular</i>	0	14,1 ± 10,9	0,0001
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	0	65 (85,5)	0,001
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	0	12,4 ± 12,2	0,0001
Sedativos			
<i>Uso na vida</i>	3	36	
<i>Idade de 1º uso</i>	24,3 ± 7,4	25,4 ± 8,2	0,831
<i>Anos de uso regular</i>	0,3 ± 0,6	6,2 ± 10,8	0,003
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	2 (66,7)	20 (54,1)	0,673
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	0	8,1 ± 13,3	0,001
Cocaína[#]			
<i>Uso na vida</i>	0	72	-
<i>Idade de 1º uso</i>	-	18,4 ± 7,2	-
<i>Anos de uso regular</i>	-	10,9 ± 9,6	-
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	-	63 (87,5)	-
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	-	5,8 ± 10,4	-
Crack[#]			
<i>Uso na vida</i>	0	64	
<i>Idade de 1º uso</i>	-	23,6 ± 9,3	-
<i>Anos de uso regular</i>	-	10,7 ± 7,0	-
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	-	60 (93,8)	-
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	-	15,9 ± 12,5	-

[#] não foi possível utilizar os testes estatísticos para comparação dos grupos devido a ausência ou baixo número de casos no grupo de *não usuários*

Tabela 5 (continuação) – Histórico de uso e uso nos últimos 30 dias de sete substâncias psicotrópicas, nos grupos de *não usuários* e *usuários*.

Drogas	Não Usuários	Usuários
Estimulantes[#]		
<i>Uso na vida</i>	1	9
<i>Idade de 1º uso</i>	37	17,2 ± 4,0
<i>Anos de uso regular</i>	0	8,1 ± 15,0
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	0	5 (55,6)
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	0	2,9 ± 6,5
Alucinógenos[#]		
<i>Uso na vida</i>	0	22
<i>Idade de 1º uso</i>	-	19,4 ± 7,2
<i>Anos de uso regular</i>	-	4,5 ± 9,5
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	-	8 (36,4)
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	-	1,5 ± 5,8
Inalantes[#]		
<i>Uso na vida</i>	0	45
<i>Idade de 1º uso</i>	-	14,9 ± 3,7
<i>Anos de uso regular</i>	-	2,5 ± 6,2
<i>Usou mais de 50 vezes na vida (nº sim)</i>	-	19 (42,2)
<i>Uso nos últimos 30 dias</i>	-	0,7 ± 4,0

[#] não foi possível utilizar os testes estatísticos para comparação dos grupos devido a ausência ou baixo número de casos no grupo de *não usuários*

A tabela 6 apresenta as respostas às questões relacionadas ao uso de drogas em geral pelos grupos de *não usuários* e *usuários*. Os dados estão expressos em média ($\pm$ DP) ou mediana ($\pm$ IIQ). Como era de se esperar, o grupo de *não usuários* apresentou médias e medianas iguais a zero, diferenciando-se significativamente do grupo de *usuários* ($p=0,0001$). Tanto a média de anos de uso regular ($13,1 \pm 11,3$) quanto a média de dias de uso nos últimos trinta dias ($14,9 \pm 13,4$), foram altas. Observou-se um alto gasto financeiro em drogas nos últimos 30 dias, com média em reais de 709,7 ($\pm 1366,4$). Observou-se um consumo de drogas frequente nos últimos 6 meses, variando de 3-6 vezes por semana ou diariamente.

Tabela 6 – Consumo de drogas pelo grupo de *não usuáries* e *usuáries* em anos na vida, últimos seis meses e últimos trinta dias. Dinheiro gasto com drogas nos últimos 30 dias. Dados expressos em média ($\pm$ DP) ou mediana ($\pm$ IIQ).

Uso de Drogas	Não Usuáries (N=100)	Usuáries (N=100)	p-value
	<i>Médias $\pm$ DP</i>	<i>Médias $\pm$ DP</i>	
- Anos de uso regular de qualquer droga	0	13,1 $\pm$ 11,3	0,0001
- Nº de dias de uso qualquer droga – 30 dias	0	14,9 $\pm$ 13,4	0,0001
- Dinheiro gasto com drogas – 30 dias	0	709,7 $\pm$ 1366,4	0,0001
	<i>Mediana $\pm$ IIQ</i>	<i>Mediana $\pm$ IIQ</i>	
- Frequência de uso – 6 meses ^a	0	4 $\pm$ 3	0,0001

^a Escala utilizada para resposta: 0=sem uso, 1=1-3 vezes por mês, 2=1-2 vezes por semana, 3=3-6 vezes por semana, 4=diariamente

Na tabela 7 podem ser observados os dados relacionados às questões referentes aos sintomas de drogas dos grupos de *não usuáries* e *usuáries*, que diferenciaram-se significativamente ($p=0,0001$), pois o grupo de *não usuáries* apresentou frequência, média ($\pm$ DP) e mediana ($\pm$ IIQ) iguais a zero. 51 (51%) dos *usuáries* relataram ter sintomas de abstinência logo após diminuir ou parar com o uso de qualquer droga nos últimos trinta dias e 57 (57%) relataram ter dificuldades em controlar, diminuir ou parar com as drogas nos últimos 30 dias como também, ficam incomodados com fissuras e desejo intenso de usar nos últimos trinta dias. A média de dias, nos últimos 30 dias, que os *usuáries* tiveram essas ou qualquer outra dificuldade foi alta (13,5 $\pm$ 13,9), como também, a mediana (2 $\pm$ 3), indicando que os usuáries se preocupam

ou se incomodam com esses problemas relacionados ao consumo de drogas. Em relação ao grau de importância ao tratamento para o uso de drogas neste momento (3 ± 3), e ao grau de importância de alcançar/manter abstinência das drogas, também neste momento (3 ± 3), indicando que os usuários reconhecem a necessidade de manterem abstinências e fazerem um tratamento.

Tabela 7 - Respostas dadas aos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões de sintomas sobre drogas. Dados expressos em frequência (porcentagem), média ($\pm$ DP) ou mediana ($\pm$ IIQ).

Sintomas de Drogas	Não Usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
	<i>F %</i>	<i>F %</i>	
- Sintomas de abstinência (nºsim) – 30 dias	0	51(51)	0,0001
- Dificuldade em controlar o uso (nºsim) – 30 dias	0	57(57)	0,0001
- Problemas sociais (nºsim) – 30 dias	0	41(41)	0,0001
- Fissuras (nºsim) – 30 dias	0	57(57)	0,0001
	<i>Média $\pm$ DP</i>	<i>Média $\pm$ DP</i>	
- Nº dias com dificuldade do controle do uso	0	13,5 $\pm$ 13,9	0,0001
	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>	
- Grau de preocupação com problemas – 30 dias ^a	0	2 $\pm$ 3	0,0001
- Necessidade de tratamento ^a	0	3 $\pm$ 3	0,0001
- Importância da abstinência ^a	0	3 $\pm$ 3	0,0001

^a Escala utilizada para resposta: 0=nada, 1=levemente, 2=muito, 3=extremamente.

A figura 2 mostra a distribuição de frequência dos indivíduos nos níveis de gravidade a partir do ASI6 Light da área “drogas”. A maioria da amostra está concentrada entre os níveis -1 e 0, sugerindo que o indivíduo já fez uso regular de qualquer droga pelo menos um ano, especificamente maconha e cocaína/crack na vida. Relata também ter feito uso frequente de drogas ilícitas nos últimos 6 meses, ter gastado dinheiro para comprar drogas nos últimos 30 dias, além de sentir-se preocupado com problemas relacionados a drogas, sentir necessidade de tratamento para esses problemas e considerar importante alcançar ou manter a abstinência total de drogas, nos últimos 30 dias. Entretanto, há uma considerável parcela da amostra que está claramente concentrada no nível 4, sendo este, o nível mais alto de gravidade.

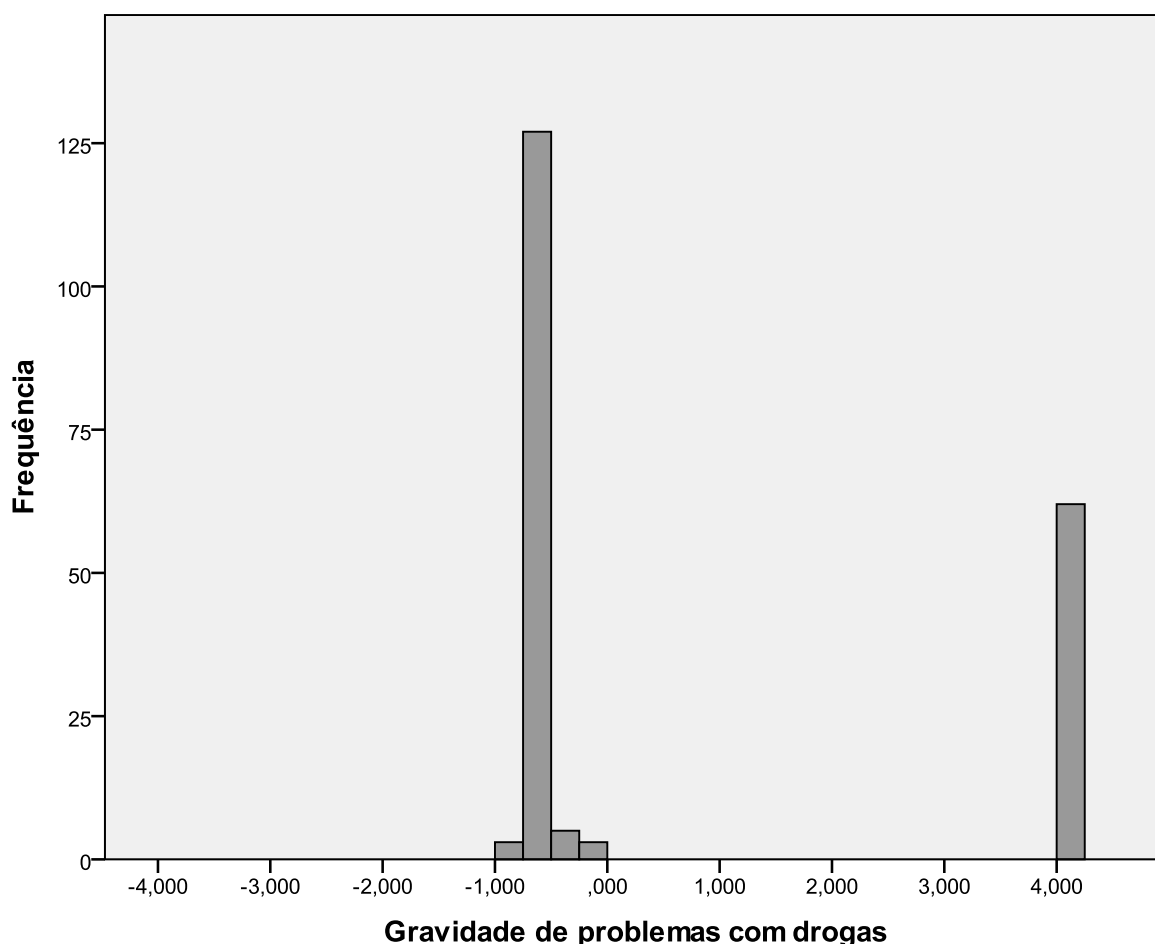


Figura 2 - Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas com o uso de drogas utilizando o ASI6 Light.

A tabela 8 mostra a frequência (%), a média ($\pm$ DP) e a mediana ($\pm$ IIQ) das respostas às questões da área “médica” do ASI 6 Light. Houve uma diferença significativa entre o grupo de *não usuários* e o grupo de *usuários* em relação às doenças diabetes ($X^2=14,2$; $p=0,001$) e doença renal crônica ($X^2=11,6$; $p=0,001$). Diabetes foi mais frequente no grupo de *não usuários* 18(18%) do que no grupo de *usuários* 2(2%). Observou-se uma diferença significativa em relação à solicitação de pensão para doença física ou incapacidade ($X^2=7,2$; $p=0,007$) aparecendo com maior frequência no grupo de *usuários* 20(20%). As médias dos grupos de *não usuários* ($2,9 \pm 7,7$) e do grupo de *usuários* ($6,4 \pm 10,7$) apresentaram uma significativa diferença ($p=0,008$) em relação a sintomas e problemas físicos nos últimos 30 dias. Em relação ao grau de incomodo com o estado de saúde nos últimos trinta dias, os resultados mostraram medianas baixas para os grupos de *não usuários* (0 ± 1) e *usuários* (0 ± 3), porém com uma diferença significativa ($p=0,0001$). Entretanto, os *usuários* (2 ± 3 ; $p=0,0001$) relataram ter mais desconforto ou dor física nos últimos trinta dias do que os *não usuários* (0 ± 1 ; $p=0,0001$).

Tabela 8 – Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da área “médica” (média $\pm$ DP, mediana $\pm$ IIQ ou frequência (em porcentagem)).

Questões da área médica	Não usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
	<i>F %</i>	<i>F %</i>	
- Recebeu diagnóstico diabetes na vida (nº sim)	18 (18)	2 (2)	0,0001
- Recebeu diagnóstico cirrose na vida (nºsim)	2 (2)	7 (7)	0,088
- Recebeu diagnóstico doença renal na vida (nºsim)	0	11 (11)	0,001
- Recebeu pensão por incapacidade (nºsim)	7 (7)	20 (20)	0,007
	<i>Médias $\pm$ DP</i>	<i>Médias $\pm$ DP</i>	
- Nº dias teve sintomas físicos - 30 dias	2,9 $\pm$ 7,7	6,4 $\pm$ 10,7	0,008
- Nº dias incapacitado - 30 dias	2,5 $\pm$ 7,8	3,9 $\pm$ 8,8	0,239
- Nº dias utilizou serviços emergência			
6 meses	3 $\pm$ 9,1	2,5 $\pm$ 5,3	0,585
30 dias	1 $\pm$ 1,6	0,7 $\pm$ 1,7	0,232
- Nº dias tomou medicações			
6 meses	48,6 $\pm$ 77,3	32,3 $\pm$ 67,5	0,113
30 dias	9,4 $\pm$ 13,6	5,9 $\pm$ 11,3	0,048

Tabela 8 (continuação) - Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da área “médica” (média $\pm$ DP, mediana $\pm$ IIQ ou frequência (em porcentagem)).

Questões da área médica	Não usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>	
- Grau que sentiu dor física – 30 dias ^a	0 $\pm$ 1	2 $\pm$ 3	0,0001
- Grau de preocupação problemas físicos – 30 dias ^a	0 $\pm$ 1	0 $\pm$ 3	0,0001
- Necessidade de tratamento problemas físicos – 30 dias ^a	0 $\pm$ 2	0 $\pm$ 3	0,045

^a Escala utilizada para resposta: 0=nada, 1=levemente, 2=muito, 3=extremamente.

A figura 3 apresenta a distribuição de frequência dos indivíduos nos níveis de gravidade a partir do ASI6 Light da área “médica”. Os indivíduos estão distribuídos entre os níveis -1 e 1, porém com uma grande concentração próximo ao nível 0, indicando que parte dos entrevistados demonstraram preocupação com problemas médicos e necessidade de tratamento para resolver esses problemas nos últimos 30 dias.

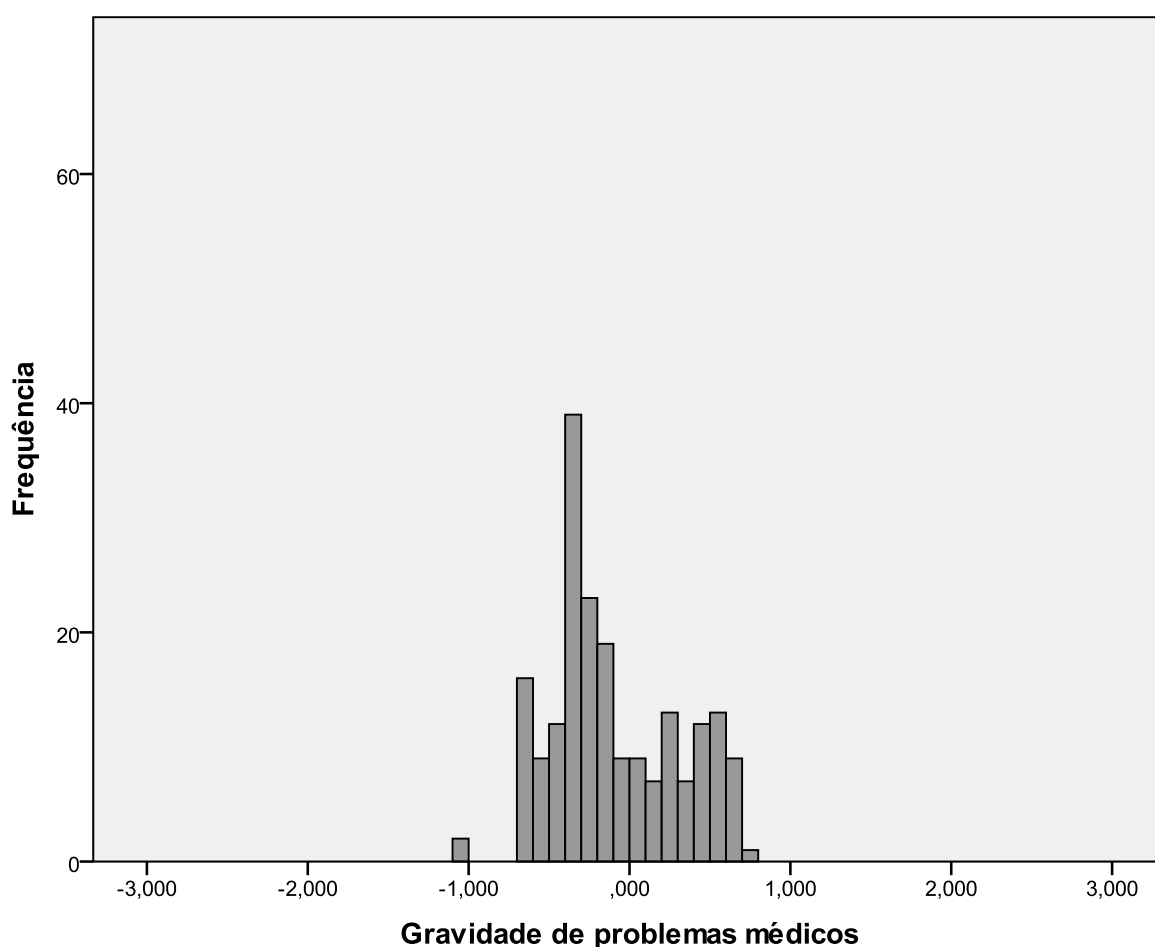


Figura 3 - Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas médicos utilizando o ASI6 Light.

A tabela 9 mostra as médias ($\pm$ DP), as medianas ($\pm$ IIQ) ou frequências (%) das respostas às questões relacionadas à área “legal” do ASI6 Light. Conforme pode ser observado, 56(56%) dos *usuários* relataram já terem estado em alguma prisão ou terem sido detidos em delegacia e apenas 1(1%) *não usuário* relatou o mesmo, sendo esta uma diferença significativa entre os grupos ($X^2=74,2$; $p=0,0001$). As médias e medianas do grupo de *não usuários* foram iguais a zero para todas as questões, o que demonstra quase nenhum ou nenhum problema legal. Dentre as atividades ilegais listadas no instrumento, a venda ou fabricação de drogas nos últimos 6 meses apareceu com maior média de dias ($11,2 \pm 32,8$; $p=0,001$) no grupo de *usuários*. Outra média significativa a considerar é em relação ao número de vezes que foi realizada qualquer outra atividade ilegal nos últimos seis meses ($10,4 \pm 34,1$; $p=0,003$) pelos *usuários*. No grupo de *não usuários*, não houve relato de terem cometido qualquer outra atividade ilegal nos últimos 6 meses e nos últimos 30 dias.

Tabela 9 - Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da área “legal” (média $\pm$ DP, mediana $\pm$ IIQ ou frequência (em porcentagem)).

Questão da área Legal	Não Usuários (N=100)	Usuários (N=100)	p-value
- já esteve em alguma prisão ou detido em delegacia (nº sim)	1(1)	56 (56)	0,0001
- Nº vezes que já foi preso ou detido por porte de drogas			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	0,2 (0,7)	0,019
- Nº vezes na vida foi preso ou detido pela venda ou produção de drogas	0	0,4 $\pm$ 1,1	0,001
- Está sendo investigado em inquérito policial (nºsim)	0	8 (8)	0,004
- Está aguardando julgamento ou sentença (nºsim)	0	8 (8)	0,004
- Quão grave considera seus problemas atuais com a justiça	0	0 $\pm$ 0	0,001
- Nº dias que vendeu ou fabricou drogas			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	11,2 $\pm$ 32,8	0,001
<i>Últimos 30 dias</i>	0	1,6 $\pm$ 6,3	0,013
- Nº dias que roubou alguém			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	4,0 $\pm$ 23,4	0,086
<i>Últimos 30 dias</i>	0	0,6 $\pm$ 3,5	0,069
- Nº dias que roubou em loja			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	0,4 $\pm$ 2,5	0,095
- Nº dias que cometeu vandalismo			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	0,5 $\pm$ 4,0	0,257
- Nº dias que roubou/danificou propriedade			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	0,1 $\pm$ 0,6	0,320
- Nº dias que ameaçou ou agrediu alguém (com ou sem arma)			
<i>Últimos 6 meses</i>	0	4,0 $\pm$ 20,9	0,59
<i>Últimos 30 dias</i>	0	0,6 $\pm$ 3,3	0,57

Tabela 9 (continuação) - Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da área “legal” (média $\pm$ DP, mediana $\pm$ IIQ ou frequência (porcentagem)).

Questão da área Legal	Não Usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
- Nº dias que agrediu fisicamente com arma <i>Últimos 6 meses</i>	0	0,3 $\pm$ 1,8	0,142
- Nº dias que agrediu fisicamente sem arma <i>Últimos 6 meses</i>	0	3,0 $\pm$ 18,5	0,106
- Nº vezes fez qualquer outra coisa ilegal <i>Últimos 6 meses</i>	0	10,4 $\pm$ 34,1	0,003
<i>Últimos 30 dias</i>	0	0,8 $\pm$ 4,3	0,075
- Nº dias que carregou arma sem licença <i>Últimos 6 meses</i>	0	5,1 $\pm$ 22,4	0,026
- Nº dias que fez qualquer uma das atividades acima <i>Últimos 30 dias</i>	0	2,8 $\pm$ 7,9	0,001

A figura 4 apresenta a distribuição de frequência dos indivíduos nos diversos níveis de gravidade a partir do ASI6 Light da área “legal”. Os indivíduos foram distribuídos entre os níveis -4 e 3. No entanto, mais da metade da amostra apresentou níveis baixos de gravidade e uma pequena parcela de indivíduos concentrou em níveis moderados a graves de problemas legais, caracterizados por relatos de indivíduos que já estiveram detidos ou presos na vida (nível 1), envolveram-se com qualquer atividade ilegal nos últimos 6 meses e últimos 30 dias (nível 2) e foram presos por venda ou produção de drogas nos últimos 6 meses (nível 3).

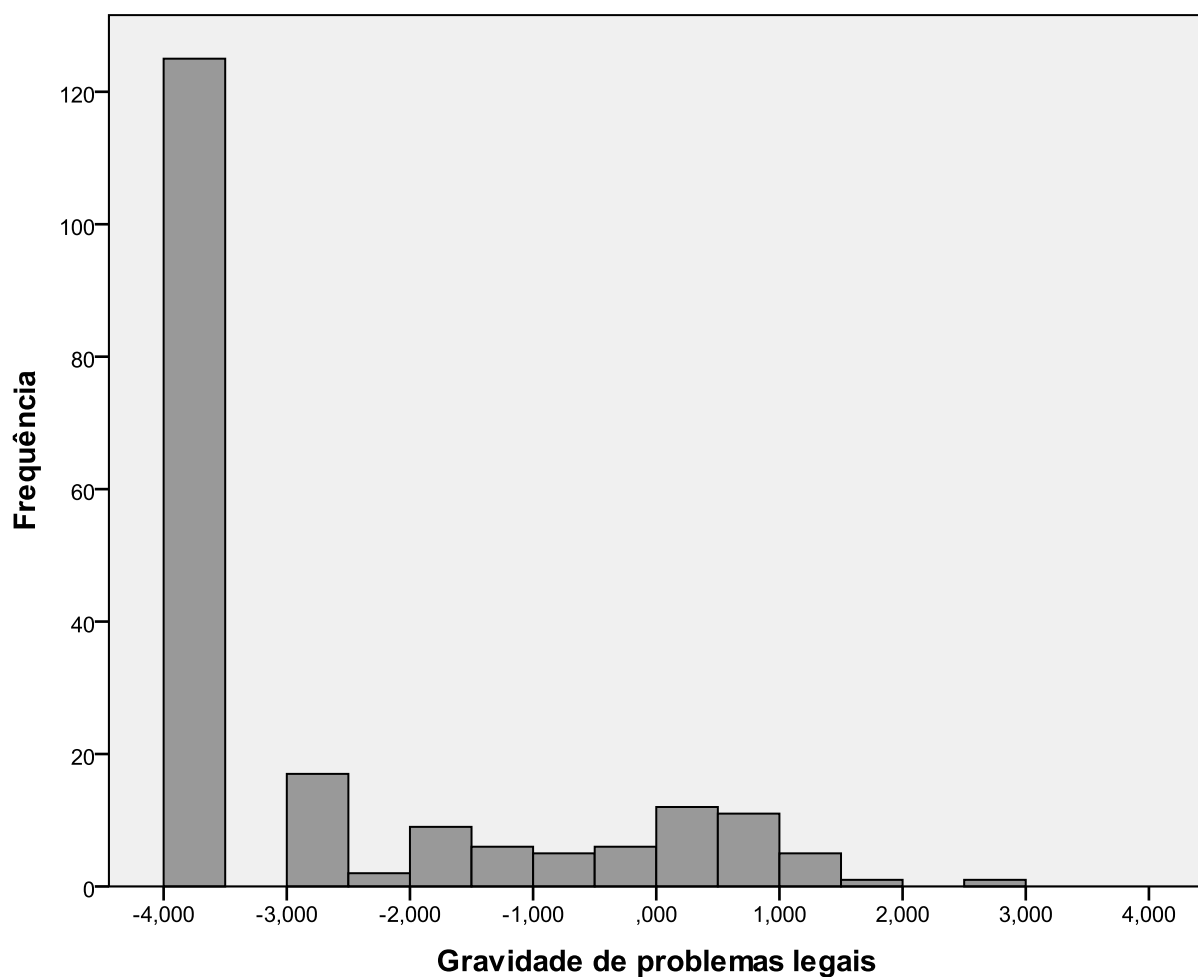


Figura 4 - Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas legais utilizando o ASI6 Light.

A tabela 10 mostra as frequências (%), médias ($\pm$ DP) ou medianas ($\pm$ IIQ) das respostas dadas pelos *não usuários* e *usuários* às questões da área “psiquiátrica” do ASI6 Light. Vale ressaltar que o *N* do grupo de *usuários* foi de 83 indivíduos para as questões, “teve dificuldades para dormir, manter o sono ou acordar muito cedo, na vida”; “teve alucinações, nos últimos 30 dias”; “teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém, na vida”; “teve pensamentos sérios sobre suicídio, na vida” e “tentou o suicídio, nos últimos 30 dias”. Essa variação ocorreu pelo fato dos 17 primeiros sujeitos entrevistados do grupo de *usuários* não terem sido questionados em relação a essas questões. Os *não usuários* apresentaram em maior proporção dificuldades para dormir, tanto na vida (64%) quanto nos últimos 30 dias (50%) do que os *usuários*. Entre os *usuários* houve um maior relato de dificuldades para dormir devido ao uso de drogas nos últimos 30 dias (45%) do que sem os efeitos de substâncias (29%). A proporção de *não usuários* que relataram sintomas depressivos na vida foi maior entre os não usuários (50%) do que entre os *usuários* (44%). Porém, quando perguntados sobre os últimos 30 dias, a proporção é invertida, e 19% dos *não usuários* e 40% dos *usuários* informaram terem sentido sintomas de depressão. A alucinação e as dificuldades cognitivas foram relatadas em maior proporção pelos *não usuários*, em geral associados ao consumo ou abstinência de drogas. No entanto, observa-se que 35 (35%) *não usuários* informaram que apresentaram problemas cognitivos na vida e 23 (23%) nos últimos 30 dias. Nos dois grupos houve relatos de pensamentos sérios sobre suicídio. Entre os *usuários*, 16 (16%) informou ter tido pensamentos nos últimos 30 dias sem qualquer associação com o consumo de drogas. Proporção superior ao grupo de *não usuários* 1 (1%). Além disso, 4 (4,8%) dos *usuários* informou ter tentado suicídio nos últimos 30 dias sem associação ao consumo de drogas, enquanto 6 (7,2%) o fizeram sobre efeito de substâncias. O grupo de *usuários* apresentou maiores médias relativas ao número de dias em que os indivíduos apresentaram sintomas psiquiátricos e que se sentiram incapazes de exercerem atividades normais nos últimos 30 dias.

Tabela 10 - Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da área “psiquiátrica” (média $\pm$ DP, mediana $\pm$ IIQ ou frequência (em porcentagem)).

Questões da área psiquiátrica	Não usuários (N=100)	Usuários (N=100)		<i>p-value</i>
		Sim, não associado a drogas [#]	Sim, não associado às drogas	
- Dificuldades para dormir				
<i>Na vida</i>	64(64)	24(28,9)	38(45,8)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	50(50)	29(29)	45(45)	0,0001
- Sentiu-se deprimido				
<i>Na vida</i>	50(50)	44(44)	40(40)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	19(19)	40(40)	38(38)	0,0001
- Teve alucinações				
<i>Na vida</i>	11(11)	10(10)	53(53)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	3(3)	5(6)	29(34,9)	0,0001
- Dificuldade cognitiva				
<i>Na vida</i>	35(35)	19(19)	46(46)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	23(23)	16(16)	45(45)	0,0001
- Dificuldade controlar comportamento violento				
<i>Na vida</i>	19(19)	23(27,7)	19(22,9)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	10(10)	23(23)	17(17)	0,0001
- Teve pensamentos sobre suicídio				
<i>Na vida</i>	18(18)	28(33,7)	28(33,7)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	1(1)	16(16)	11(11)	0,0001
- Tentou o suicídio				
<i>Na vida</i>	4(4)	25(25)	16 (16)	0,0001
<i>Últimos 30 dias</i>	0(0)	4(4,8)	6 (7,2)	0,002

^a Escala utilizada para resposta: 0=nada, 1=levemente, 2=muito, 3=extremamente.

[#] Todas as questões relativas a presença de sintomas associados ao uso de drogas entre os *não usuários* obtiveram resposta zero e não foram incluídas na tabela

Tabela 10 (continuação) - Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da área “psiquiátrica” (média $\pm$ DP, mediana $\pm$ IIQ ou frequência (em porcentagem)).

Questões da área psiquiátrica	Não usuários (N=100)	Usuários (N=100)		<i>p-value</i>
	Sim, não associado a drogas [#]	Sim, não associado às drogas	Sim, associado às drogas	
	<i>Médias $\pm$ DP</i>	<i>Médias $\pm$ DP</i>		
- Nº de dias teve esses problemas - 30 dias	1,2 $\pm$ 5,5	11,2 $\pm$ 13,7	-	0,0001
- Nº de dias incapaz de exercer atividades - 30 dias	0,3 $\pm$ 3,0	6,4 $\pm$ 11,4	-	0,0001
	<i>Medianas $\pm$ IQ</i>	<i>Medianas $\pm$ IIQ</i>		
- Grau de preocupação com problemas - 30 dias ^a	0 $\pm$ 0	0 $\pm$ 3	-	0,0001
- Necessidade de tratamento - 30 dias ^a	0 $\pm$ 0	1 $\pm$ 3		0,0001

^a Escala utilizada para resposta: 0=nada, 1=levemente, 2=muito, 3=extremamente.

[#] Todas as questões relativas a presença de sintomas associados ao uso de drogas entre os *não usuários* obtiveram resposta zero e não foram incluídas na tabela

A figura 5 apresenta a distribuição de frequência dos indivíduos nos diversos níveis de gravidade a partir do ASI6 Light da área “psiquiátrica”. Os indivíduos estão distribuídos entre os níveis -3 e 1, sendo que a maior concentração foi em torno dos níveis -1 e 0. Segundo a interpretação dos níveis de gravidade, esses indicam baixo e moderado grau de gravidade em que os indivíduos relatam ter tido problemas relacionados à depressão, cognitivo e alucinações tanto na vida tanto na vida quanto nos últimos 30 dias (nível 0). Além disso, relataram ter tido problemas psiquiátricos ou psicológicos por mais de um dia durante o último mês e estarem preocupados com esses problemas e sentirem necessidade de tratamento (nível -1).

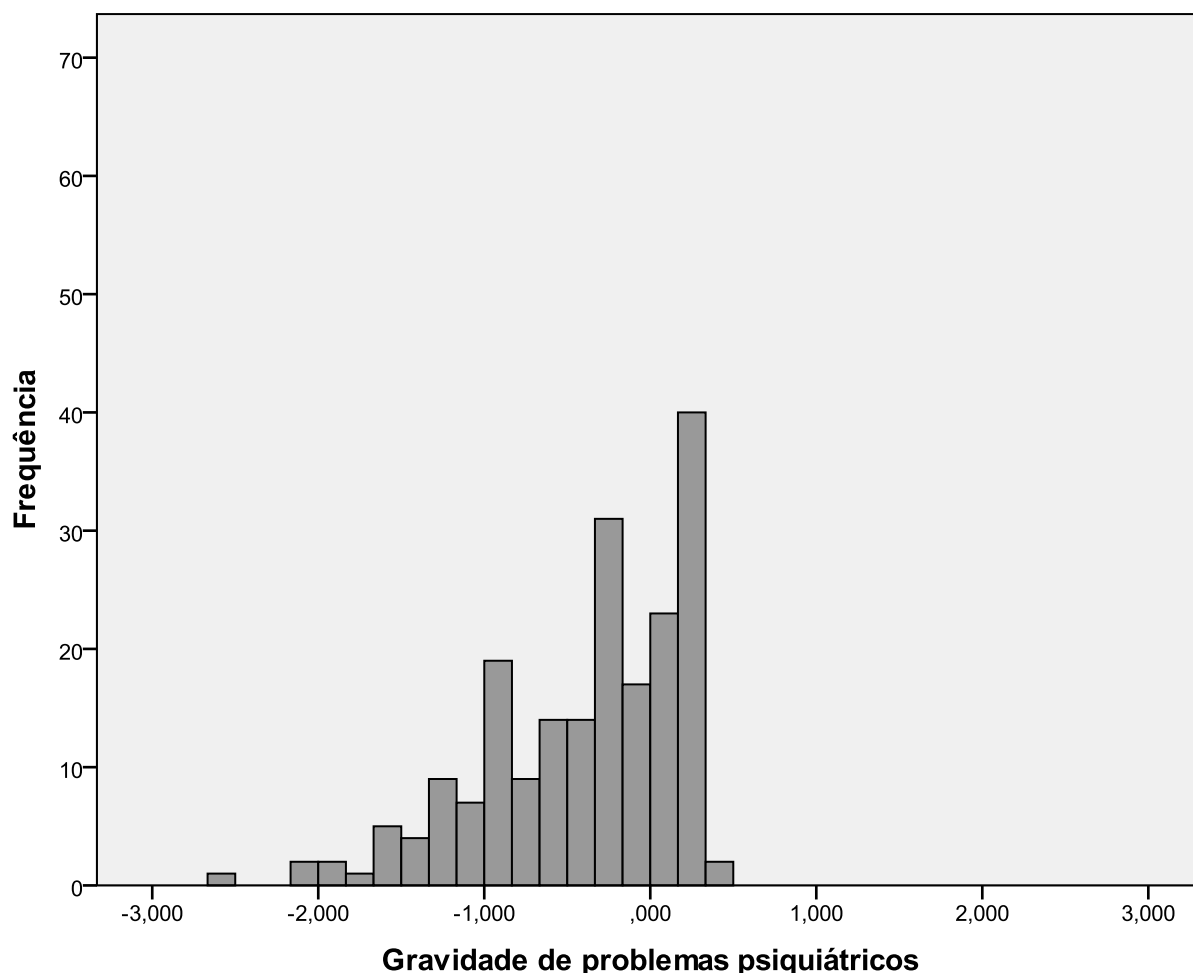


Figura 5 - Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas psiquiátricos utilizando o ASI6 Light.

Na tabela 11 estão apresentadas as frequências (%) ou medianas ($\pm$ IIQ) das respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões referentes à família e relacionamentos sociais da área “sociofamiliar” do ASI6 Light. Os dados mostram que os *usuários* apresentaram mais problemas de relacionamento, nos últimos 30 dias, com parceiro(s) ($X^2=21,1$; $p=0,0001$), com parentes adultos ($X^2=32,2$; $p=0,0001$) e amigos íntimos ($X^2=13,1$; $p=0,0001$) do que os *não usuários*. Sendo maiores também as frequências, nos últimos trinta dias, com que tiveram discussões com parceiro(s) 32(32%), parentes adultos 36(36%) e amigos íntimos 17(17%), do que os indivíduos do grupo de *não usuários*, apresentando uma significativa diferença entre os grupos ($p=0,0001$). Embora os resultados demonstrem a presença de problemas de relacionamento dentre os *usuários*, a mediana das respostas para o grau de preocupação ou incômodo para tais problemas nos últimos 30 dias (0 ± 3 , $p=0,0001$), foi baixa, como também para o grau de importância para um tratamento neste momento (0 ± 3 , $p=0,0001$).

Tabela 11 – Frequência (porcentagem) e mediana (IIQ) das respostas dadas pelos grupos de *não usuários* e *usuários* as questões sobre da área “sociofamiliar” do ASI6 Light.

Questões sobre família e relacionamentos sociais	Não usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
<i>Nos últimos 30 dias</i>	<i>F %</i>	<i>F %</i>	
- Teve problema de relacionamento com (nºsim)			
<i>Parceiro(s)</i>	7(7)	33(33)	0,0001
<i>Parentes adultos</i>	8(8)	43(43)	0,0001
<i>Amigos íntimos</i>	3(3)	19(19)	0,0001
- Teve qualquer discussão com (nºsim)			
<i>Parceiro(s)</i>	6(6)	32(32)	0,0001
<i>Parentes adultos</i>	8(8)	36(36)	0,0001
<i>Amigos íntimos</i>	2(2)	17(17)	0,0001
- Situação resultou em empurrar, bater (nºsim)	3(3)	11(11)	0,027
	<i>Medianas ± IIQ</i>	<i>Medianas ± IIQ</i>	
- Grau de preocupação com relacionamentos ^a	0 ± 0	0 ± 3	0,0001
- Necessidade de tratamento para problemas com relacionamentos ^a	0 ± 0	0 ± 3	0,0001

^a Escala utilizada para resposta: 0=nada, 1=levemente, 2=muito, 3=extremamente.

A figura 6 apresenta a distribuição de frequência dos indivíduos nos níveis de gravidade a partir do ASI6 Light da área “sociofamiliar”. Os indivíduos foram distribuídos entre os níveis -4 e 2, sendo a maior concentração nos níveis mais baixos de gravidade e uma pequena parcela da amostra centralizada nos níveis moderados de problemas sociofamiliares. Os indivíduos relataram, por exemplo, sentirem a necessidade de tratamento ou aconselhamento para resolver problemas de relacionamento com adultos (nível -1) e sentirem preocupação com relacionamento com adultos (nível 0). Além disso, apresentaram problemas de relacionamento e discussão no último mês com os amigos íntimos e terem estado envolvidos em alguma situação com adultos que resultou em bater, empurrar ou atirar coisas no último mês (nível 2).

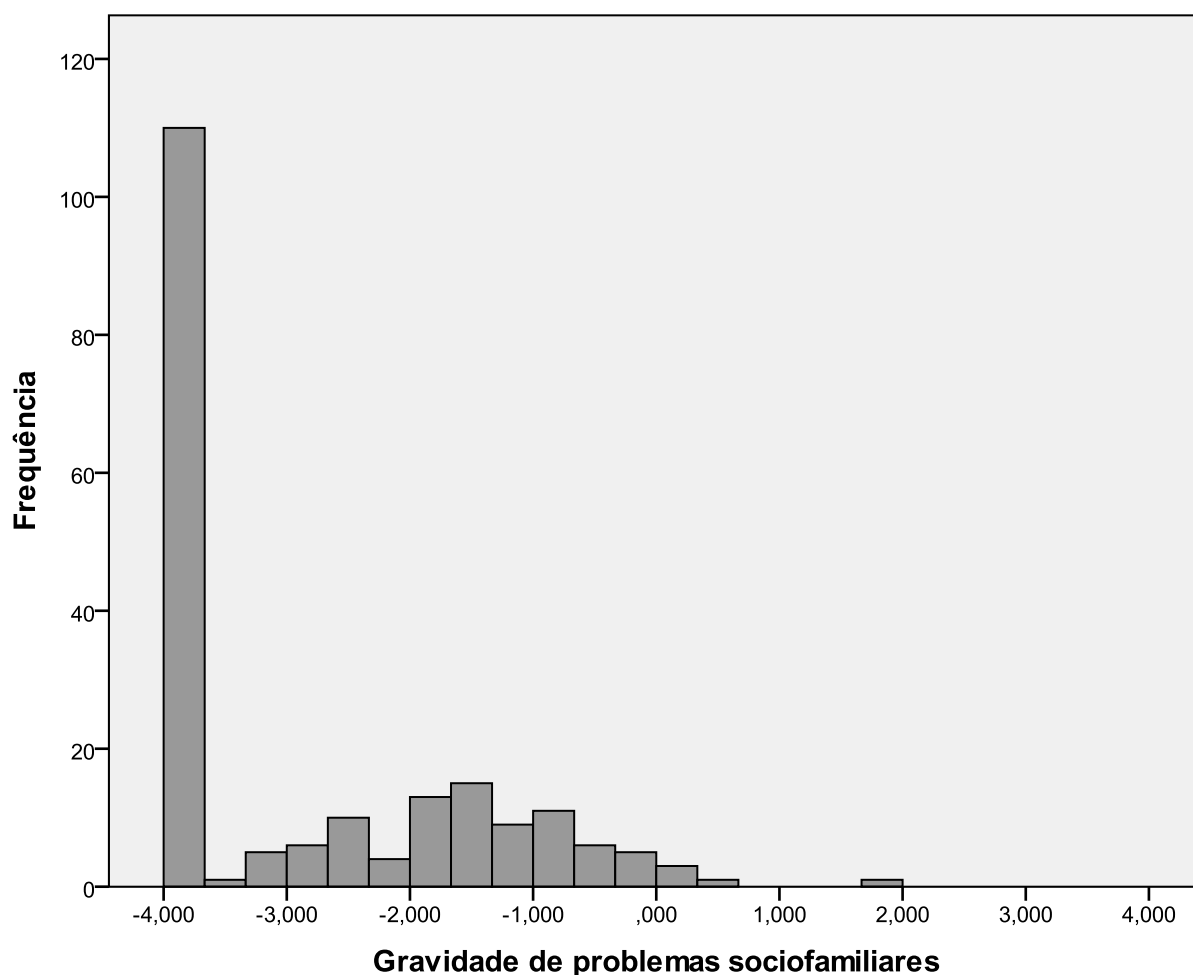


Figura 6 - Distribuição de frequência dos entrevistados na escala de gravidade de problemas sociofamiliares utilizando o ASI 6 Light.

A tabela 12 mostra a média ($\pm$ DP) e frequência (%) das respostas às questões da área de Emprego e Sustento do ASI6 Light. De acordo com os dados, o grupo de *não usuários*, em média, tiveram mais dias de trabalho remunerado nos últimos 6 meses ($10,0 \pm 11,6$; $p=0,010$) e nos últimos 30 dias ($12,6 \pm 14,1$; $p=0,0001$) do que o grupo de *usuários*. A média de dinheiro recebido de outro tipo de assistência, por exemplo, o Programa Bolsa Família, também foi maior no grupo de *não usuários* tanto nos últimos 30 dias ($69 \pm 182,7$; $p=0,002$), quanto nos últimos 6 meses ($412 \pm 1096,3$; $p=0,002$). O grupo de *usuários* recebeu nos últimos 6 meses ($252 \pm 969,1$; $p=0,014$) e nos últimos 30 dias ($10 \pm 30,7$; $p=0,002$) mais dinheiro fornecido por bicos e atividades ilegais, cuja média foi maior, do que o grupo de *não usuários* que não apresentou atividade ilegal. Não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,477$) entre os *usuários* e *não usuários* em relação se possuem renda suficiente para pagar as necessidades.

Tabela 12 – Respostas dadas pelos indivíduos dos grupos de *não usuários* e *usuários* às questões da Área “emprego/sustento” (média $\pm$ DP e frequência (em porcentagem)).

Questões da área emprego	Não usuários (N=100) <i>Médias $\pm$ DP</i>	Usuários (N=100) <i>Médias $\pm$ DP</i>	<i>p-value</i>
- Nº semanas que teve trabalho pago – 6 meses	10,0 $\pm$ 11,6	6 $\pm$ 10,6	0,010
- Quanto dinheiro ganhou			
<i>Últimos 30 dias</i>	828 $\pm$ 761,1	282 $\pm$ 481,2	0,0001
<i>Últimos 6 meses</i>	5153 $\pm$ 5803,5	2091 $\pm$ 3130,3	0,0001
- Nº dias remunerados trabalhou – 30 dias	12,6 $\pm$ 14,1	5,6 $\pm$ 10,6	0,0001
- Nº dias que teve problema no trabalho – 30 dias	0 $\pm$ 0,1	0,7 $\pm$ 4,2	0,114
- Recebeu pensão, seguro social etc			
<i>Últimos 30 dias</i>	256 $\pm$ 581,6	263 $\pm$ 401,6	0,916
<i>Últimos 6 meses</i>	1529 $\pm$ 3478,5	1548 $\pm$ 2409,4	0,960
- Recebeu outra assistência pública			
<i>Últimos 30 dias</i>	69 $\pm$ 182,7	10 $\pm$ 30,7	0,002
<i>Últimos 6 meses</i>	412 $\pm$ 1096,3	59 $\pm$ 181,2	0,002
- Recebeu dinheiro de atividades ilegais			
<i>Últimos 30 dias</i>	0 $\pm$ 0	71 $\pm$ 290,6	0,016
<i>Últimos 6 meses</i>	0 $\pm$ 0	781 $\pm$ 2644,9	0,004
- Recebeu dinheiro de bicos			
<i>Últimos 30 dias</i>	52 $\pm$ 194,1	127 $\pm$ 300,9	0,039
<i>Últimos 6 meses</i>	252 $\pm$ 969,1	757 $\pm$ 1792,3	0,014
	<i>F %</i>	<i>F %</i>	
- Tem renda suficiente para necessidades (nºsim)	47(47)	42(42)	0,477

A tabela 13 mostra as médias ($\pm$ DP) dos escores dos indivíduos em cada área do ASI6 Light dos grupos de *não usuários* e *usuários*. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em todas as áreas do ASI6 Light. As médias dos escores foram maiores no grupo de *usuários* em todas as áreas, com exceção da área “psiquiátrica”. As maiores médias foram na área drogas ($2,25 \pm 2,25$) e na área médica ($-0,02 \pm 0,39$) ambas no grupo de *usuários*.

Tabela 13 – Médias ($\pm$ DP) dos escores das seis áreas do ASI6 Light dos grupos de *não usuários* e *usuários*

Áreas do ASI6 Light	Não usuários (N=100)	Usuários (N=100)	<i>p-value</i>
	<i>Médias $\pm$ DP</i>	<i>Médias $\pm$ DP</i>	
Álcool	$-3,50 \pm 0,98$	$-0,93 \pm 1,17$	0,0001
Drogas	$-0,73 \pm 0$	$2,25 \pm 2,25$	0,0001
Médica	$-0,16 \pm 0,39$	$-0,02 \pm 0,39$	0,013
Psiquiátrica	$-0,28 \pm 0,55$	$-0,52 \pm 0,61$	0,004
Legal	$-3,99 \pm 0,10$	$-1,64 \pm 1,92$	0,0001
Familiar	$-3,42 \pm 1,12$	$-2,34 \pm 1,45$	0,0001

5.2 Análise Psicométrica do ASI6 Light

Para avaliar a validade concorrente das áreas “álcool” e “drogas”, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre os escores do ASSIST (“padrão ouro”) e os escores das áreas “álcool” e “drogas” do ASI6 Light. Como mostra a tabela 14, observamos uma alta correlação entre o escore da área “álcool” do ASI6 Light e os escores do ASSIST em relação ao álcool ($r=0,79$), correlações moderadas em relação ao tabaco ($r=0,47$) e cocaína/crack ($r=0,44$) e baixa ($r=0,39$) em relação à maconha. Ao correlacionar os escores do ASSIST e os escores da área “drogas” do ASI6 Light obteve-se uma alta correlação em relação à cocaína/crack ($r=0,85$), correlações moderadas em relação ao tabaco ($r=0,57$) e maconha ($r=0,68$) e baixa ($r=0,29$) em relação ao álcool. Essas correlações foram consideradas boas, indicando a validade concorrente das áreas “álcool” e “drogas” do ASI6 Light.

Além das áreas de “álcool” e “drogas”, também foram calculadas as correlações entre os escores do ASSIST e os escores das diversas áreas do ASI6 Light. Como pode ser observado na tabela 14, a área “legal” obteve alta correlação com os escores do ASSIST para cocaína/crack ($r=0,79$), correlações moderadas com tabaco ($r=0,53$) e maconha ($r=0,58$), e fracas com álcool ($r=0,39$) e demais substâncias. A área “sociofamiliar” obteve correlação moderada com os escores do ASSIST para a cocaína/crack ($r=0,46$).

Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Pearson entre os escores em cada área do ASI6 Light e os escores do ASSIST

Coeficientes de correlação de Pearson entre os escores em cada área do ASI6 Light e os escores do ASSIST						
Escore ASSIST	Escore das áreas ASI6 Light					
	Álcool	Drogas	Médica	Psiquiátrica	Legal	Família
<i>Tabaco</i>	0,47**	0,57**	0,20**	-0,25**	0,53**	0,30**
<i>Álcool</i>	0,79**	0,29**	0,20**	-0,09	0,39**	0,28**
<i>Maconha</i>	0,39**	0,68**	0,15*	-0,13	0,58**	0,31**
<i>Cocaína/crack</i>	0,44**	0,85**	0,17*	-0,11	0,79**	0,46**
<i>Estimulante</i>	0,17*	0,17*	0,06	-0,11	0,11	0,05
<i>Inalantes</i>	0,15*	0,18**	0,03	0,01	0,16*	0,10
<i>Hipnóticos</i>	0,14*	0,10	0,12	-0,12	0,13	0,02
<i>Alucinógenos</i>	0,11	0,14*	-0,02	-0,12	0,07	0,01

* p< 0,05 ** p<0,001

Na figura 7 encontra-se a Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) calculada com o objetivo de demonstrar o poder discriminatório de diversos pontos de corte dos escores da área “álcool” do ASI6 Light. A Área Sobre a Curva (ASC) foi 0,93 (95% IC: 0,88 - 0,96, $p < 0,0001$), indicando uma boa capacidade discriminatória, com alta porcentagem de classificação correta dos casos.

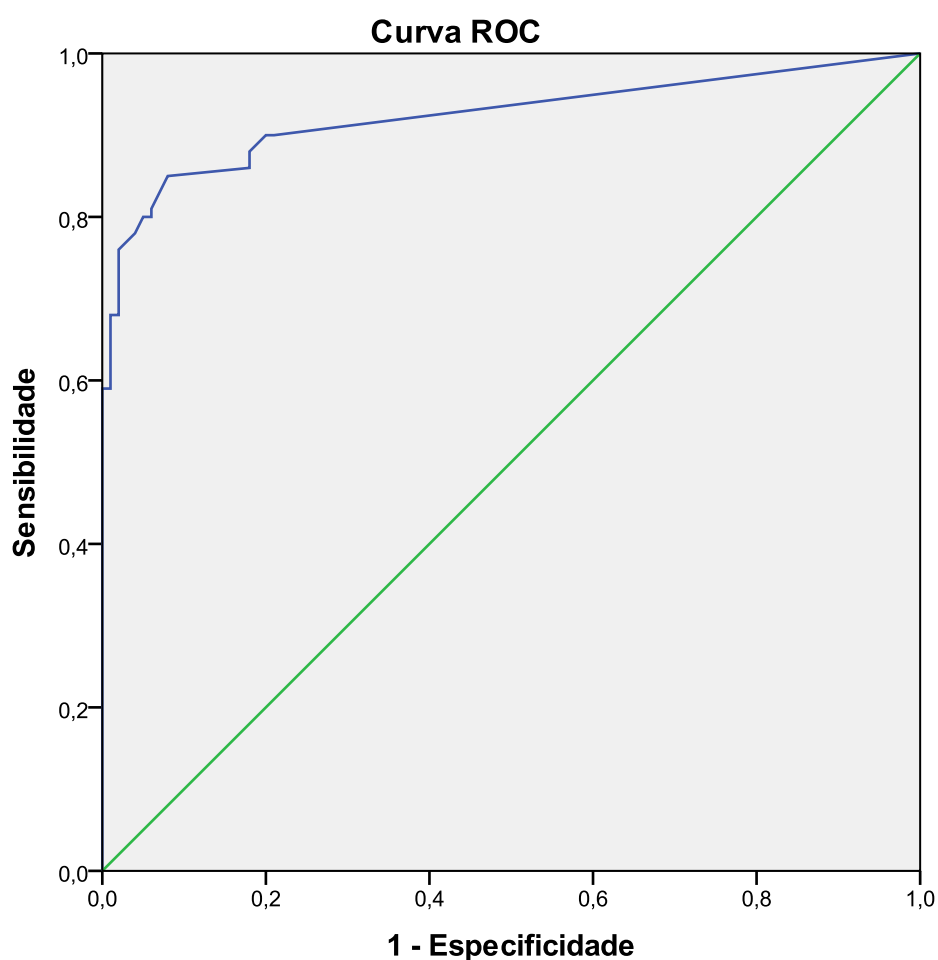


Figura 7 – Curva ROC utilizando escores da área “álcool” do ASI6 Light e a área “álcool” do ASSIST.

Na figura 8 encontra-se a curva ROC (Receiver Operating Characteristic) da área “drogas” do ASI6 Light. Foi calculada através dos escores da área “drogas” do ASI6 Light e do ASSIST. Houve um bom equilíbrio entre especificidade e sensibilidade, a Área Sobre a Curva (ASC) foi 0,88 (95% IC: 0,83 - 0,94, $p < 0,0001$). Como a área “álcool” do ASI6 Light, a área “drogas” também demonstrou boa capacidade discriminatória, sugerindo então que ambas as áreas podem ser boas medidas para diferenciar *usuários* de *não usuários*.

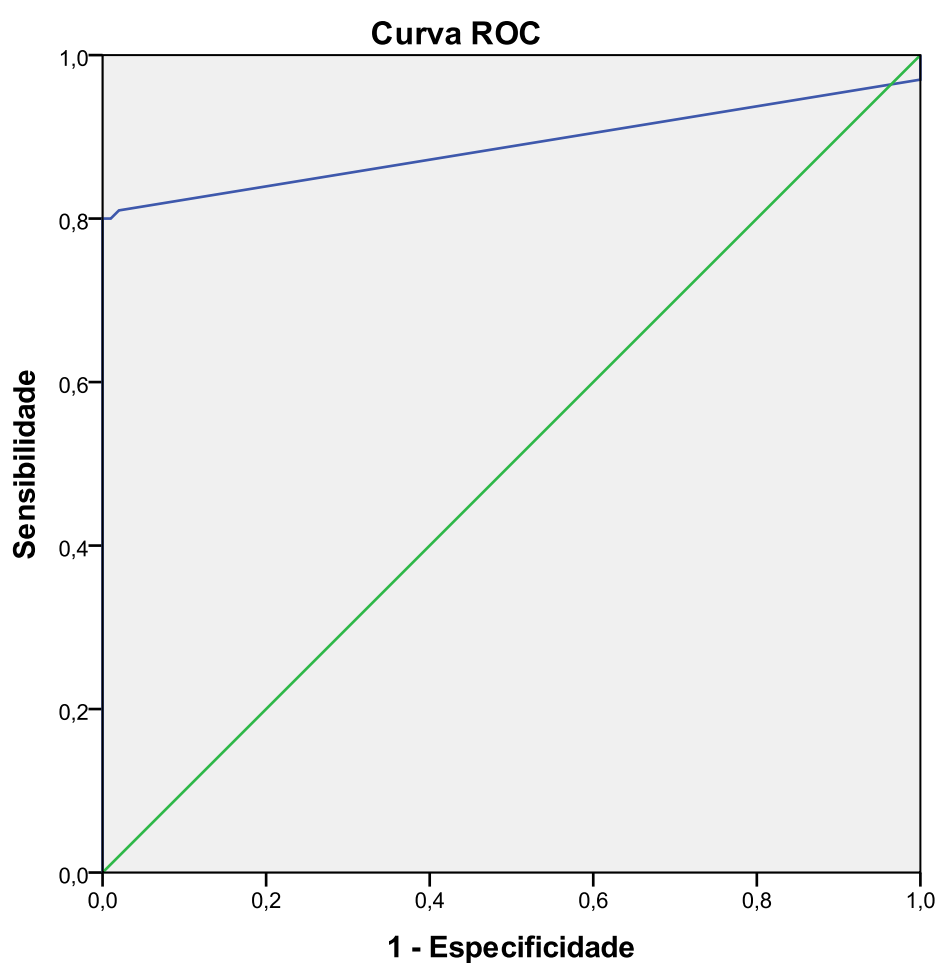


Figura 8 – Curva de ROC utilizando os escores da área “drogas” do ASI6 Light e do ASSIST.

6. DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo mostraram que a versão brasileira reduzida do ASI6 Light apresentou boas propriedades psicométricas. Assim, sugerem que o ASI6 Light é um instrumento útil para avaliação do uso de substâncias psicoativas e problemas relacionados, como também, distinguem indivíduos que não são usuários e consequentemente não tem problemas relacionados ao uso de drogas, podendo pontuar características dos níveis mais baixos de gravidade. Além disso, tornou-se um instrumento mais prático e de fácil manejo, com uma redução significativa do tempo de aplicação.

Em relação à validade concorrente do ASI6 Light, avaliada pelos níveis de correlação entre os escores do ASSIST, foram observadas importantes variações dependendo da área de problemas e do tipo de droga. No entanto, as áreas “álcool” e “drogas” – alvos principais de validade deste estudo - o instrumento obteve altas correlações com as áreas “álcool” e “drogas” do ASSIST, respectivamente. Além disso, estas áreas mostraram boa capacidade de discriminação, com altos índices de especificidade e de sensibilidade encontrados em ambas, sugerindo que essas áreas podem ser boas medidas para diferenciar *usuários* de *não usuários* de álcool e outras drogas. Não foram utilizados os pontos de corte gerados a partir da Curva ROC pelo fato desses já terem sido gerados pela TRI proposto por Sartes (2010).

Os escores gerados para a versão reduzida possibilitam uma interpretação da gravidade de problemas em cada área de forma individualizada e inédita. O indivíduo é posicionado na escala de gravidade a partir do seu escore em cada área, a partir do qual, é possível identificar as características que descrevem a gravidade do paciente. Nas áreas “álcool” e “drogas” a escala de gravidade fornece uma visão de *continuum* de gravidade semelhante ao proposto no DSM V, já que não há mais a dicotomia entre as categorias *dependência química* e *uso abusivo de substâncias*, substituída por uma categoria unificada, com a designação de “Perturbação de Uso de Substância”,

uma perturbação com gravidade clínica variável. O novo diagnóstico baseia-se nos 11 critérios, fornecendo a intensidade da gravidade do problema, podendo ser moderada ou acentuada (Fernandes, Leite, Vieira, & Santos, 2014). Vale ressaltar que os itens do ASI6 Light que melhor discriminam indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, estão de acordo com esses critérios de diagnósticos do DSM V, inclusive com o novo critério de presença de fissura (craving). As outras áreas fornecem uma visão de gravidade não encontrada em outros instrumentos. No entanto são necessários estudos de comparação entre os ASI6 Light e instrumentos de diagnóstico de acordo com o DSM V para avaliação da validação concorrente.

O escore em cada área permite ao clínico, por um lado, pensar em um planejamento terapêutico adequado, considerando os diferentes níveis em cada área, assim, como ocorria na versão original. No entanto, os escores desta versão não são subjetivos. Por esta mesma razão, os escores podem ser úteis aos pesquisadores que buscam uma avaliação de gravidade de problemas nas seis áreas avaliadas que apresentam um escore, mas encontram limitação quanto ao uso dos escores de gravidade subjetivos propostos pelo ASI6 original. Entretanto, o estudo realizado por Cacciola et al. (2011), cujo objetivo foi descrever a derivação dos Escores Sumários Recentes do ASI6, utilizando a TRI e análises fatoriais confirmatórias, mostraram a multidimensionalidade do ASI6. A multidimensionalidade já foi demonstrada em versões anteriores do instrumento, com escalas de qualidade que avalia o funcionamento recente do indivíduo, além de possuir um conteúdo atualizado e adequado para a prática clínica, mas especialmente para pesquisas.

Embora a TRI seja um bom método para avaliar as propriedades psicométricas e gerar escores interpretáveis uma limitação de sua utilização é que por meio do modelo paramétrico de dois parâmetros os escores não são facilmente gerados como em uma soma ou contagem. Assim, é necessária a utilização de recursos computacionais para a geração dos escores conforme proposto neste estudo. Este dado pode dificultar a utilização da versão reduzida para ambientes clínicos. Deste modo, é possível que para ambientes clínicos sejam utilizados os escores de gravidade

subjetivos do paciente conforme o ASI6 tradicional. Por outro lado, para situações de pesquisa os escores baseados na TRI podem ser bastante úteis.

Ainda com relação aos escores, a alteração no número de categorias de cinco para quatro não alterou significativamente o posicionamento dos itens nos diferentes níveis de gravidades nas áreas com exceção da área “sociofamiliar”. A redução de categorias otimizou a pergunta e facilitou a resposta do entrevistado. Exceção ocorreu na área “sociofamiliar” o que pode indicar a fragilidade de seu construto. Vale destacar que um dos pressupostos do modelo paramétrico de dois parâmetros da TRI é o da independência local, o que significa que a alteração em um item não deve alterar os demais (Andrade, Tavares & Valle, 2000; Embretson & Reise, 2000). No entanto, isto não foi o que ocorreu na área “sociofamiliar”, já que a redução do número de categorias fez com que vários itens, inclusive os que não sofreram alteração, mudassem de nível de gravidade. A área “sociofamiliar” tem demonstrado fragilidade em diversos estudos das versões anteriores do ASI (Makëla, 2004). Embora tenha sido alterada para a sexta versão, a avaliação de seu construto com os resultados do ASI6 Light devem ser vistos com cautela.

A partir das comparações das respostas dadas nas áreas “álcool” e “drogas” pelos grupos estudados, notou-se que dentre os *usuários* havia uma maior porcentagem de indivíduos que pontuaram no ASSIST como uso sugestivo de dependência de cocaína/crack. Do mesmo modo, no ASI6 Light, a média de dias de consumo nos últimos 30 dias foi maior para o crack, sendo também alta a média de anos de uso regular de crack. Estudos têm destacado que este aumento vem ocorrendo nos últimos anos (Dias, Araújo & Laranjeira, 2011; Oliveira & Nappo, 2008; Ribeiro et. al., 2004; Riberio et. al., 2006). A maior parte da amostra de *usuários*, que foram entrevistados em locais de tratamento especializado, era dependente de crack. Dados como este têm sido encontrados em outros estudos recentes (Caitano & Souza, 2010), mas desde a década de 90 há registros de aumento de procura por tratamentos entre usuários desta substância (Dunn, Laranjeira, Silveira, Formigoni & Ferri, 1996; Ferri, Laranjeira, Da Silveira, Dunn, Formigoni, 1997; Laranjeira et al.,

1998). Além disso, o resultado relativo ao tempo médio de uso corrobora com os dados da Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack contradizendo com a informação de que o usuário de crack e /ou similares teriam sobrevivência necessariamente inferior a 3 anos de consumo (Bastos & Bertoni, 2014). Em relação às outras drogas, o álcool foi a segunda de maior prevalência de dependência, seguida pelo tabaco. Apesar da maconha não ter sido apontada em altas proporções como uso sugestivo de dependência, a maioria dos indivíduos fazem o uso de risco. Apesar da maioria da amostra de *usuários* serem dependentes do crack, observou-se que esses indivíduos também fazem o uso pesado de álcool, porém, nem sempre preenchem os critérios de dependência. Como descrito na literatura, há uma forte superposição do uso de crack com drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais frequentemente consumidas (Bastos & Bertoni, 2013). Os indivíduos relataram fazerem uso do álcool concomitantemente com o crack pelo fato do álcool aliviar alguns efeitos negativos causados pelo crack, já o uso da maconha, foi justificado por ser uma droga que provoca o sono e fome. Em um estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008), o qual caracterizou os usuários de crack na cidade de São Paulo, o álcool foi relatado como uso paliativo aos efeitos do crack possibilitando uma manutenção do consumo por mais tempo e a maconha foi relatada como alívio dos efeitos negativos do crack.

Apesar dos *usuários* apresentarem problemas relacionados ao uso de álcool, esses não demonstraram preocupação ou incômodo quanto a esses problemas, portanto não se mostram interessados no tratamento para alcançar ou manter a abstinência total do álcool. Este resultado é coerente com os relatos dos entrevistados, que associaram o uso de álcool ao crack, acreditando ser tal droga a causadora de todos os problemas. Segundo Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), entre os dependentes de substâncias psicoativas que buscam tratamento, o usuário de cocaína e crack é o que possui os maiores índices de abandono, podendo ser justificado por alguns fatores como, a existência de problemas legais, baixo nível de habilidades sociais, perda dos pais na infância, diagnóstico de transtorno mental na família e transtorno por dependência de álcool associado.

Com relação à saúde física dos *não usuários* e *usuários*, de acordo com a interpretação dos níveis de gravidade, os indivíduos de ambos os grupos, de uma maneira geral, apresentaram níveis de gravidade entre -1 e 1. O relato de ter sido diagnosticado por alguma doença foi mais frequente entre os *não usuários*, com destaque para a diabetes. Por outro lado, a doença renal crônica, em menores proporções, apareceu entre os *usuários*. Esse resultado pode ser explicado pelo fato da amostra de *não usuários* ser exclusivamente de indivíduos que frequentavam postos de saúde. Houve pouco relato de cirrose dentre os dois grupos, o que não era de se esperar. Porém, tal resultado pode ser explicado pelo fato da amostra de *usuários* ter, em sua maioria, dependentes de crack e não de álcool, substância fortemente associada à cirrose. Ao contrário da literatura, que aponta evidências de prevalência para a infecção pelo HIV entre usuários regulares de drogas ilícitas (Bastos & Bertone, 2013; Pechansky et al. 2006), não houve casos de pacientes infectados pelo HIV. Contudo, um estudo realizado por Carvalho e Seibel (2009), cujo objetivo foi avaliar as práticas de uso de crack e cocaína, os comportamentos de risco associados à infecção pelo HIV entre usuários de drogas e o envolvimento com a violência, mostrou que não houve uma associação do uso de crack com infecção de HIV que foi significativamente associado ao uso de drogas injetáveis, a realização de transfusão de sangue alguma vez na vida e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

O grupo de *não usuários* não apresentou qualquer tipo de problemas legais, por outro lado, a maioria dos *usuários* relatou já terem estado em alguma prisão ou terem sido detidos em delegacia. A venda ou produção de drogas, roubar alguém e estar envolvido com qualquer outra atividade ilegal, apareceram em maiores proporções. Contudo, não consideraram graves seus problemas atuais com a justiça, o que pode ser justificado pelo fato dessas atividades terem sido realizadas nos últimos 6 meses ou não terem sofrido consequências legais. Os resultados mostraram uma alta correlação entre a área de problemas Legais do ASI6 Light e os escores do ASSIST para a cocaína/crack. Esses dados corroboram com alguns estudos que apontam o envolvimento do usuário

de crack com atividades ilícitas (Oliveira & Nappo, 2008), sendo frequentes os furtos dentro da própria residência, roubos, assaltos, manipulação de pessoas e o envolvimento com o tráfico de drogas (Chaves, Sanchez, Ribeiro & Nappo, 2011; Nutt, King & Phillip, 2010). De acordo com Oliveira & Nappo (2008), o usuário de crack se envolve em atividades ilegais, pois a fissura pela droga provoca uma busca incessante pela mesma e a realização de atividades ilícitas advém da falta de recursos financeiros para a aquisição do crack. O estudo realizado por Chaves et al. (2011) mostrou que a fissura por crack desencadeia padrão *binge* de consumo devido à compulsão causada pela droga, resultando em comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais.

Os grupos de *usuários* e *não usuários* mostraram diferenças significativas na área Psiquiátrica, havendo uma variação dos tipos de problemas entre os grupos. Vale ressaltar que não foi possível atribuir um diagnóstico para os entrevistados pelo fato de não utilizarmos instrumentos para esse determinado fim. Conforme a interpretação dos níveis de gravidade, os indivíduos apresentaram níveis que oscilaram entre o grau fraco e moderado de gravidade. A maioria dos *não usuários* relatou ter dificuldades para dormir alguma vez na vida e nos últimos 30 dias e de ter apresentado sintomas de depressão alguma vez na vida. Essas taxas foram as mais altas dentre os *não usuários* em relação aos outros problemas psiquiátricos, tais proporções podem ser explicadas, em parte, pelo fato da amostra de *não usuários* apresentar uma significativa porcentagem do sexo feminino. Estudos mostraram que os distúrbios do sono são queixas mais comuns entre a população feminina (Corrêa, 2014; Hachul et al., 2007; Machado et al., 2012; Santos-Silva, 2010) e indivíduos que apresentam sintomas depressivos (Machado et al., 2012). Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), uma das observações mais documentadas em estudos epidemiológicos é a maior prevalência de depressão em mulheres que em homens, com a razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens variando entre 1,5 e 3,0, com uma média de 2 mulheres para cada homem. A maior parte dos *usuários* relatou sentir-se deprimido alguma vez na vida ou nos últimos 30 dias associando ou

não às drogas. De acordo com Scheffer, Pasa e Almeida (2010), é provável a existência de um ou mais transtornos mentais em dependentes químicos, sendo depressão e transtorno de personalidade os mais prevalentes. Herrero et al. (2008) e Falck et al. (2003), a partir de um estudo de prevalência com usuários de cocaína, utilizando como instrumento de investigação para depressão o Inventário Beck de Depressão (BDI), concluíram que a população que fazia uso de álcool ou cocaína tinha maior propensão a ter depressão moderada a grave. O número de *não usuários* e *usuários* que já tiveram pensamentos sérios sobre suicídio alguma vez na vida e o número de usuários que já tentaram suicídio alguma vez na vida foram relativamente altos, podendo ser justificado pela alta taxa de sintomas depressivos em ambos os grupos. Esses dados estão de acordo com a literatura. Segundo o Estudo de Intervenção no Comportamento Suicida da Organização Mundial de Saúde (OMS), a ideação suicida esteve fortemente associada a sintomas de depressão, especialmente com falta de energia e com humor deprimido (Bertolote et al., 2005; da Silva et al., 2006). Através da revisão bibliométrica da literatura latino-americana, Cardoso et al. (2014) constataram que a depressão apareceu em maior frequência na relação suicídio e transtornos mentais.

Os dados encontrados na área “sociofamiliar” foram condizentes com outros estudos da literatura. Os *usuários* apresentaram mais problemas de relacionamento que os *não usuários*, o que pode ser justificado pelo abuso/dependência de substâncias químicas e problemas relacionados. Uma boa parcela dos *usuários* é morador de rua, tal acontecimento é justificado pelos indivíduos pelo fato de não serem aceitos em casa devido às constantes brigas e discussões causadas pelo uso de drogas, ou saem por conta própria, preferindo viverem isolados. Estudos realizados por Tobo e Zago (2005) evidenciam que quando uma pessoa apresenta uma dependência química, acompanhada de suas consequências, agravam-se os eventuais conflitos e as dificuldades existentes no cotidiano de seus familiares. Problemas no relacionamento e discussões com parentes adultos foram os mais relatados pelos *usuários*, sendo a mãe e as companheiras as principais vítimas. Tais dados podem ser justificados através do estudo de Pegoraro e Caldana (2008), o qual aponta que, na

sociedade atual, as mulheres são as cuidadoras do lar e as responsáveis pelo acompanhamento dos membros adoecidos, o que acaba lhes acarretando uma maior sobrecarga.

Kessler, Moura, Benzano e Pechansky (2012) realizaram um estudo brasileiro utilizando o ASI6 para avaliar os problemas familiares de usuários de crack/cocaína em comparação com usuários de álcool e outras substâncias. Esses autores mostraram que os usuários de crack/cocaína apresentaram mais problemas familiares do que outros usuários de drogas. Esses problemas incluem discussões e problemas de relacionamento com parceiros. Esses dados corroboram com os resultados apresentados neste estudo, já que a maioria dos *usuários* é dependente de crack/cocaína.

Por fim, os dados da área emprego e sustento mostraram que os *não usuários* tiveram mais dias de trabalhos remunerados do que os *usuários*. Porém, os *não usuários* receberam mais dinheiro de programas sociais, como o Programa Bolsa Família, que os *usuários*. Esses dados podem ser justificados pelo fato dos *usuários* não serem devidamente orientados de seus direitos, levando em conta ser uma amostra que atende os requisitos do Programa, ou por não cumprirem com as condicionalidades do mesmo. Contudo, os *usuários* receberam mais dinheiro através de bicos e atividades ilegais, corroborando com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, que apontou que a forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários de crack e/ou similares no Brasil compreende trabalho esporádico ou autônomo. Entretanto, nesse levantamento, atividades ilícitas, como o tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, foram relatadas por uma minoria dos usuários entrevistados, porém, segundo os autores, cabe ressaltar que provavelmente houve uma subenumeração dessas atividades ilícitas, embora não seja possível estimar em que medida isso ocorreria (Bastos & Bertoni, 2013).

Este estudo se limitou à avaliação da validade das áreas “álcool” e “drogas”. São necessários estudos utilizando outros instrumentos específicos e validados para avaliação dos problemas de outras áreas. Outra limitação desse estudo foi a composição da amostra de *usuários*, que incluía

grande proporção de pessoas usuárias de crack, além de usuários de álcool, maconha e cocaína não sendo incluídos usuários de outras substâncias.

7. Considerações Finais

Com este estudo foi possível desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas da versão reduzida do ASI 6 Light. Boas evidências de validade da área “álcool” e “drogas” foram apresentadas. Essa nova versão tornou-se um instrumento de fácil manejo e de rápida aplicação, contendo os itens que melhor avaliam a gravidade de problemas com substâncias e dos problemas associados nas diversas áreas. Foram propostos escores que representam a gravidade de problemas em cada área.

REFERÊNCIAS

- Acosta, A. M., & da Silva Lima, M. A. D. (2013). Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 564-73.
- Almeida Filho, N. (1989). Epidemiologia sem números: uma introdução a ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus.
- Alterman, A. I., Mulvaney, F. D., Cacciola, J. S., Cnaan, A., McDermott, P. A., & Brown, L. S. (2001). The validity of the interviewer severity ratings in groups of ASI interviewers with varying training. *Addiction*, 96(9), 1297-1305.
- American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Washington, DC: Associacao.
- Andrade, L. H. S., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Andrade, D. F., Tavares, H. R. & Valle, R. C. (2000). *Teoria de Resposta ao Item: conceitos e aplicações*. São Paulo: ABE.
- Armstrong, B. K., White, E. & Saracci, R. (1994). Principles of exposure measurement in epidemiology. New York, Tokio, Oxford University Press.
- Bastos, F. I. & Bertoni, N. (2013). Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país, *no prelo*.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras.
- Beck A. T., Steer R. A., Beck (1993) Depression Inventory (Manual). *San Antonio: Psychological Corporation*.
- Bertolote J. M., Fleischmann A., De Leo D., Bolhari J., Botega N., De Silva D., Tran Thi Thanh H., Phillips M., Schlegelbusch L., Värnik A., Vijayakumar L., Wasserman D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med.*, 35(10):1457-65.
- Bruscato, W. L. (1998). Tradução, validade e confiabilidade de um inventário de avaliação de relações objetais (BORRTI-FORMA O). Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Cacciola, J., Arthur I., Alterman, A. Thomas McLellan, Yi-Ting Lin, Kevin G. & Lynch. (2007). Initial evidence for the reliability and validity of a “Lite” version of the Addiction Severity Index. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 297–302.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Habing, B., & McLellan, A. T. (2011). Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*, 106(9), 1588-1602.

- Cardoso, H. F., Baptista, M. N., Ventura, C. D., Branão, E. M., Padovan, F. D., & Gomes, M. A. (2014). Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. *Diaphora*, 12(2), 42-48.
- Carlini E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo A. S.(2001). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID: Universidade Federal de São Paulo; 2002. Recuperado em 15 agosto de 2011, de http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., Moura, Y. G. & Sanchez, Z. V. D. M. (2005). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: *Páginas & Letras*, 2007, 01, 472. Recuperado em 20 agosto de 2011, de http://www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento%20Domiciliar%20Dr%20Elisaldo%20Carlini_alter_do2.pdf.
- Carvalho, H.B. & Seibel, S.B. (2009). Crack Cocaine Use And Its Relationship With Violence and HIV. *Clinics*, 64(9), 857-866.
- Castel, S. & Formigoni, M.L.O.S. (2000). Escalas para avaliação de tratamentos para dependência de álcool e outras drogas. In C. Gorenstein, L.H.S.G. Andrade, A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 287-302). São Paulo: Lemos Editorial.
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: Comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1168-1175 .
- Claus, R. E., Kindleberger, L. R., & Dugan, M. C. (2002). Predictors of attrition in a longitudinal study of substance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 69-74.
- Corrêa, K. M. (2014). Frequência dos distúrbios de sono em mulheres na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade. *CEP*, 40(24), 002.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Cronbach, J. (1996). *Fundamentos da testagem psicológica*. (5ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Da Silva V. F., de Oliveira H.B., Botega N.J., Marin-Leon L., Barros M.B., Dalgallarrondo P. (2006) Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study. *Cad Saude Publica*, 22(9):1835-43.
- Denis, C. M., Cacciola, J. S., & Alterman, A. I. (2013). Addiction Severity Index (ASI) summary scores: Comparison of the Recent Status Scores of the ASI 6 and the Composite Scores of the ASI-5. *Journal of substance abuse treatment*, 45(5), 444-450.

- Dias, A. C., Araújo, M. R., & Laranjeira, R. (2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. saúde pública*, 45(5), 938-48.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad Saude Publica*, 24(Supl 4), S545-57.
- Dunn, J., Laranjeira, R., Silveira, D.X., Formigoni, M.L.O.S. & Ferri, C.P. (1996). Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. *Substance Use and Misuse*, 31 (4), 519-527
- Edwards, G., & Edwards, G. (1999). A síndrome de dependência do álcool. Edwards G. O tratamento do alcoolismo. Porto Alegre: Artmed.
- Embretson, S.E. & Reise, S.P. (2000). Item Response Theory for Psychologists. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Escohotado, A. (2005). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa.
- Falck R. S, Wang J, Carlson R. G, Eddy M, Siegal H. A. (2002). The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. *J Psychoactive Drugs*.34(3):281-8.
- Ferri, C.P., Laranjeira, R., Da Silveira, D. X., Dunn, J. Formigoni, M.L.O.S. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios da cidade de São Paulo, nos anos de 1990 e 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 4 (1), 25 - 28.
- Fernandes, S., Leite, E., Vieira, F., & Santos, J. C. (2014). O Anunciado DSM-5: Que implicações em Psiquiatria Forense? *Acta Médica Portuguesa*, 27(1), 126-134.
- Formigoni M. L., Castel S. (1999). Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 5-31.
- Goldstein, J. M. & Simpson, J. C. (1995). Validity: definitions and applications to psychiatric research. In: Tsuang, M.T., Tohen, M. & Zahner, G.E.P. (eds). Textbook in Psychiatric Epidemiology. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, A John Wiley, Sons Inc., Publication, 229-242.
- Hachul, H., Baracat, E. C., Soares Jr, J. M., Haidar, M. A., de Mello, M. T., Tufik, S., & Bittencourt, L. R. A. (2007). Estrogen therapy reduces nocturnal periodic limb movements. *Maturitas*, 58(3), 319-322.
- Hameniuk, R., & Poznyak, V. (2008). ASSIST, The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1).
- Hendriks, V. M., Kaplan, C. D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133-141.

- Henrique, I. F. S. (2002). Validação da versão brasileira do ASSIST na triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. Tese de mestrado não publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Brugal, M. T. (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103(2), 284-293.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., ... & Simon, S. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6), 1039-1047.
- Kessler, F., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L. O., Cruz, M. S., Brasiliano, S., Stolf, A. R., & Pechansky, F. (2010). Avaliação multidimensional do usuário de drogas ea Escala de Gravidade de Dependência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(2), 48- 56.
- Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Formigoni, M.L., Cruz, M.S.,Brasiliano, S. & Pechansky, F.(2012). Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI 6) in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 24-33.
- Kessler, F. H., Barbosa Terra, M., Faller, S., Ravy Stolf, A., Carolina Peuker, A., Benzano, D., & Pechansky, F. (2012). Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *The American Journal on Addictions*, 21(4), 370-380.
- Kosten, T. R. Rousaville, B. J. & Kleber, H. D. (1983). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 606-610.
- Laranjeira, R., Dunn, J., Rassi, R., Mitsushiro, S.S, Fernandes, M.S. (1998). Seguimento de usuários de crack após dois anos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 47 (5), 233-236.
- Liang, T., Liu, E. W., Zhong, H., Wang, B., Shen, L. M. & Wu, Z. L. (2008). Reliability and validity of addiction severity index in drug users with methadone maintenance treatment in Guizhou province, China. *Biomedical and Environment Science*, 21(4), 308-13.
- Lord, F. M. (1980). Applications of item response theory to practical testing problems. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum).
- Machado, V. D. S. S., Valadares, A. L. R., Costa-Paiva, L., Moraes, S. S., & Pinto-Neto, A. M. (2012). Morbidades e fatores associados em mulheres climatéricas: estudo de base populacional em mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade; Morbidity and associated factors in climacteric women: a population based study in women with 11 or more years of formal education. *Rev. bras. ginecol. obstet*, 34(5), 215-220.
- Magis. D. & Raiche, G. (2012). Random Generation of Response Patterns under Computerized Adaptive Testing with the R Package catR. *Journal of Statistical Software*, 48 (8), 1-31. URL <http://www.jstatsoft.org/v48/i08/>) do software estatístico R.
- Makela, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, 99, 398-410.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L. & O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.
- McLellan T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grisson G. & Pettinati (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9, 199-213.
- McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., & Carise, C. (2006). The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *The American Journal on Addictions*, 15(2), 113-124.
- Mendes, I. A. C., Luis, M. A. V., (2004) Uso de substâncias psicoativas, um novo velho desafio. *Revista latino-americana de enfermagem*, 12, 299-300.
- Menezes, P.R. & Nascimento, A.F. (2000). Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade, A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 23-28). São Paulo: Lemos Editorial.
- Moura, H. F., Benzano, D., Pechansky, F., & Kessler, F. H. P. (2014). Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*, 69(7), 497-499.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillip, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 43-59.
- Oliveira L. G. & Nappo S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista Saúde Pública*, 42(4):64-671
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. Edusp.
- Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília, DF: UNB.
- Pasquali, L. (2001). Técnicas de exame psicológico-TEP: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 23.
- Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, Von Diemen L, et al. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug Alcohol Depend.*;82(suppl 1):S109-13.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Comunicação Saúde Educação*, 12(25), 295-307.
- Portney, L.G. & Watkins, M.P. (1993). Power Analysis and Determination of Sample Size. *Foundations of Clinical Research: applications to practice*. Applenton & Lange, Norwalk, Connecticut.

- Ribeiro M., Dunn J., Laranjeira R., Sesso R., (2004). High mortality among young *crack* cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*, 99:1133-1135.
- Ribeiro M., Dunn J., Sesso R., Dias A. C., Laranjeira R. (2006). Causes of death among *crack* cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3):196-202.
- Rogalsky, C.J. (1987). Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample. *International Journal of Addictions*, 22, 981-992.
- Samejima, F.A. (1969). Estimation of latent Ability using a response pattern of graded scores. *Psychometric Monograph*, 17.
- Sartes, L. M. A., De Micheli, D., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2009). Psychometric and discriminative properties of the Teen Addiction Severity Index (Brazilian Portuguese version). *European child & adolescent psychiatry*, 18(11), 653-661.
- Sartes, L.M.A. (2010). *Propriedades Psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI 6): Uma abordagem pela Teoria de Resposta ao Item*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.
- Seibel, S. D., & Toscano Junior, A. (2001). Dependência de drogas. In *Dependência de drogas*. Atheneu.
- Strauss, M.E. & Smith, G.T. (2009). Construct Validity: Advances in Theory and Methodology, *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 1-25.
- Tobo, N. I. V., & Zago, M. M. F. (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia com el consumidor de bebidas alcohólicas. *Rev. Latinoam Enfermagem*, 13, 806-12.
- Zanis, D. A., McLellan, A. T., Cnaan, R. A. & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 541-8.

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Adaptação e Avaliação das Propriedades Psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI 6) Light”. Neste estudo pretendemos avaliar as propriedades psicométricas de uma versão brasileira reduzida do Addiction Severity Index (ASI 6). O motivo que nos leva a estudar esse assunto é disponibilizar um instrumento de fácil manejo e consistente para avaliação em clínica e pesquisa que seja culturalmente adequado, validado e confiável. Podendo tal instrumento, auxiliar na detecção e no diagnóstico apropriado para que possam ser feitas as mediações necessárias, sejam estas breves ou tratamentos mais intensivos.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Se você decidir participar deste estudo, será entrevistado por um psicólogo ou por um estudante de psicologia, que utilizará alguns questionários (ASSIST e o ASI 6 Lite que avaliam o uso de álcool ou drogas e sua situação social, psiquiátrica, legal, familiar e de emprego). Essas entrevistas deverão durar entre 1 e 2 horas. Você não precisa responder um item de qualquer um desses instrumentos caso se sinta desconfortável para isso.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEIS: DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES, PSICÓLOGA LÍDIA REIS FERNANDES

ENDEREÇO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3117 / E-MAIL: laisa.sartes@edu.ufjf.br OU liidiareis@hotmail.com

ANEXO 1 QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome:

1. Idade ()
2. Sexo 1 Masculino 2 Feminino ()
3. Estuda atualmente 0 Não 1 Sim ()
4. Defasagem escolar 0 sem defasagem 1 1 a 2 anos 1 >2 anos ()
5. Trabalha atualmente 0 Não 1 Sim ()
6. Religião 1 Protestante 2 Católico 3 Espírita 4 Umbandista 5 Espiritualista/Esotérico 6 Outros ()
7. Escala Sócio-Econômica (ABIPEME)

Posse de itens	Não tem	TEM (QUANTIDADE)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3a Série Fundamental
Primário completo	1	4a. Série Fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Pontuação mínima=0

ANEXO 2

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiete, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g.hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
0	2	1

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	

Escala de Gravidade de Dependência Versão 6 Light

Informações Gerais – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos?

Nome do paciente: _____

Código do paciente:

Data de nascimento: / /

(Idade: _____)

Nome do entrevistador: _____

Data da entrevista: / /

Medico – as questões a seguir são sobre sua saúde física.

Alguma vez algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

M1. Diabetes

M2. Cirrose ou outra doença do fígado

M3. Doença renal crônica

M4. Outro problema ou doença crônica

ex. Artrite, dor lombar, problema digestivo (colite, etc.)

se "Sim" especifique: _____

M5. Qualquer capacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos?

se "Sim" especifique: _____

M6. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade?

Exclus incapacidade psiquiátrica

1 – Sim, 0 – Não

(M7 – M10) Nos últimos 30 dias:

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

M7. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos? ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade – incluir problemas dentários Dias

M8. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos? Dias

M9. Quanto desconforto ou dor física você já experimentou?

- 0 – Nada
1 – Levemente
2 – Muito
3 – Extremamente

M10. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?

- 0 – Nada
1 – Levemente
2 – Muito
3 – Extremamente

M11. Neste momento quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?

- 0 – Nada
1 – Levemente
2 – Muito
3 – Extremamente

M12. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?

A. últimos 6 meses

B. 30 dias

M13. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?

A

B

não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

Comentários: _____

Sintomas do Alcool

Nos últimos 30 dias:

D6. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber?

☐

1- Sim, 0 -Não

D7. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo?

☐

1- Sim, 0 -Não

D8. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei?

☐

1- Sim, 0 -Não

D9. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber?

☐

1- Sim, 0 -Não

D10. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

☐

D11. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para seu uso de álcool?

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

☐

D12. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

☐

Comentários:

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?

- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos da sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? - *Exclua períodos sem a droga*
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?

NOTA: Se o entrevistado relata:

- Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D13-A), codifique "N" e passe para próxima substância (D14-A).
- Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D13-B), pule o item seguinte (D13-C), e continue.
- Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D13-D = 00), passe para próxima substância (D14-A).



	A. Idade de 1º uso [N=próxima A]	B. Anos de uso regular na vida	C. Usou 50 ou + dias (na vida) 1 - Sim, 0 - Não	D. Uso nos últimos 30 dias
D13. Maconha				
D14. Sedativos				
D15. Cocaína				
D16. Crack				
D17. Estimulantes				
D18. Alucinógenos				
D19. Heroína				
D20. Metadona				
D21. Outros opioides				
D22. Inalantes				

Comentários: _____

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D23. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?

Anos

D24. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?

- 0- Sem uso
1- 1-3 vezes por mês
2- 1-2 vezes por semana
3- 3-6 vezes por semana
4- Diariamente

D25. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?

Dias

D26. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? – *exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (ex. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)*

R\$

Continuação

D29. Por causa de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?

1- Sim, 0- Não

D30. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?

1- Sim, 0- Não

D31. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?

Dias

D32. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?

- 0- Nada
1- Levemente
2- Muito
3- Extremamente

D33. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?

- 0- Nada
1- Levemente
2- Muito
3- Extremamente

D34. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?

- 0- Nada
1- Levemente
2- Muito
3- Extremamente

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D27. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?

1- Sim, 0- Não

D28. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?

1- Sim, 0- Não

Riscos para a Saúde

D35. Alguma vez você se injetou drogas? [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV]

1- Sim, 0- Não

Comentários: _____

Legal – As próximas questões são a respeito do seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas?

1 – Sim, 0 – Não

(L2 e L3) Desde os 18 anos:

L2. Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você já foi preso ou detido por porte de drogas?
ou equipamentos de drogas (Parafarmalins)

L3. Quantas vezes na vida você já foi preso ou detido pela venda ou produção de drogas? vender inclui traficar/distribuir

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas?

L4. Investigado em inquérito policial

1 – Sim, 0 – Não

L5. Aguardando julgamento ou sentença

1 – Sim, 0 – Não

L6. Quão grave você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?

- 0 – Nada
- 1 – Levemente
- 2 – Muito
- 3 – Extremamente

(L7 – L11) Nos últimos 6 meses:

[NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item.]

L7. O número de dias que você vendeu ou fabricou drogas? traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro, de qualquer outra maneira

A. últimos 6 meses

B. 30 dias

Continuação

L8. O número de dias que você roubou alguém?

A. últimos 6 meses

B. 30 dias

L9. O número de dias que você furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?

A. últimos 6 meses

B. 30 dias

L9a. Nos últimos 6 meses, o número de dias que você roubou em loja

A. últimos 6 meses

L9b. Nos últimos 6 meses, o número de dias que você cometeu vandalismo

A. últimos 6 meses

L9c. Nos últimos 6 meses, o número de dias que você roubou/danificou propriedade

A. últimos 6 meses

L10. O número de dias que você, ameaçou ou agrediu alguém? - com ou sem uma arma; - inclua violência doméstica, estupro e assassinato; - exclua roubo

A. últimos 6 meses

B. 30 dias

L10a. Nos últimos 6 meses, o número de dias que você agrediu fisicamente com uma arma

A. últimos 6 meses

L10b. Nos últimos 6 meses, o número de dias que você agrediu fisicamente sem uma arma

A. últimos 6 meses

L11. Quantas vezes fez qualquer outra coisa ilegal? – portou arma sem licença, envolveu com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal etc. [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sobre influência de álcool]

A. últimos 6 meses

B. 30 dias

L11a. Nos últimos 6 meses, o número de dias que você carregou uma arma sem licença

A. últimos 6 meses

L12. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?

B. 30 dias

Comentários: _____

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

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

F1. Teve problemas de relacionamento com:

- A. Parceiro(s)
- B. Parentes adultos
- C. Amigos íntimos

F2. Teve qualquer discussão com:

- A. Parceiro(s)
- B. Parentes adultos
- C. Amigos íntimos

F3. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?

1-Sim, 0-Não

F4. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?

- 0 – Nada
 1 – Levemente
 2 – Muito
 3 – Extremamente

F5. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?

- 0 – Nada
 1 – Levemente
 2 – Muito
 3 – Extremamente

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

F6. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente?

1-Sim, 0 - Não

F7. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por questão judicial? – inclui também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial.

Filhos

F8. Quantas das crianças (que moram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado?

Crianças

F9. Neste momento, quão necessário são serviços adicionais para tratar esses problemas?

- 0 – Nada
 1 – Levemente
 2 – Muito
 3 – Extremamente

Continuação

F10. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver com essas crianças (menor de 18 anos) que moraram com você por pelo menos algum tempo?

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

☐

F11. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aula para pais) para ajudar conviver melhor com essas crianças (menores de 18 anos) que moraram com você? – aconselhamento atual ou adicional

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

☐

F12. Nesse momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho?

☐

1- Sim, 0 -Não

F13. Você já foi investigado ou esteve sob Supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a Crianças?

☐

1- Sim, 0 -Não

[NOTA: se nunca teve filho passe para próxima seção]

F14. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa?

☐

1- Sim, 0 -Não

F15. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? - teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda de seus filhos retirada pela justiça

☐

1- Sim, 0 -Não

F16. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado/supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?

☐

1- Sim, 0 -Não

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

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

Código para A/B:

0-Não

1-Sim

2-Sim, mas somente sobre efeito de droga ou em abstinência.

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

(P1 – P7)

Você(já):

P1. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo? *dormir por toda noite

☐

Na vida

☐

últimos 30 dias

P2. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias.

☐

Na vida

☐

últimos 30 dias

P3. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram

☐

Na vida

☐

últimos 30 dias

Continuação

P4. Teve dificuldade para pensar/concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?

☐	☐
Na vida	últimos 30 dias

P5. Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?

☐	☐
Na vida	últimos 30 dias

P6. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?

☐	☐
Na vida	últimos 30 dias

P7. Tentou o suicídio (se matar)?

☐	☐
Na vida	últimos 30 dias

P8. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?

Dias	

P9. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?

Dias	

P10. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

P11. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos ou psiquiátricos?

- 0 - Nada
1 - Levemente
2 - Muito
3 - Extremamente

Taxa global de confiabilidade/Validade da entrevista e dos escores

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

- 1- Ruim ☐
2- Satisfatória
3- Boa

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

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

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

Anexo 4 – Sintaxes para geração dos escores do ASI 6 Light

```
require(ltm)
require(catR)
require(foreign)
require(mirt)

#Alcool
respostas_alcool <- read.csv("caminho e nome do arquivo de
respostas", sep=",")

param_alcool<- read.table(file="caminho/parametros_alcool.txt",
header=FALSE, )

v <- dim(respostas_drogas)[2]
n <- dim(respostas_alcool)[2]

escores_alcool<- vector(mod="double", n)

for(i in 1:n)
{
  escores_alcool[i] <- thetaEst(param_alcool[,2:5],
respostas_alcool[i,2:26], method="ML")
}

#Drogas

respostas_drogas <- read.csv("caminho e nome do arquivo de
respostas", sep=",")

param_drogas<- read.table(file="caminho/parametros_drogas.txt",
header=FALSE, )

v <- dim(respostas_drogas)[2]
n <- dim(respostas_drogas)[2]

escores_drogas<- vector(mod="double", n)

for(i in 1:n)
{
  escores_drogas[i] <- thetaEst(param_drogas[,2:5],
respostas_drogas[i,2:v], method="ML")
}

#Médica

respostas_medica <- read.csv("caminho e nome do arquivo", sep=",")

param_medica<- read.table(file="caminho/parametros_medica.txt",
header=FALSE, )

v <- dim(respostas_medica)[2]
n <- dim(respostas_medica)[2]
escores_medica<- vector(mod="double", n)
```

```

for(i in 1:n)
{
  escores_medica[i] <- thetaEst(param_medica[,2:5],
respostas_medica[i,2:v], method="ML")
}

#Psiquiatria

respostas_psico <- read.csv("caminho e nome do arquivo com as
respostas", sep=",")

param_psico<- read.table(file="caminho/parametros_psico.txt",
header=FALSE, )

v <- dim(respostas_psico)[2]
n <- dim(respostas_psico)[2]
escores_psico<- vector(mod="double", n)

for(i in 1:n)
{
  escores_psico[i] <- thetaEst(param_psico[,2:5],
respostas_psico[i,2:v], method="ML")
}

#Legal

respostas_legal <- read.csv("caminho e nome do arquivo com as
respostas", sep=",")

param_legal<- read.table(file="caminho/parametros_legal.txt",
header=FALSE, )

v <- dim(respostas_legal)[2]
n <- dim(respostas_legal)[2]
escores_legal<- vector(mod="double", n)

for(i in 1:n)
{
  escores_legal[i] <- thetaEst(param_legal[,2:5],
respostas_legal[i,2:v], method="ML")
}

#Família

respostas_familia <- read.csv("caminho e nome do arquivo com as
respostas", sep=",")

param_familia<- read.table(file="caminho/parametros_familia.txt",
header=FALSE, )

```

```

param_familia<- cbind(param_familia, 0, 1)

v <- dim(respostas_familia)[2]
n <- dim(respostas_familia)[2]
escores_familia<- vector(mod="double", n)

for(i in 1:n)
{
  escores_familia[i] <- thetaEst(param_familia[,2:5],
respostas_familia[i,2:v], method="ML")
}

escores <- cbind(respostas_familia$id, escores_alcool,
escores_drogas_2, escores_medica, escores_psico,
                escores_legal, escores_familia)

write.table(escores, "caminho e nome para salvar arquivo com as
estimativas", quote=FALSE, row.names=FALSE)

```