MARIA DA PIEDADE ROMEIRO DE ARAUJO MELO

TRANSTORNO DE PÂNICO EM DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS

CAMPINAS

2004

MARIA DA PIEDADE ROMEIRO DE ARAUJO MELO

TRANSTORNO DE PÂNICO EM DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Doutor em Saúde Mental.

ORIENTADOR: *PROF. DR. EVANDRO GOMES DE MATOS*
CO–ORIENTADOR: *PROF. DR. LUIS ALBERTO MAGNA*

CAMPINAS
2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M491t

Melo, Maria da Piedade Romeiro de Araujo
Transtorno de pânico em dependentes de substâncias psicoativas alcoólicas e não alcoólicas / Maria da Piedade Romeiro de Araújo Melo. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientadores : Evandro Gomes de Matos, Luis Alberto Magna
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Alccolismo. 2. Drogas. 3. Pânico. I. Evandro Gomes de Matos. II. Luis Alberto Magna. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

Membros:

1. Prof. Dr. Isac Germano Karniol

2. Profa. Dra. Regina Maria Leme Lopes Carvalho

3. Profa. Dra. Renate Meyer Sanches

4. Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas , área de concentração Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/02/2004

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese ao bem mais precioso, meu filho Rafael;
Ao Gerson que esteve comigo o tempo todo;
Aos meus pais e irmãos, por tudo.

AGRADECIMENTOS

gratidão... reconhecimento...

Ao Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, que me orientou nesta tese, e pelas muitas coisas que aprendi com ele.

Ao Prof. Dr. Luis Alberto Magna, meu co-orientador, pela generosidade em auxiliar-me de forma cuidadosa na análise estatística.

Aos profissionais do CRIAD e, de maneira muito especial, à coordenadora Ângela Stocler Vilela.

Às minhas auxiliares de pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcelo Tavares, por gentilmente, ter me enviado a SCID.

Às funcionárias da Unicamp: Mônica, Márcia e Carmem, pelo auxílio nas questões administrativas da pós-graduação.

A CAPES pelo financiamento parcial desta pesquisa.

Às colegas Lionela, Rose e Andréa pela amizade, companheirismo e solidariedade.

Aos sujeitos deste estudo, sem os quais esta tese não seria possível.

Ao Dr. Paulo de Tarso Ubinha, minha eterna gratidão.

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	*xix*
ABSTRACT	*xxiii*
APRESENTAÇÃO	27
1-INTRODUÇÃO	31
1.1-Transtorno de Pânico	33
1.2-Drogas e Drogadição	41
1.3-Comorbidades	47
2-OBJETIVOS	51
2.1-Objetivo Geral	53
2.2-Objetivos Específicos	53
3-MÉTODOS	55
3.1-Instituição	57
3.2-Procedência	58
3.3-Sujeitos e Amostra	58
3.4-Local	59
3.5-Instrumentos	59
3.6-Procedimentos	60
3.7-Análise dos Dados Coletados	61
3.8-Análise Estatística	62
4-RESULTADOS	63
5-DISCUSSÃO	97
6-CONCLUSÕES	111
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
8-ANEXOS	125
Anexo 1	127
Anexo 2	128
Anexo 3	129

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
CEBRID	CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS
CID – 10	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS - 10^{A}. REVISÃO
CRIAD	CENTRO DE REFERÊNCIA E INFORMAÇÃO EM ALCOOLISMO E DROGADIÇÃO
DSM – IV	MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – 4^{A}. REVISÃO
ECA	EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
NCS	NATIONAL COMORBIDITY SURVEY
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PMC	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SCID IV	ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O DSM – IV
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAG	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA
TP	TRANSTORNO DE PÂNICO

LISTA DE TABELAS

		PÁG.
TABELA 1-	RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E TRANSTORNO DE PÂNICO..	67
TABELA 2-	RELAÇÃO ENTRE COR E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	69
TABELA 3-	RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	71
TABELA 4-	RELAÇÃO ENTRE GRAU DE INSTRUÇÃO E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	73
TABELA 5-	RELAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	75
TABELA 6-	RELAÇÃO ENTRE SITUAÇÃO DE TRABALHO E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	78
TABELA 7-	RELAÇÃO ENTRE USO DE SUBSTÂNCIA E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	80
TABELA 8-	RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIA E TRANSTORNO DE PÂNICO.....	82
TABELA 9-	RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIA E ATAQUES DE PÂNICO.....	85
TABELA 10-	IDADE X TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA.....	86
TABELA 11-	TEMPO DE CONSUMO X TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA.....	87
TABELA 12-	TEMPO DE CONSUMO X TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

		PÁG.
GRÁFICO 1-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR GÊNERO.....	66
GRÁFICO 2-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR COR.....	68
GRÁFICO 3-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR ESTADO CIVIL.....	70
GRÁFICO 4-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR GRAU DE INSTRUÇÃO.....	72
GRÁFICO 5-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR RELIGIÃO.....	74
GRÁFICO 6-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR PROFISSÃO.....	76
GRÁFICO 7-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR SITUAÇÃO DE TRABALHO.....	77
GRÁFICO 8-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR USO DE SUBSTÂNCIA	79
GRÁFICO 9-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR USO DE SUBSTÂNCIA – SUBTIPOS.....	81
GRÁFICO 10-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS COM TRANSTORNO DE PÂNICO COM OU SEM AGORAFOBIA.....	83
GRÁFICO 11-	DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS COM ATAQUES DE PÂNICO SOMENTE DURANTE O USO DA SUBSTÂNCIA.....	84
GRÁFICO 12-	DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS E SEU RESPECTIVO INTERVALO DE CONFIANÇA (95%) DO TEMPO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS EM RELAÇÃO AO TIPO DE ATAQUE (AUSENTE, PÂNICO OU PÂNICO AGORAFÓBICO).....	88

RESUMO

Introdução: O objetivo desta pesquisa é levantar dados sobre a prevalência do Transtorno de Pânico (TP) em indivíduos com dependência de substâncias alcoólicas e não-alcoólicas. **Método**:. A amostra é do tipo intencional e composta de forma aleatória, no que se refere ao tipo de drogadependência, procedência, cor, estado civil, grau de instrução, profissão. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Estruturado, e Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtorno do Eixo I (SCID-I/P) versão 2.0. Os dados foram levantados junto aos pacientes em tratamento no Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição – CRIAD no Município de Campinas/SP. **Resultados**: Número de sujeitos: 163 sujeitos, 143 homens (87,70%) e 20 mulheres(12,30%). A maioria - 83,40% - possui o 1º grau completo ou incompleto. Em relação à cor 51,50% são caucasóides; 26,40% são negros; 19,0% são mulatos e 3,10% orientais. A idade variou entre 18 e 64 anos. O grupo sem TP apresentou média de 40,62 anos e desvio-padrão de 10,19 anos. O grupo com TP mostrou média de 37,33 anos e 12,94 anos de desvio-padrão, e o grupo com TP Agorafóbico 42,77 anos e 10,58 anos, respectivamente. Vinte e cinco sujeitos (15,33%) apresentaram TP. Destes, 12 apresentaram TP sem agorafobia e 13 TP com agorafobia. Vinte e dois (86,36%) são homens e três (13,64%) mulheres. O tempo médio de início dos ataques de pânico é de 5,14 anos. A análise do variável tempo de consumo da substância e o TP mostrou o seguinte: o grupo sem TP apresentou uma média de 20 anos de consumo (desvio padrão 10,17); o grupo com TP 16 anos (desvio padrão de 8,32) ; e TP com Agorafobia 15 anos (desvio-padrão de 7,42). Dos 13 sujeitos (8%) que apresentaram ataques de pânico somente durante o consumo da substância, 8 (61,5%) são homens e 5 (38,5%) são mulheres. O álcool está presente em todos os casos. Contudo, em apenas 4 casos é utilizado como única droga consumida. Nos 9 casos restantes está associado a pelo menos mais duas drogas, como: maconha, cocaína, crack, cogumelo, cola, tinta e lança perfume. A média do tempo de consumo é de 14,5 anos. **Conclusões**: A chance do dependente de substância experimentar um ataque de pânico durante o uso da droga é de 7,97%. Verificou-se que o farmacodependente possui aproximadamente 5 vezes mais chances de desenvolver o TP em comparação à população geral.

Descritores: Transtorno de Pânico, Dependência de Drogas e Alcoolismo.

ABSTRACT

Background: The aim of this research is to collect data about the prevalence of Panic Disorder (PD) in subjects with dependence on alcohol and non-alcohol substances. **Methods**: This is an intentional sample, composed at random regarding to the kind of drug dependence (drug addiction) origin, race, marital status, educational level and occupational status or profession. It was used "Structured Questionnaire" and "Structured Clinical Interview" for DSM – IV – Disorder of Axis I (SCID – I / P) version 2.0. The data were collected among the patients who were recieving treatment at CRIAD (a Reference Center for information in alcoholism and drug addiction) in Campinas City / Brazil. **Results**: Number of subjects: 163, being 143 males (87,70%) and 20 females (12,30%). The majority of them 83,40% had completed or incompleted primary school level; 51,50% were caucasians; 26,40% were african-americans; 19,0% were mullatos and 3, 10% were Asians. The average ranges from 18 to 64 years old. The group without PD had shown an average age of 40,62 years old and a standard deviation (SD) of 10,19 years old. The group with PD had shown an average of 37,33 years old and 12,94 years old of standard deviation, and the group with Agoraphobic PD had shown 42,77 years old and 10,58 years old respectively. Twenty – five subjects (15,33%) had shown PD. Of those, 12 had presented PD without agoraphobia and 13 had presented PD with agoraphobia. Twenty-two subjects (86,36%) were men and three subjects (13,64%) were women. The average onset time of panic attacks is about 5,14 years. The variables analysis, length of substance consumption and the PD had shown the following: the group without PD had presented an average of 20 years of consumption (standard deviation 10,17); the group with PD had presented an average of 16 years of consumption (SD of 8,32); and the PD group with agoraphobia had presented an average of 15 years (SD of 7,42). From the 13 subjects (8%), had presented panic attacks only during the period of the substance consumption, 8 (61,5%) were men and 5 (38,5%) were women. The alcohol was present in all the case reports and in only 4 cases it was used as a single drug consumption. In the other 9 remaining cases, the alcohol is associated to at least two other drugs such as: cocaine, crack, mushroom, glue (shoemaker's glue), tint and "parfum – spray speed". The average time of consumption is of 14,5 years. **Conclusions**: The likelihood of a substance dependent subject experiences a panic attack during the use of the drug is of 7,97%. It was verified that the medication dependent subject is 5 times more likely of developing PD when compared to the general population.

Keywords: Panic Disorder, Drug Dependent and Alcoholism.

APRESENTAÇÃO

... Eis que de repente vejo que não sei nada. O gume de minha faca está ficando cego? Parece-me que o mais provável é que não entendo porque o que vejo agora é difícil: estou sorrateiramente em contato com uma realidade nova para mim e que ainda não tem pensamentos correspondentes, e que menos ainda alguma palavra que a signifique. É mais uma sensação atrás do pensamento...

Clarice Lispector

Meu contato inicial com a pesquisa ocorreu durante a graduação na UNESP, quando desenvolvi um projeto de Iniciação Científica. Tomei gosto e nunca mais parei. No mestrado pesquisei as práticas psicoterapêuticas na rede pública. Utilizei metodologia qualitativa, fiz entrevistas e analisei discursos.

Nesta tese, segui um caminho um tanto diferente porque a metodologia empregada é a quantitativa. Percebi que o número só pode nos dizer alguma coisa quando considerado como representante de algo. Aprendi que os números aqui apresentados são de muita responsabilidade, pois diz da dor e do sofrimento de alguém que é dependente de substância e que apresenta o transtorno de pânico.

Procurei ser objetiva e concisa. Na introdução deste trabalho discuti o transtorno de pânico, a questão das drogas e da drogadição e, teci breves considerações sobre comorbidades. Em seguida apresento os objetivos e o método utilizado nesta pesquisa. Os resultados obtidos juntos aos entrevistados foram transformados em gráficos e tabelas. Para não perder de vista os sujeitos fiz uma sucinta descrição da casuística. Depois, estão as discussões e as conclusões deste estudo. Finalmente, as referências bibliográficas e os anexos.

Desenvolver esta tese não foi tarefa fácil, mas nem por isso deixei de me sentir gratificada. Vê-la pronta, porém inconclusa, fez com que me esquecesse da ansiedade e angústia que me gerou. Muitas vezes me perguntei se seria possível passar ilesa por algo que nos envolve tanto.

Esta experiência me enriqueceu muito, abriu novos horizontes. Uma pesquisa é sempre ponto de partida para novas investigações. Tenho a impressão de estar apenas começando.

1-INTRODUÇÃO

".... O DEUS PÂ não morreu,

Cada campo que mostra

Aos sorrisos de Apolo

Os peitos nus de Ceres

Cedo ou tarde vereis

Por lá aparecer

O deus Pã, o imortal

Não matou outros deuses

O triste deus cristão.

Cristo é um é deus a mais,

Talvez um que faltava.

Pã continua a dar

Os sons da sua flauta

Aos ouvidos de Ceres

Recumbente nos campos..."

Fernando Pessoa

1.1-TRANSTORNO DE PÂNICO

Os filósofos, pensadores, religiosos, poetas e cientistas sempre buscaram entender a angústia, a dor e o sofrimento humano. Todos, cada um a seu modo, colocaram à disposição suas compreensões e explicações. Portanto, a indagação sobre a condição humana não é atual.

Para ROLLO MAY (1974)[1], a sociedade moderna vive a idade da ansiedade. A civilização está cada vez mais complexa, sofrendo mudanças constantes de valores sociais, morais e familiares, e estas por sua vez, refletem diretamente na pessoa e, em seu meio.

O indivíduo está em constante conflito. Seus desejos internos, na maioria das vezes, se chocam com a realidade externa. Segundo FREUD (1976), o princípio do prazer se vê compelido a dar lugar ao princípio da realidade. Ocorre, então, a espera e/ou adiamento da concretização dos desejos. Isto gera angústia, no entanto, é esta que possibilita o crescimento e a convivência em grupo. Do ponto de vista psicanalítico, o conflito é parte constituinte do ser humano.

A ansiedade parece permear a condição humana. Sempre que ocorre tem como função alertar e preparar o indivíduo sobre algum "perigo", seu papel é de defesa e proteção possibilitando a adaptação às circunstâncias vivenciais. Sem esse sentimento o homem, possivelmente, estaria exposto a situações que mudariam o curso de sua vida.

Por definição, ansiedade (do latim *anxietate*) significa receio, apreensão e o termo angústia (do latim *angustia)* estreiteza, aflição intensa, agonia. FERREIRA (1999) Apesar, de existir discussões sobre o uso de uma outra palavra, neste trabalho elas serão utilizadas como sinônimas.

Para se entender melhor as questões ligadas à ansiedade é necessário que se faça uma diferenciação entre medo e ansiedade, além disso, prestar atenção à intensidade e sua interferência na vida do sujeito. KAPLAN (1993) em seu Compêndio de Psiquiatria, alerta sobre as dificuldades do cotidiano atual e do quanto isso tem afetado a qualidade de vida das pessoas.

O medo normalmente é associado a uma ameaça conhecida, externa e, portanto, o indivíduo se defende de algo visível. No caso da ansiedade o desconforto vem para alertar sobre um perigo iminente, é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga e normalmente de origem conflitiva. Contudo, a distinção pode ser difícil porque o medo pode ser provocado por um objeto interno inconsciente reprimido e deslocado para outro objeto. O caso do pequeno Hans apresentado por FREUD (1976) é um exemplo disso. A

[1] ROLLO MAY apud MATOS (1992)

criança não tinha medo de cavalos como se pensava inicialmente, mas de seu pai, sentimento esse deslocado para a figura do animal.

Um dos critérios para se buscar uma diferenciação pode ser a duração e a reação durante o episódio. O medo é freqüentemente precedido pelo espanto, despertando instantaneamente os sentidos da visão e da audição. Já a ansiedade não necessariamente, parece que o conflito é um ingrediente fundamental , porém sua ausência não é um requisito para o medo. Os conflitos envolvidos na gênese da ansiedade podem ser de natureza externa os chamados "interpessoais ou os intrapsíquicos ou intrapessoais" causados por eventos internos do sujeito. KAPLAN (1993)

GRUNSPUN (1976) define o medo como um estado emocional de alerta ante o perigo, caracterizado por um conhecimento intelectual do mesmo, enquanto que ansiedade é conceituada também como um estado de alerta, uma antecipação de sofrimento, porém desprovida de conteúdo intelectual. Para o autor, a ansiedade está ligada a conflitos e necessidades internas não resolvidos ou satisfeitas.

A questão, então, não é sentir medo, ansiedade ou angústia, mas sim dar conta de suas significações. Quando se perde suas dimensões e a intensidade fica exacerbada, torna-se patológica. O Transtorno de Pânico é uma das formas patológicas de manifestação da ansiedade.

O transtorno de pânico já recebeu diversas nomenclaturas, a saber: síndrome do pânico; doença do pânico; desordem do pânico e distúrbio do pânico. GENTIL e LOTUFO-NETO (1994) afirmam que até 1980 os sintomas correspondentes a tal transtorno, eram classificados como reação ansiosa, estados ansiosos, neurastenia ou estavam vinculados a outros diagnósticos como as cardiopatias ou estresse pós-traumático.

Etimologicamente, pânico vem do grego *panikon*, o Deus dos pastores e significa terror infundado. Segundo MATOS (1992),

"O primeiro autor a estudar a angústia de forma sistematizada foi FREUD em 1984, ao publicar o artigo " Sobre os critérios para destacar da Neurastenia uma síndrome particular intitulada Neurose de Angústia. Neste texto aparece claramente a primeira descrição do ataque de pânico, embora o autor não utilizasse esta expressão".

Na literatura moderna, um dos precursores a estudar o pânico foi DONALD KLEIN (1962). Para esse autor as pessoas que sofriam deste transtorno apresentavam conflitos relacionados à separação. A ansiedade de separação, geralmente dos pais, constituía-se de sintomas voltados à inibição e medo exacerbados. Segundo WHITAKER (2001), mais tarde KLEIN desconsiderou esse "olhar" que inclui o histórico emocional deste transtorno e adotou a teoria, que se disseminou amplamente nos meios acadêmicos, que aborda os transtornos psíquicos como conseqüência de disfunções neuroquímicas.

SOUZA (1996) pesquisou a relação entre o Transtorno de Pânico e o Transtorno de Ansiedade de Separação e concluiu que há necessidade de cautela para se estabelecer correlações entre ambos, como pode-se verificar em sua afirmação abaixo:

"Quanto à associação entre Transtorno do Pânico e a ansiedade de separação, verificamos que embora a ocorrência de Transtorno de Ansiedade de Separação na infância, de indivíduos com Transtorno de Pânico, com ou sem Agorafobia, quando comparados com o grupo controle, apresentassem diferenças significativas, não podemos afirmar que o Transtorno de Ansiedade de Separação na infância esteja vinculado ao Transtorno de Pânico na idade adulta..."

Nosografia

Há diferentes formas de descrever e teorizar sobre uma nosologia. A definição aqui adotada é baseada no modelo médico/psiquiátrico e portanto, considerado científico.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DMS-IV – APA (2003), apresenta a seguinte classificação para os Transtornos de Ansiedade:

300.01 Transtorno de Pânico sem Agorafobia

300.21 Transtorno de Pânico com Agorafobia

300.22 Agorafobia sem História de Transtorno de Pânico

300.29 Fobia Específica

Especificar tipo: animal, ambiente natural, sangue, injeção, ferimentos, tipo situacional, outro tipo

300.23 Fobia Social

Especificar se: generalizada

300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Especificar se: com insight pobre

300.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Especificar se: agudo, crônico, com início tardio

308.3 Transtorno de Estresse Agudo

300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.89 Transtorno de Ansiedade devido a

Indicar condição Médica Geral

Especificar se: com ansiedade generalizada, com ataques de pânico, com sintomas obsessivos-compulsivos

Transtorno de Ansiedade induzido por Substância

Especificar se: com ansiedade generalizada, com ataques de pânico, com sintomas obsessivos-compulsivos, com sintomas fóbicos

Especificar se: com início durante a intoxicação, com início durante abstinência

300.00 Transtorno de Ansiedade sem outra especificação (SOE)

Para caracterizar o Ataque e o Transtorno de Pânico o mesmo Manual afirma:

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual 4 (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:

(1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
(2) sudorese
(3) tremores ou abalos
(4) sensação de falta de ar ou sufocamento
(5) sensação de asfixia
(6) dor ou desconforto torácico
(7) náusea ou desconforto abdominal
(8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
(9) desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
(10) medo de perder o controle ou enlouquecer
(11) medo de morrer
(12) parestesias (anestesia ou sensação de formigamento)
(13) calafrios ou ondas de calor

A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – OMS (1993), apresenta semelhanças e diferenças em relação ao DSM-IV, conforme se pode notar no quadro seguinte:

Os aspectos essenciais são ataques recorrentes de ansiedade grave (pânico), os quais não estão restritos a qualquer situação ou conjunto de circunstâncias em particular e que são, portanto, imprevisíveis. Assim como em outros transtornos de ansiedade, os sintomas dominantes variam de pessoa para pessoa, porém início súbito de palpitações, dor no peito, sensações de choque, tontura e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização) são comuns. Quase invariavelmente há também um medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. Os ataques individuais usualmente duram apenas minutos, ainda que às vezes sejam mais prolongados; sua freqüência e o curso do transtorno são, ambos, muito variáveis. Um indivíduo em um ataque de pânico freqüentemente experimenta um crescendo de medo e sintomas autonômicos, o qual resulta em uma saída, usualmente apressada, de onde quer que ele esteja. Se isso ocorre numa situação específica, tal como em um ônibus ou em uma multidão, o paciente pode subseqüentemente evitar aquela situação. De modo similar, ataques de pânico constantes e imprevisíveis produzem medo de ficar sozinho ou ir a lugares públicos. Um ataque de pânico com freqüência é seguido por um medo persistente de ter outro ataque.

Diretrizes diagnósticas:
Nesta classificação, um ataque de pânico que ocorre em uma situação fóbica estabelecida é considerado como uma expressão da gravidade da fobia, à qual deve ser dada precedência diagnóstica. Transtorno de pânico deve ser o diagnóstico principal somente na ausência de quaisquer das fobias em F40.

Para um diagnóstico definitivo, vários ataques graves de ansiedade autonômica devem ter ocorrido num período de cerca de 1 mês:
(a) em circunstâncias onde não há perigo objetivo;
(b) sem estarem confinados a situações conhecidas ou previsíveis e
(c) com relativa liberdade de sintomas ansiosos entre os ataques (ainda que ansiedade antecipatória seja comum).

Inclui: ataque de pânico
estado de pânico

Diagnóstico diferencial: Transtorno de pânico deve ser distinguido de ataques de pânico ocorrendo como parte de transtornos lóbicos estabelecidos, como já ressaltado. Ataques de pânico podem ser secundários a transtornos depressivos, particularmente em homens, e se os critérios para um transtorno depressivo são preenchidos ao mesmo tempo, o transtorno de pânico não deve ser firmado como o diagnostico principal.

Estabelecendo uma breve comparação entre o apresentado acima, nota-se que o DSM-IV considera o Transtorno de Pânico como diagnóstico primário e a Agorafobia como secundário, enquanto que a CID-10 dá a diretriz diagnóstica inversa, ou seja, a Agorafobia é primária e o Transtorno de Pânico constitui-se em diagnóstico secundário.

CASSANO et al (1998) vêm discutindo, atualmente, a complexidade que é estabelecer um diagnóstico e desenvolveram um instrumento novo de investigação que avalia aspectos subclínicos do pânico. O "Spetrum Model" constitui-se num questionário de auto-avaliação para o pânico-agorafóbico. São 114 questões que levantam indícios sobre a possibilidade do indivíduo vir a ter o transtorno.

No Brasil, duas pesquisadoras SARDELLI e RAVERA (2004) estão validando o instrumento e realizando estudos em grandes populações. Os resultados preliminares mostram que 37% dos sujeitos avaliados apresentam sintomas subclínicos do Transtorno de Pânico (TP).

O diagnóstico precoce do TP pode ajudar na não cronificação da patologia. PEREIRA (1997) aponta que nos estados crônicos, os sintomas agorafóbicos e hipocondríacos tornam-se muito pronunciados. São comuns estados depressivos, o abuso do álcool, sentimentos de desmoralização, além de uma alta freqüência de suicídios e de tentativas de suicídio entre esses pacientes.

Epidemiologia

Epidemiologicamente pode-se afirmar que a ansiedade é o distúrbio psiquiátrico mais encontrado na população em geral. Atinge cerca de 20% da população GENTIL E LOTUFO-NETO (1997). Em relação ao TP com ou sem agorafobia, as taxas para toda a vida em amostras comunitárias variam entre 1,5% e 3,5% da população. Em amostras específicas, como entre os indivíduos encaminhados para consulta em saúde mental a prevalência é em torno de 10%. Em clínicas de neurologia, otorrinolaringologia e, de doenças respiratórias situam-se entre 10% e 30%; em consultórios de cardiologia até 60%. Cerca de um terço dos indivíduos com o transtorno é diagnosticado com agorafobia. APA (2003)

A idade de início é muito variável, é mais freqüente entre o final da adolescência e a faixa dos 30 anos. Parentes biológicos de primeiro grau possuem oito vezes mais chances de desenvolverem o pânico. Estudos mostram que os indivíduos

tratados em contextos terciários sugerem que , em 6 –10 anos pós-tratamento, cerca de 30% deles estão bem, 40 – 50% melhoraram, mas ainda permanecem sintomáticos e os 20 – 30 % restantes têm sintomas iguais ou ligeiramente piores. APA (2003)

Em termos de etiologia PAPP e GORMAN (1998), afirmam que a mulher possui algumas características orgânicas que favorecem o surgimento do Transtorno de Pânico mais nesse gênero que em homens. O DSM – IV (2003) afirma que o diagnóstico do pânico, sem agorafobia, ocorre com o dobro da freqüência na mulher e, com agorafobia, é três vezes maior.

É difícil considerar um fator como causa etiológica única do TP. Pode-se dizer que o mesmo é multideterminado por fatores genéticos, ambientais, sociais, emocionais, entre outros.

1.2-DROGAS E DROGADIÇÃO

O uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas variam de acordo com a época, os padrões e normas culturais da sociedade. Por exemplo, os povos andinos fazem uso da folha da coca; os afegãos do cânhamo; os índios do sul dos Estados Unidos fazem uso da mescalina; o álcool etílico, a nicotina e a cafeína são utilizados pelos povos de origem européia, de forma lícita. GRAEFF (1989). Portanto, o que é proibido para certa sociedade, não o é para outra. O que parece ser consenso, é que o uso indevido de substâncias pode trazer prejuízo físico, emocional, cognitivo e social para o indivíduo.

Houve época, especialmente na antigüidade, em que o uso de drogas era algo mais restrito à busca de alívio ou mesmo de cura. Grandes mudanças só começaram a ocorrer na modernidade, segundo LIMA (2000), "historicamente a disseminação do uso... estão intimamente ligadas ao estabelecimento da produção industrial de medicamentos e outras panacéias no século XIX. Entre 1870 e 1933 dez países mantinham fábricas que produziam opiáceos e cocaína em larga escala".

Também é importante citar que as Grandes Guerras Mundiais contribuíram para o alargamento do consumo de substâncias, pois estas se prestavam como auxílio para suportar as adversidades vividas nessas situações de sofrimento intenso.

No entanto, a ingestão de drogas não é um problema da vida moderna. Segundo HOUXLEY (1957)[2] "...os sedativos, euforizantes, alucinógenos e estimulantes de ocorrência natural foram descobertos há milhares de anos.... Houve viciados em drogas muito antes de existirem agricultores", e acrescenta, "parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os Paraísos Artificiais.."

SIGMUND FREUD (1976), em sua obra Mal Estar na Civilização, destacou ".. se valorizam os serviços prestados pelas drogas na luta pela felicidade e para evitar o sofrimento, que tanto os indivíduos como os povos reservaram para elas uma posição inabalável na economia da libido..."

Por definição o termo "DROOG" vem do holandês antigo e significa folha seca, pois na antigüidade todos os medicamentos eram feitos a base de vegetais. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) define, na atualidade, como droga "qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento".

Dentre as muitas drogas existentes e utilizadas com finalidades diferentes, há um grupo de especial interesse que, na realidade, é o foco desta pesquisa, o das substâncias psicotrópicas ou psicoativas. Estas são drogas que atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) são divididas em três grupos, a saber: as Depressoras do SNC, como por exemplo, o álcool, hipnóticos, ansiolíticos, opiáceos e inalantes; os Estimulantes do SNC são exemplos os anorexígenos e a cocaína; e os Perturbadores da Atividade do SNC, como a mescalina, maconha, cogumelo e o lírio.

Uma questão complicada é quando se tenta traduzir em números a situação do uso de drogas psicoativas. Até o início da década de 90 os dados epidemiológicos encontrados na literatura eram escassos e "repousavam principalmente em estatísticas policiais e hospitalares ou em ocorrências dos institutos médico-legais". BUCHER (1992). Apesar das dificuldades, pesquisas recentes têm mostrado a predominância do consumo de álcool, seguido do tabaco, inalantes e medicamentos psicotrópicos. Segundo o mesmo autor, "ao contrário do que freqüentemente se veicula, as drogas ilícitas (em particular

[2] HOUXLEY apud AZEVEDO (2000)

maconha e cocaína) contribuem apenas discretamente para o problema de saúde pública criado pelo abuso de substâncias psicoativas."

Recentemente, em 2001, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, realizou um importante estudo, intitulado I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. A pesquisa abrangeu os 107 maiores municípios brasileiros e considerou o consumo de drogas lícitas e ilícitas. As constatações foram as seguintes: o álcool é a droga mais consumida e com maior índice de dependência, 11,2% da população pesquisada e, em seguida, aparece o tabaco com 9%. Esses dados corroboram o que foi apontado logo acima. Entre as drogas ilícitas verificou se que 6,9 % fez uso durante a vida de maconha e 5,8% de solventes. A heroína apareceu com apenas 0,1%, índice dez vezes menor do que o dos Estados Unidos que é de 1,2 %. O surpreendente é que este estudo apurou que 4,3 % dos sujeitos pesquisados fazem uso de orexígenos (medicamento utilizado para estimular o apetite e que é vendido sem controle algum).

Se compararmos estes dados com os dos Estados Unidos, verifica-se que o Brasil apresenta índices de duas a quatro vezes menores. Em relação aos países vizinhos como Colômbia e Chile não se constata muitas diferenças no consumo de drogas psicoativas.

Dado o crescimento do número de indivíduos que se recorrem de forma abusiva às substâncias, há necessidade de desenvolver programas de prevenção, e também de tratamento que levem em conta a saúde integral. DALGALARRONDO (2000) aponta alguns itens que devem ser avaliados, como "problemas atuais, o histórico do sujeito e que se realize uma avaliação psicológica, psicossocial e sociocultural."

SILVEIRA FILHO e GORGULHO (1996) afirma que um procedimento preventivo configura um empreendimento dialético, dinâmico e evolutivo. Destacam dois pontos a serem considerados: a complexidade da questão e os fatores econômicos, históricos, sociais, culturais, familiares e psicológicos. Neste sentido a prevenção implica significações distintas, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

A prevenção ao uso indevido de drogas é fundamental. Todavia, quando há a instalação do uso/ abuso/ dependência de drogas, é imprescindível o diagnóstico e o tratamento adequado. Para isso, diferenciar alguns conceitos podem ajudar. As palavras

abuso e dependência têm representações diferentes, pois nem toda dependência vem acompanhada de abuso e vice-versa. Por exemplo, um indivíduo pode depender da morfina para o alívio de sua dor. No entanto, usando nas doses prescritas não se caracteriza o abuso da substância. Por outro lado, um adolescente que, por curiosidade, venha a experimentar alguma droga ilícita, certamente não é dependente, mas incorreu em uso e/ou abuso da substância.

Para OLIVENSTEIN (1980)[3] o fenômeno da dependência se constitui a partir de três elementos: 1) a substância psicoativa, com características farmacológicas peculiares; 2) o indivíduo, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; 3) o contexto sociocultural, dinâmico e polimorfo, onde se realiza esse encontro entre o indivíduo e um produto.

O DSM – IV apresenta os seguintes critérios para a Dependência de Substância: APA (2003)

[3] OLIVENSTEIN apud SILVEIRA FILHO E GORGULHO (1996)

Critérios para Dependência de Substância

Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) necessidade de quantidades progressivamente maiores de sustância, para obter a intoxicação ou o efeito desejado,
(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica da substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas),
(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido,

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância,

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (p. ex., consultas a vários médicos ou longas viagens de automóvel), na utilização da substância (p. ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos,

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância,

(7) uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p. ex., uso atual da cocaína, embora o indivíduo reconheça como indutora da sua depressão, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou devido ao consumo do álcool).

O mesmo Manual define como abuso de substância "um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância... A diferença dos critérios para Dependência... para o abuso não incluem tolerância, , abstinência ou um padrão de uso compulsivo, ao invés disso, apenas as conseqüências prejudiciais do uso repetido..." APA (2003).

A questão das drogas e da drogadição parece ser preocupação constante na sociedade. No Rio de Janeiro em 1830, segundo KARNIOL (1981)[4] já existia uma certa repulsa social ao uso da maconha. Um decreto da Câmara Municipal proibia a venda, o uso e a conservação da substância, inclusive estabelecia multa e prisão para os contraventores.

A sociedade de forma geral faz pressões e cobra do Estado o desenvolvimento de políticas que possam coibir o tráfico de drogas e mais, busca através disso proteger os seus da possibilidade de virem a ser consumidores, principalmente das substâncias ilícitas. A medicina e a psicologia têm sido convidadas a participarem desse processo.

KARNIOL (1981)[5] referindo-se às expectativas sociais que recaem sobre os pesquisadores, afirma que "desesperada a sociedade se volta para a medicina, em particular, e para as ciências, em geral, na tentativa de comprovar se realmente estas substâncias, do ponto de vista psicológico, físico ou social, poderiam trazer efeitos danosos para o indivíduo..."

Além das expectativas sociais, considera-se importante mencionar também que ao se discutir a questão das drogas e drogadiçao é difícil não pontuar o preconceito e a estigmatização pela qual passa o dependente de substância.

Segundo GOFFMAN (1982), o estigma e o preconceito sempre existiram e, portanto, remontam à história do homem. Afirma que a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, um processo que ocorre sempre que há normas de identidade. Para o autor, o estigma coloca o indivíduo em situação de inabilitado para a aceitação social plena e isso repercute na vida do sujeito. É uma marca que modifica o olhar sobre o sujeito, o rotula.

[4] KARNIOL apud REZENDE (1999)
[5] KARNIOL apud REZENDE (1999)

Para TELFORD (2003), o estigma está diretamente ligado ao preconceito, à pré-concepção que se tem acerca do indivíduo. O estigmatizado reafirma o normal, pois é a referência discrepante. Um não existe sem o outro.

O usuário/dependente de drogas carrega o estigma do drogado. Esta marca o coloca numa condição diferenciada. Ou ele é rejeitado na família e na sociedade, ou causa pena e é visto como vítima de uma determinada situação. Se apresentar comorbidades, especialmente de doenças mentais, vai sendo considerado mais inabilitado, ainda, para o convívio social.

A fala do indivíduo entra em descrédito e, muitas vezes, é utilizada como afirmação da não condição de ser considerado um sujeito normal. A forma como é visto determina como agem com ele e isto leva a um círculo vicioso. O não cuidado com esta questão, pode ser um fator que contribua para a permanência do indivíduo nesse lugar/situação.

1.3-COMORBIDADES

A existência de comorbidades psiquiátricas em usuário e/ou dependente de drogas têm sido apontado na literatura há algum tempo. Na década de 90, foram realizados nos Estados Unidos dois importantes estudos epidemiológicos: o *Epidemiologic Catchment Area* – ECA (1990) e o *National Comorbidity Survey* – NCS (1993), ambos levantaram altas taxas de prevalência entre comorbidades, estas variando de 15% a 40%. TOSCANO e SEIBEL (2001).

BEEDER e MILLMAN (1997) afirmam que inicialmente o "Dual Diagnosis" – diagnóstico duplo – era o termo utilizado para descrever perturbações psiquiátricas associadas a transtornos por uso de substâncias. A partir de 1970 é que o termo comorbidade passou a ser utilizado amplamente. Embora, historicamente, comorbidade possua várias definições, para este estudo, a entendemos como sendo a co-existência de duas ou mais patologias em um mesmo indivíduo.

Há muitas controvérsias acerca das relações entre os sintomas da ansiedade relacionados ao uso de Drogas. Para VAILLANT (1999), nos casos de Alcoolismo, a maior parte da psicopatologia é secundária ao uso do álcool, enquanto que, para outros, é o transtorno psíquico que conduz ao uso de drogas como tentativa de automedicação,

TOSCANO e SEIBEIL (2001). Esta é uma questão complexa, pois é muito complicado determinar se o consumo de substância é causa, conseqüência ou está associado a outros quadros psiquiátricos.

SILVEIRA FILHO e JORGE (1999) afirmam que, em estudos epidemiológicos, a associação de dois transtornos sugere que uma das patologias possa ter relação causal com a outra, ou então, que existiriam fatores de vulnerabilidades comuns às duas patologias.

Em termos de etiologia, LEHAMAN et al. (1989) apresentam quatro hipóteses podem auxiliar na compreensão: a) distúrbio mental primário e abuso de substâncias secundário; b) abuso de substâncias primário e conseqüências psicopatológicas; c) duplo diagnóstico primário; d) etiologia comum. Pode ocorrer do mesmo paciente se enquadrar em um ou mais desses modelos hipotéticos.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) aponta que, a ansiedade e os distúrbios depressivos, freqüentemente, ocorrem juntos. Outra situação comum é a presença de transtornos mentais associados ao uso e dependência de substâncias. Entre pessoas atendidas por serviços relacionados com o uso do álcool e drogas, 30% e 90% apresentam um "transtorno dúplice".

A presença da comorbidade é mais comum nas mulheres do que nos homens. Há indicações que a mulher comunique um número maior de sintomas físicos e psicológicos. No entanto, observa-se uma prevalência maior de transtornos devidos ao uso de substâncias e transtornos de personalidade anti-social no sexo masculino. OMS (2001).

Esta é de fato uma questão complicada, pois traz à tona quem e como se diagnostica o indivíduo que sofre. A OMS (2001) aponta, em seu relatório, que os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados com uso de métodos clínicos semelhantes aos que se utilizam para transtornos físicos. Os quais "incluem uma cuidadosa anamnese colhida do indivíduo e de outros, inclusive a família; um exame clínico sistemático para definir o status mental; e os testes e investigações especializadas que sejam necessários."

De qualquer forma, observa-se uma elevada taxa de comorbidades psiquiátricas em farmacodependentes. AZEVEDO (2000) fornece alguns dados, os transtornos psiquiátricos que mais aparecem são: transtorno de ansiedade (28%) , incluindo TP e TAG;

seguido por transtorno de humor (26%) ; transtorno de personalidade anti-social (18%) e esquizofrenia (7%).

Em relação ao TP e uso de substância PEREIRA (1997) afirma que, ataques de pânico podem estar associados ao uso de substâncias tóxicas, notadamente as anfetaminas, o haxixe e os indutores de angústia, utilizados experimentalmente, como a yombina.

Como já mencionado, é um tanto complicado estabelecer o que vêm primeiro quando se está diante da presença de duas ou mais patologias. No entanto, considera-se lícito buscar hipóteses diagnósticas que favoreçam o encontro com o tratamento adequado.

2-OBJETIVOS

2.1-OBJETIVO GERAL

- Pesquisar a prevalência do Transtorno de Pânico em Dependentes de Substâncias Psicoativas Alcoólicas e Não-Alcoólicas.

2.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e avaliar os sinais e sintomas do Transtorno de Pânico;
- Investigar a associação do Ataque de Pânico e o uso de drogas;
- Levantar dados que possam auxiliar no diagnóstico e tratamento de comorbidades em drogaditos.

3-MÉTODOS

Nesta pesquisa os parâmetros referentes ao uso, abuso e dependência são os estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV assim como a avaliação da comorbidade TP foi realizada através da aplicação da *Structured Clinical Interview for the DSM - IV - SCID – IV - Transtornos do Eixo I.* APA (1994).[1]

3.1-INSTITUIÇÃO

Os dados foram coletados junto aos pacientes em tratamento no Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição – CRIAD. Este é um serviço de saúde mental intermediário, ligado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas, estado de São Paulo.

O CRIAD oferece atendimento ambulatorial gratuito intensivo e aberto, de adesão voluntária. O trabalho é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, com atendimento prioritariamente em grupo e, quando necessário, individual. Inclui projetos terapêuticos específicos para sexo, idade e grau de comprometimento, assistência e orientação aos familiares. O paciente recebe tratamento farmacológico administrado por uma equipe médica e outros tratamentos como psicoterapia, oficinas terapêuticas e atividades de reinserção psicossocial.

A população atendida é composta por adolescentes e adultos que apresentam uso abusivo e/ou dependência de álcool e/ou outras substâncias.

Após a avaliação diagnóstica, os pacientes são encaminhados para os grupos de acolhimento e posteriormente para os grupos de atendimento específico de acordo com a necessidade do caso. Os princípios norteadores da assistência prestada são os mesmos preconizados pelo SUS à saber: acolhimento, responsabilização, humanização e acesso aberto (doc. CRIAD, s/d). Toda a equipe do CRIAD possui supervisão clínica e institucional.

[1] Respeitando o uso internacional, do mesmo modo que se manteve a sigla DSM –IV para o Manual Diagnóstico e Estatístico IV, mantém-se a SCID–IV para Structured Clinical Interview for the DSM-IV. TAVARES (1997)

3.2-PROCEDÊNCIA

O CRIAD recebe em média 300 novos pacientes por ano. A maioria dos pacientes vem encaminhada pelos setores primário, secundário e terciário de saúde, além de escolas e do Serviço de Promoção Social da PMC. Uma pequena parte da população atendida vem da demanda espontânea. Todos são moradores da cidade ou da Região Metropolitana de Campinas.

3.3-SUJEITOS E AMOSTRA

Os critérios para inclusão dos sujeitos participantes na composição da amostra foram os seguintes:

- Estar em tratamento no CRIAD,
- Ser maior de idade;
- Estar sóbrio no momento da entrevista;
- Não apresentar retardo mental;
- Não ser psicótico.

Os participantes desta pesquisa são de ambos os sexos, com idade variando entre 18 e 64 anos. A amostra é do tipo intencional e foi composta de forma aleatória, no que se refere ao tipo de substância em uso, escolaridade, religião, procedência, raça, estado civil e profissão.

No total foram avaliados 163 sujeitos, constituídos por 20 mulheres e 143 homens. Vale salientar que a participação nesta pesquisa foi voluntária e, que não implicou em nenhuma alteração no tratamento proposto pela instituição.

3.4-LOCAL

A aplicação dos instrumentos utilizados nesta pesquisa ocorreu em uma sala, especialmente destinada a este fim, nas dependências do CRIAD.

3.5-INSTRUMENTOS

- Questionário Estruturado [anexo 2]
- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Transtornos do Eixo I – S C I D – I - P (versão 2.0), módulo E integralmente e, módulo F a parte que se refere ao Transtorno de Pânico com ou sem agorafobia. [anexo 3]

Módulos da SCID – IV

Módulo	Transtorno
Módulo E: Transtornos por Substâncias	Dependência de Álcool Abuso de Álcool Dependência de Anfetaminas Abuso de Anfetaminas Dependência de Cannabis Abuso de Cannabis Dependência de Cocaína Abuso de Cocaína Dependência de Alucinógenos Abuso de Alucinógenos Dependência de Opióide Abuso de Opióide Dependência de Fenciclidina Abuso de Fenciclidina Dependência de Sedativo/Hipnótico/Ansiolítico Abuso de Sedativo/Hipnótico/Ansiolítico Dependência de Polisubstâncias Dependência de Outra Substância ou Abuso de Outra Substância ou Desconhecido
Módulo F: Transtornos de Ansiedade	Transtorno de Pânico com Agorafobia Transtorno de Pânico sem Agorafobia

A opção pela Entrevista Clínica Estruturada deveu-se ao fato deste estudo ter como parâmetros de avaliação o DSM – IV e a vantagem de aplicar módulos diferentes de um único instrumento, garantindo uma melhor padronização da avaliação diagnóstica.

3.6-PROCEDIMENTOS

Os procedimentos adotados foram os seguintes:

a) Inicialmente, fez-se contato com a coordenadora do CRIAD para a obtenção da autorização para se realizar as entrevistas. Naquele momento foi proposto uma reunião entre a pesquisadora e a equipe da Instituição para apresentar e discutir o estudo em questão.

b) Previamente à aplicação dos instrumentos, foi feito um contato verbal com os sujeitos. Isto ocorreu no momento da apresentação da pesquisadora aos grupos de medicação. Todos os pacientes da instituição são atendidos por esses grupos para se verificar se há necessidade ou não de uso de medicamentos. Portanto, para este estudo foram contatados todos os pacientes que estavam em tratamento no CRIAD durante o período da coleta de dados.

c) Em seguida, cada participante foi convidado a participar da entrevista individualmente, quando se solicitou que lesse e, caso concordasse, assinasse o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisas com Seres Humanos** [anexo 1].

d) Iniciou-se a aplicação dos instrumentos, na seguinte ordem: primeiro o Questionário Estruturado, que foi elaborado com a finalidade de caracterizar a população de dependentes em tratamento e, logo em seguida, a SCID para avaliar o uso, abuso e dependência de substâncias e o Transtorno de Pânico. O tempo de duração das entrevistas variou entre 20 e 30 minutos.

Vale salientar que todo cuidado foi tomado para garantir o sigilo e o anonimato do pesquisando, principalmente, por se ter clareza de que a ingestão de certas substâncias é ilegal. Entende-se que, por não se utilizar de procedimentos invasivos, a participação ser livre, o instrumento ter sido validado internacionalmente e por se guardar o anonimato, os princípios éticos foram integralmente aplicados nesta pesquisa.

3.7-ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Trata-se de um estudo quantitativo. Os dados levantados foram organizados, tabulados e receberam tratamento estatístico com a finalidade de estabelecer comparações e correlações.

3.8-ANÁLISE ESTATÍSTICA

A verificação de associação entre variáveis qualitativas foi realizada por meio do Teste do Qui-Quadrado aplicado às Tabelas de Contingência; a comparação das médias das variáveis quantitativas foi feita pela Análise da Variância, após verificação de que as variâncias eram homogêneas. Utilizou-se também Análise de Correlação Linear e Logarítmica. Em todos os casos adotou-se o nível de 5% ($p<0,05$) para a declaração de significância.

4-RESULTADOS

"... Porque o sentido do "total" ou do "conjunto" não vem de um total

ou de um conjunto

Mas da verdadeira Natureza talvez nem todo nem partes.

O único mistério do Universo é o mais e não o menos,

Percebemos demais as cousas --- eis o erro, a dúvida.

O que existe transcende para mim o que julgo que existe.

A Realidade é apenas real e não pensada..."

Fernando Pessoa

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos junto aos sujeitos avaliados neste estudo.

Os gráficos de 1 a 11 são constituídos de dados descritivos, tais como: gênero, cor, estado civil, grau de instrução, religião, profissão, situação de trabalho e a distribuição dos sujeitos por uso de substância. O gráfico 12 apresenta o intervalo de confiança entre o tempo de consumo da substância e a presença ou ausência do TP.

As tabelas de 1 a 9 são as chamadas tabelas de contingência e apresentam as correlações entre as variáveis descritivas e o transtorno de pânico. A 10 refere-se à idade dos sujeitos, a 11 ao tempo de consumo da substância e a tabela 12 apresenta o tempo de início dos ataques de pânico. As tabelas 10, 11 e 12 são de análise de variância e cada uma delas apresenta média e desvio-padrão.

Após os gráficos e tabelas, segue a apresentação da casuística desta pesquisa. Nela pode-se encontrar a descrição detalhada dos pacientes que possuem o TP e dos que apresentaram ataques de pânico somente durante o uso de substância.

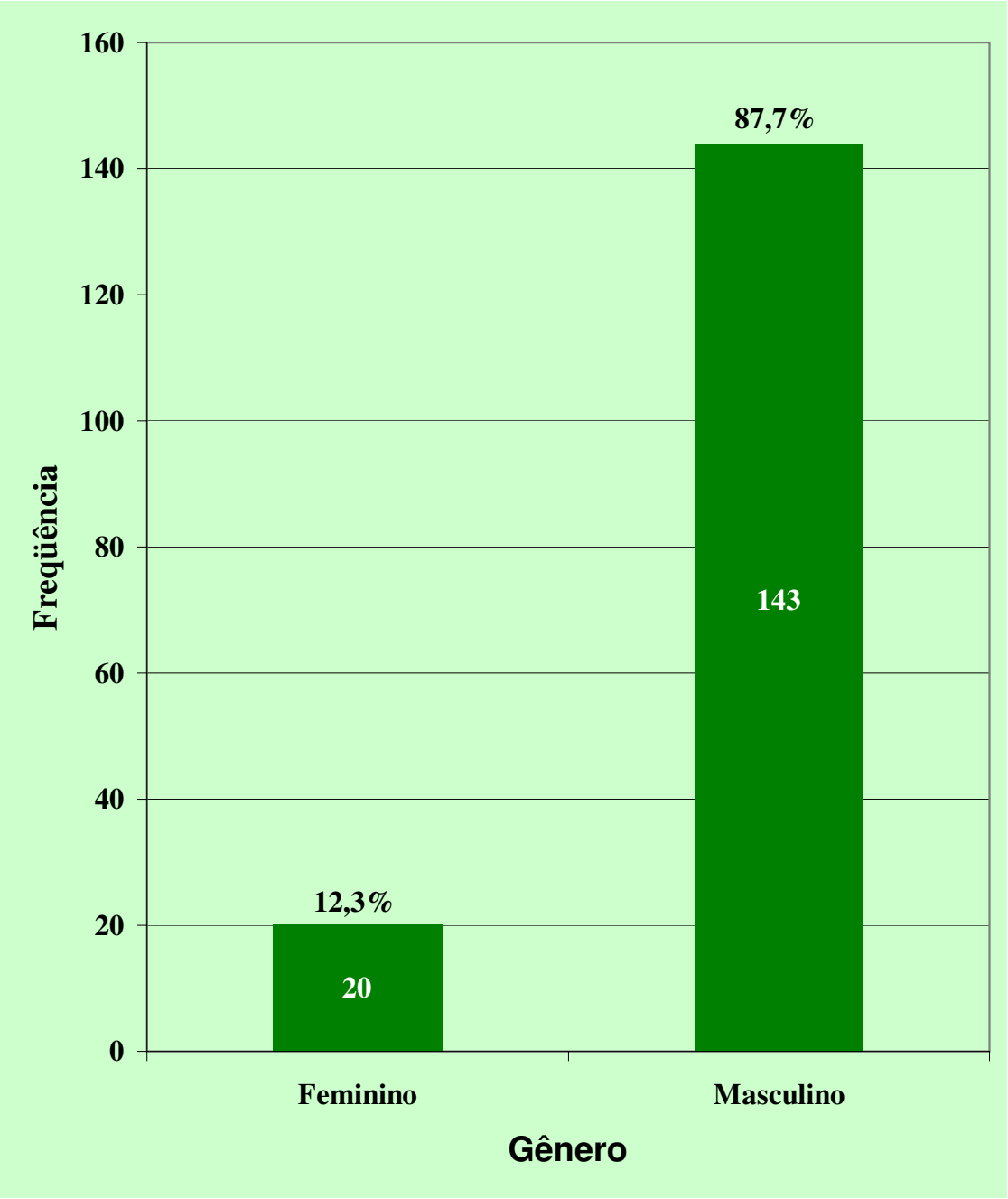


Gráfico 1-Distribuição dos Sujeitos por Gênero (N=163)

Tabela 1-Relação entre Gênero e Transtorno de Pânico (N = 163)

	Feminino	Masculino
Sem TP e sem Agorafobia	**17**	**121**
	12,3%	**87,7%**
TP	**0**	**12**
	0,0%	**100,0%**
TP e Agorafobia	**3**	**10**
	23,1%	**76,9%**
Total	**20**	**143**
	12,3%	**87,7%**

X^2 = 3,1; GL = 2; p = 0,2

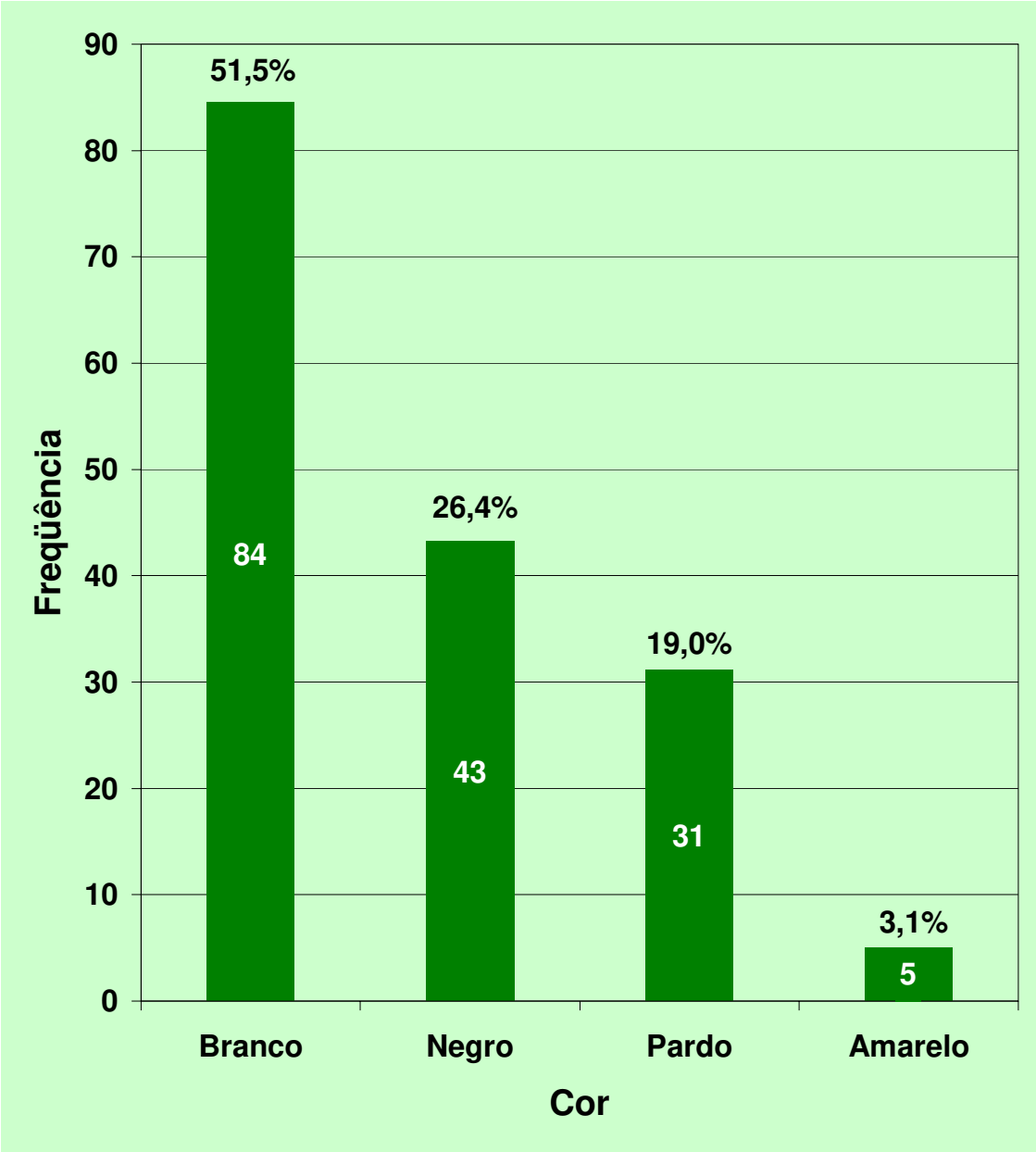


Gráfico 2-Distribuição dos Sujeitos por Cor (N=163)

Tabela 2-Relação entre Cor e Transtorno de Pânico (N = 158)

	Branca	Negra	Parda
Sem TP e sem Agorafobia	**75**	**35**	**25**
	55,6%	**25,9%**	**18,5%**
TP	**4**	**3**	**3**
	40,0%	**30,0%**	**30,0%**
TP e Agorafobia	**5**	**5**	**3**
	38,5%	**38,5%**	**23,1%**
Total	**84**	**43**	**31**
	53,2%	**27,2%**	**19,6%**

X^2 = 2,4; GL = 4; p = 0,7

Observação: Cinco sujeitos da cor amarela foram excluídos por representarem menos que 5% do total da amostra, portanto não são passíveis de tratamento estatístico com o teste Qui-quadrado.

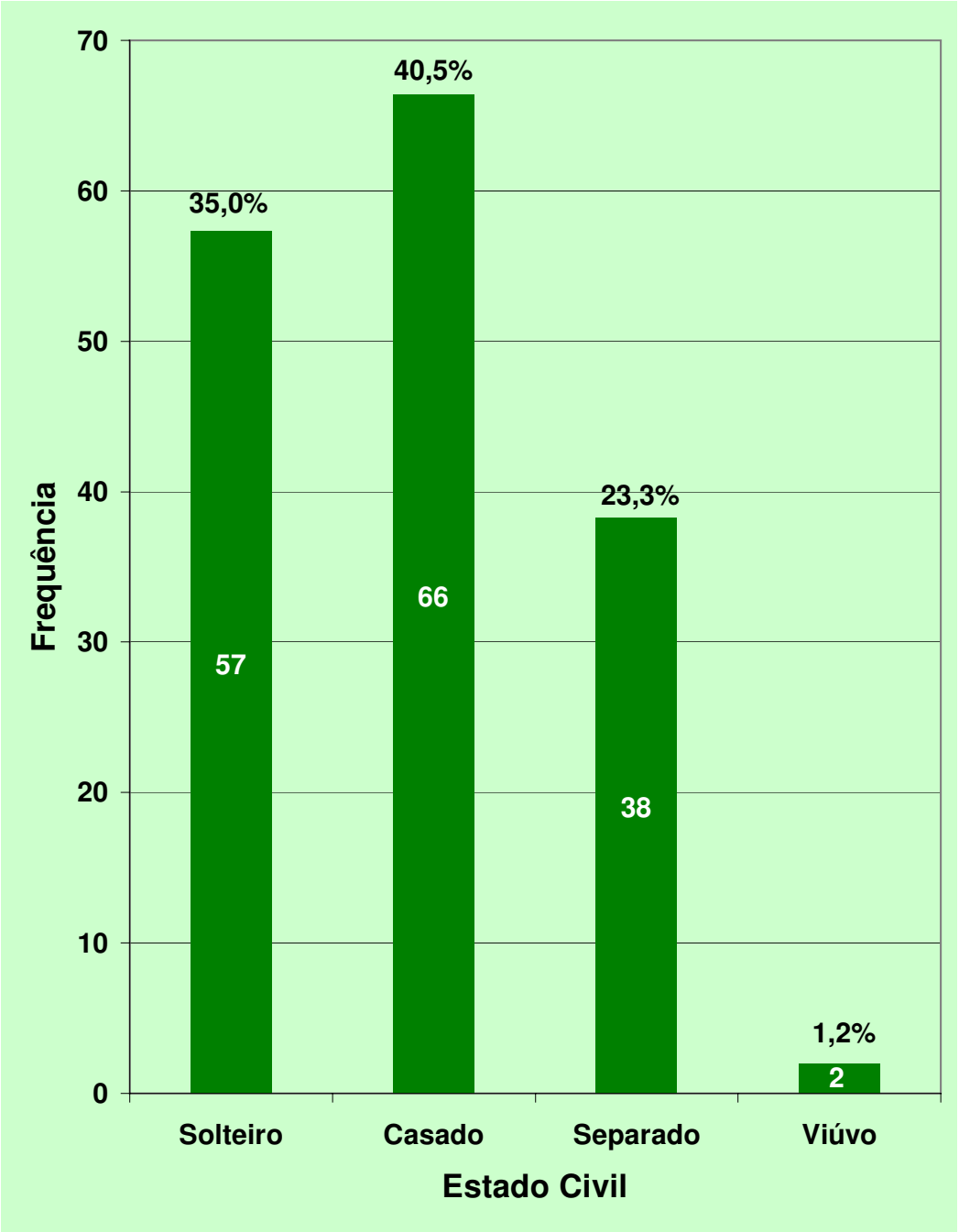


Gráfico 3-Distribuição dos Sujeitos por Estado Civil (N=163)

Tabela 3-Relação entre Estado Civil e Transtorno de Pânico (N = 161)

	Solteiro	Casado	Separado
Sem TP e sem Agorafobia	**45**	**61**	**30**
	33,1%	**44,9%**	**22,1%**
TP	**5**	**3**	**4**
	41,7%	**25,0%**	**33,3%**
TP e Agorafobia	**7**	**2**	**4**
	53,8%	**15,4%**	**30,8%**
Total	**57**	**66**	**38**
	35,4%	**41,0%**	**23,6%**

X^2 = 5,8; GL = 4; p = 0,2

Observações:

1) Dois sujeitos com estado civil viúvo foram excluídos por representarem menos que 5% do total da amostra, portanto não são passíveis de tratamento estatístico com o teste Qui-quadrado.

2) Os sujeitos que se declararam amasiados foram considerados casados.

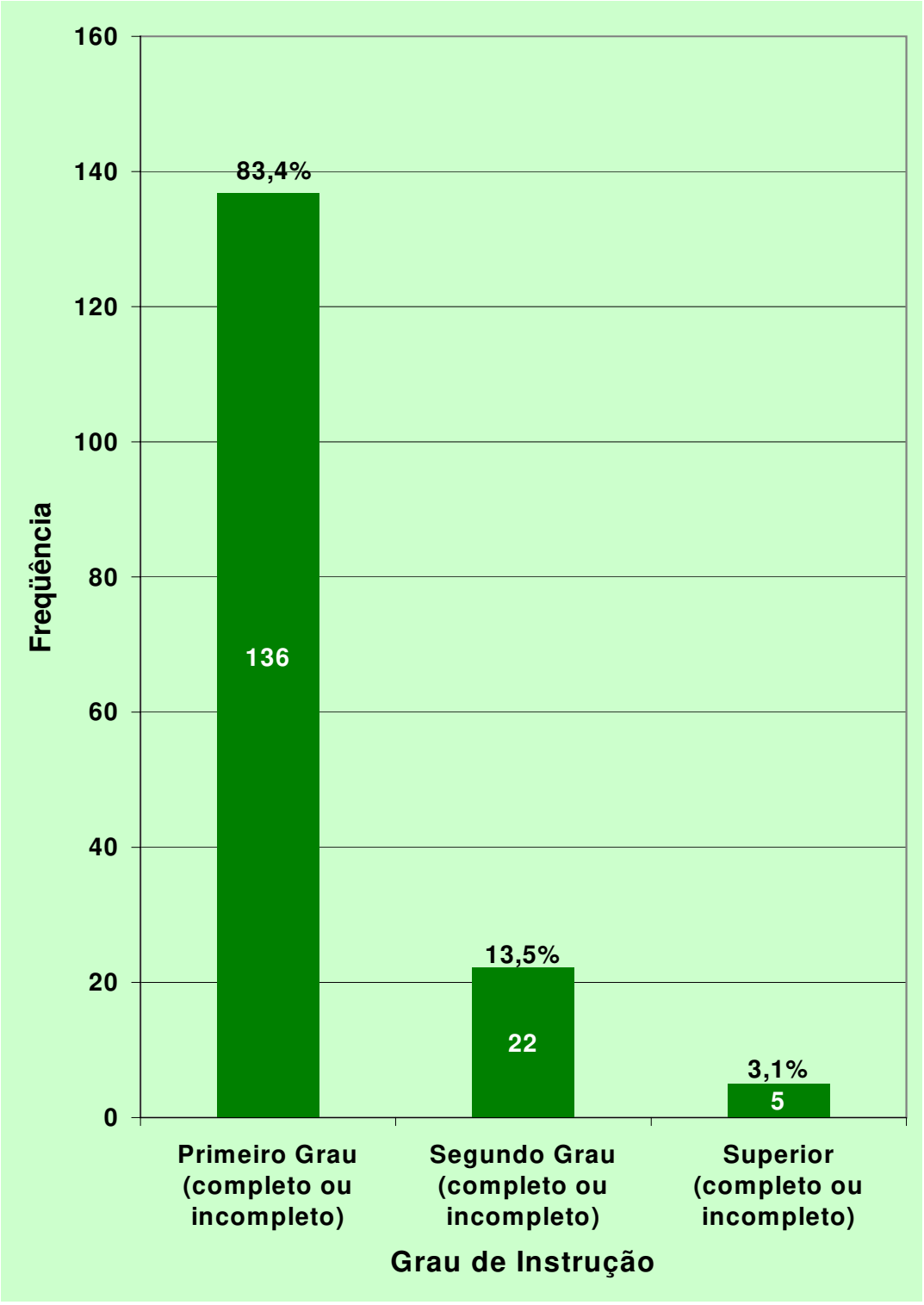


Gráfico 4-Distribuição dos Sujeitos por Grau de Instrução (N=163)

Tabela 4-Relação entre Grau de Instrução e Transtorno de Pânico (N = 158)

	Primeiro Grau (completo ou incompleto)	Segundo Grau (completo ou incompleto)
Sem TP e sem Agorafobia	**116**	**17**
	87,2%	**12,8%**
TP	**9**	**3**
	75,0%	**25,0%**
TP e Agorafobia	**11**	**2**
	84,6%	**15,4%**
Total	**136**	**22**
	86,1%	**13,9%**

X^2 = 1.4: GL = 2: p = 0.5

Observação: Cinco sujeitos com grau de instrução superior (completo ou incompleto) foram excluídos por representarem menos que 5% do total da amostra, portanto não são passíveis de tratamento estatístico com o teste Qui-quadrado.

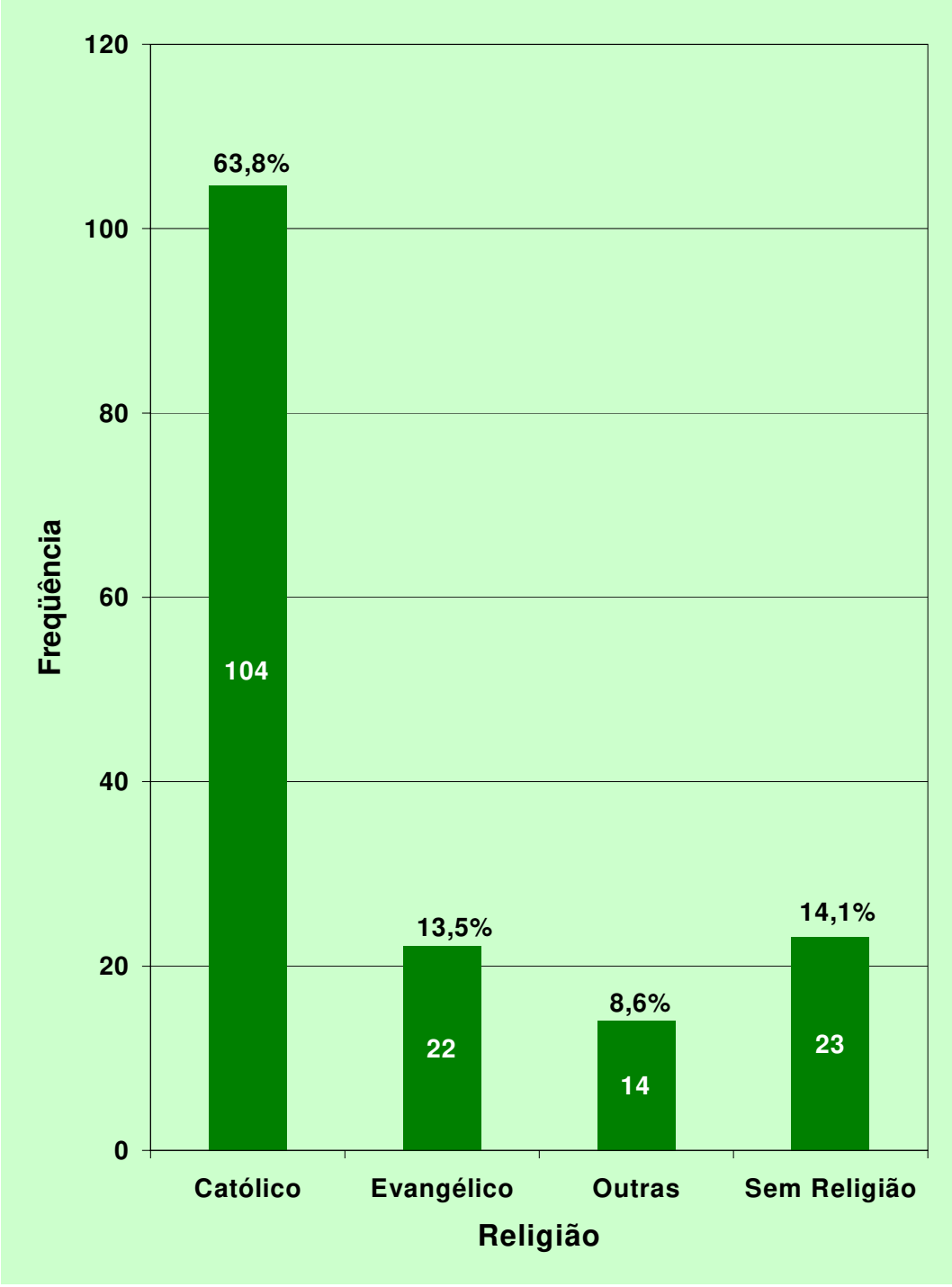


Gráfico 5-Distribuição dos Sujeitos por Religião (N=163)

Tabela 5-Relação entre Religião e Transtorno de Pânico (N=163)

	Católico	Evangélico	Outras	Sem Religião
Sem TP e sem Agorafobia	**90**	**17**	**12**	**19**
	65,2%	**12,3%**	**8,7%**	**13,8%**
TP	**7**	**1**	**1**	**3**
	58,3%	**8,3%**	**8,3%**	**25,0%**
TP e Agorafobia	**7**	**4**	**1**	**1**
	53,8%	**30,8%**	**7,7%**	**7,7%**
Total	**104**	**22**	**14**	**23**
	63,8%	**13,5%**	**8,6%**	**14,1%**

X^2 = 5,0; GL = 6; p = 0,5

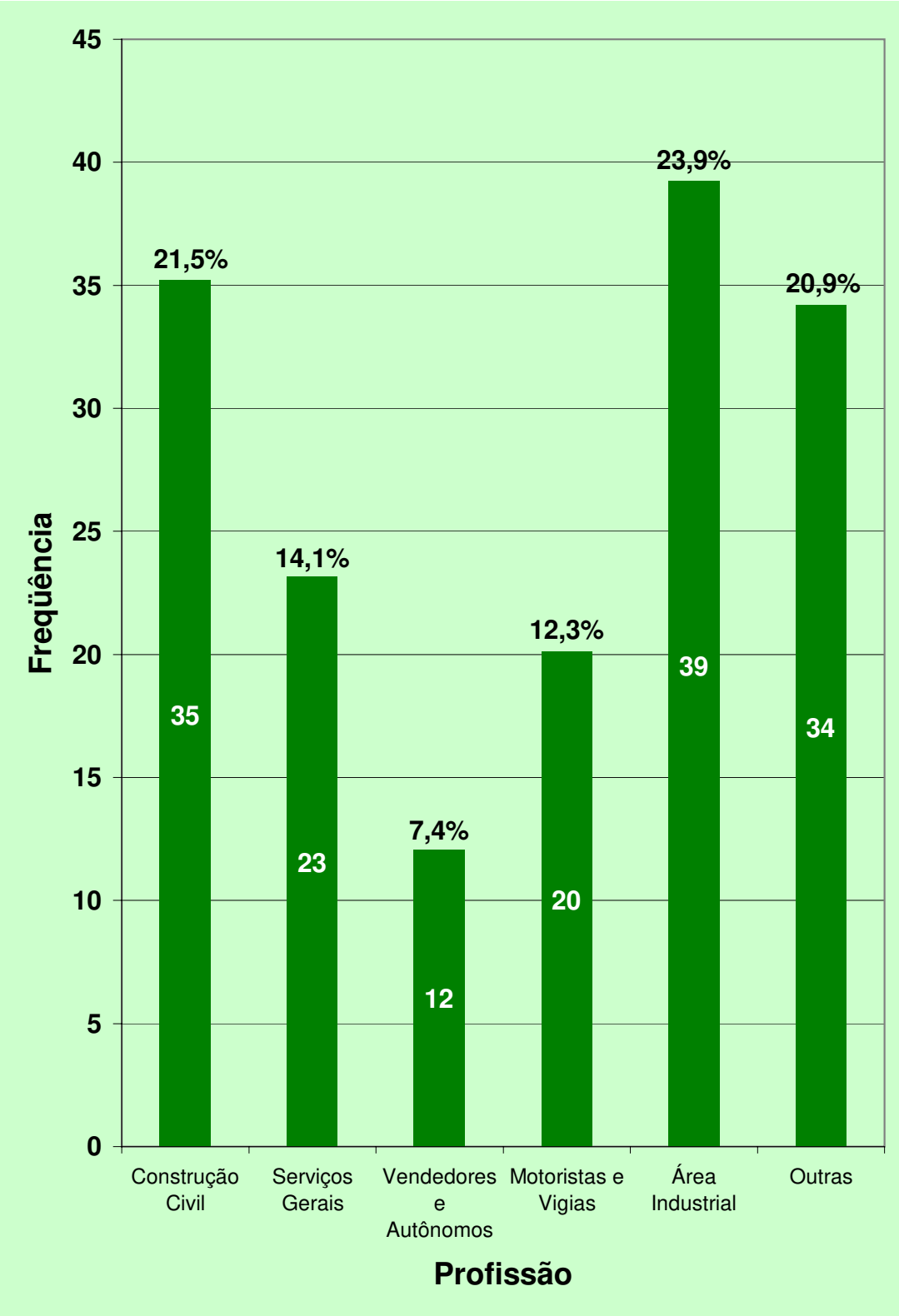


Gráfico 6-Distribuição dos Sujeitos por Profissão (N=163)

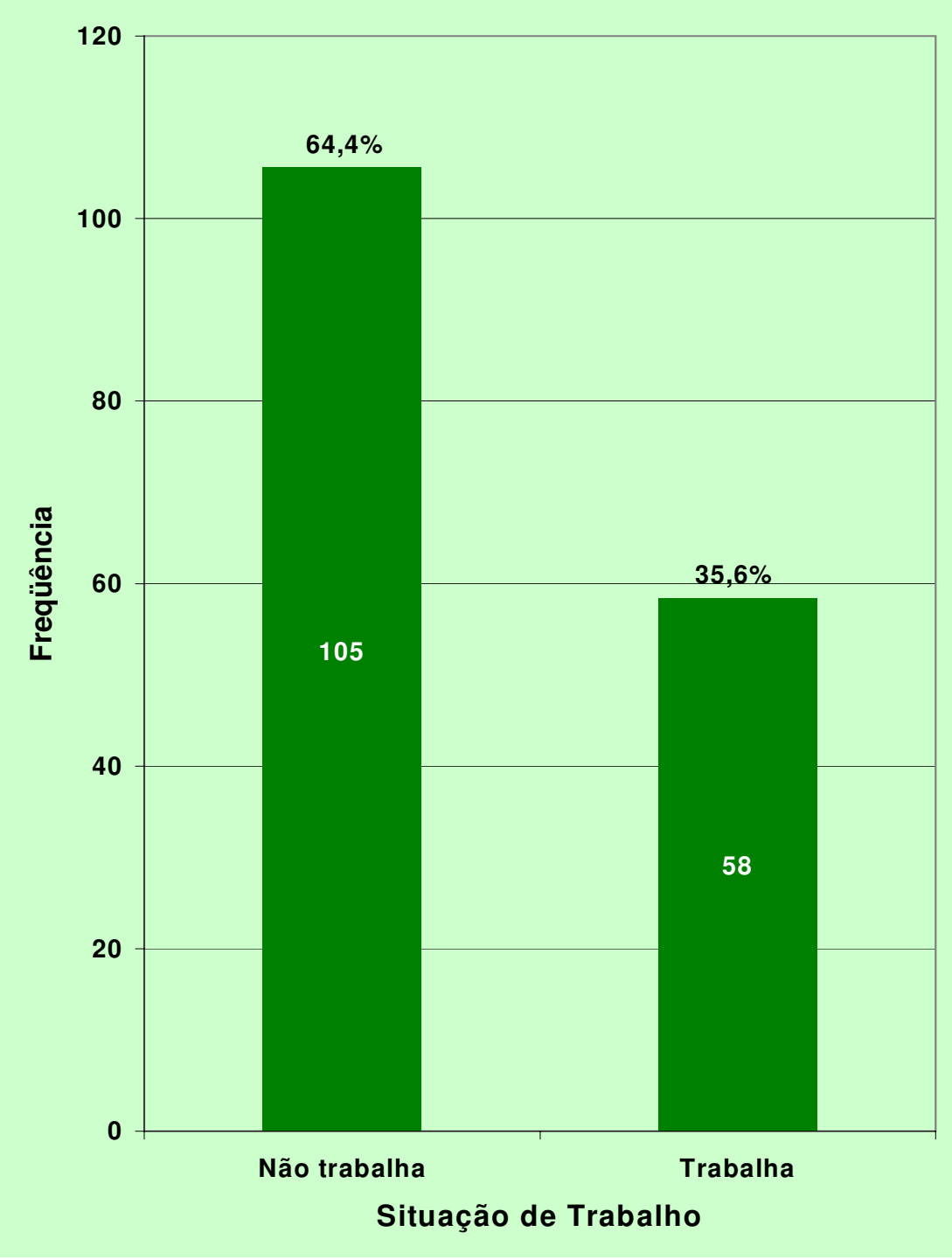


Gráfico 7-Distribuição dos Sujeitos por Situação de Trabalho (N=163)

Tabela 6-Relação entre Situação de Trabalho e Transtorno de Pânico (N=163)

	Não trabalha	Trabalha
Sem TP e sem Agorafobia	**92**	**46**
	66,7%	**33,3%**
TP	**5**	**7**
	41,7%	**58,3%**
TP e Agorafobia	**8**	**5**
	61,5%	**38,5%**
Total	**105**	**58**
	64,4%	**35,6%**

X^2 = 5,0; GL = 6; p = 0,5

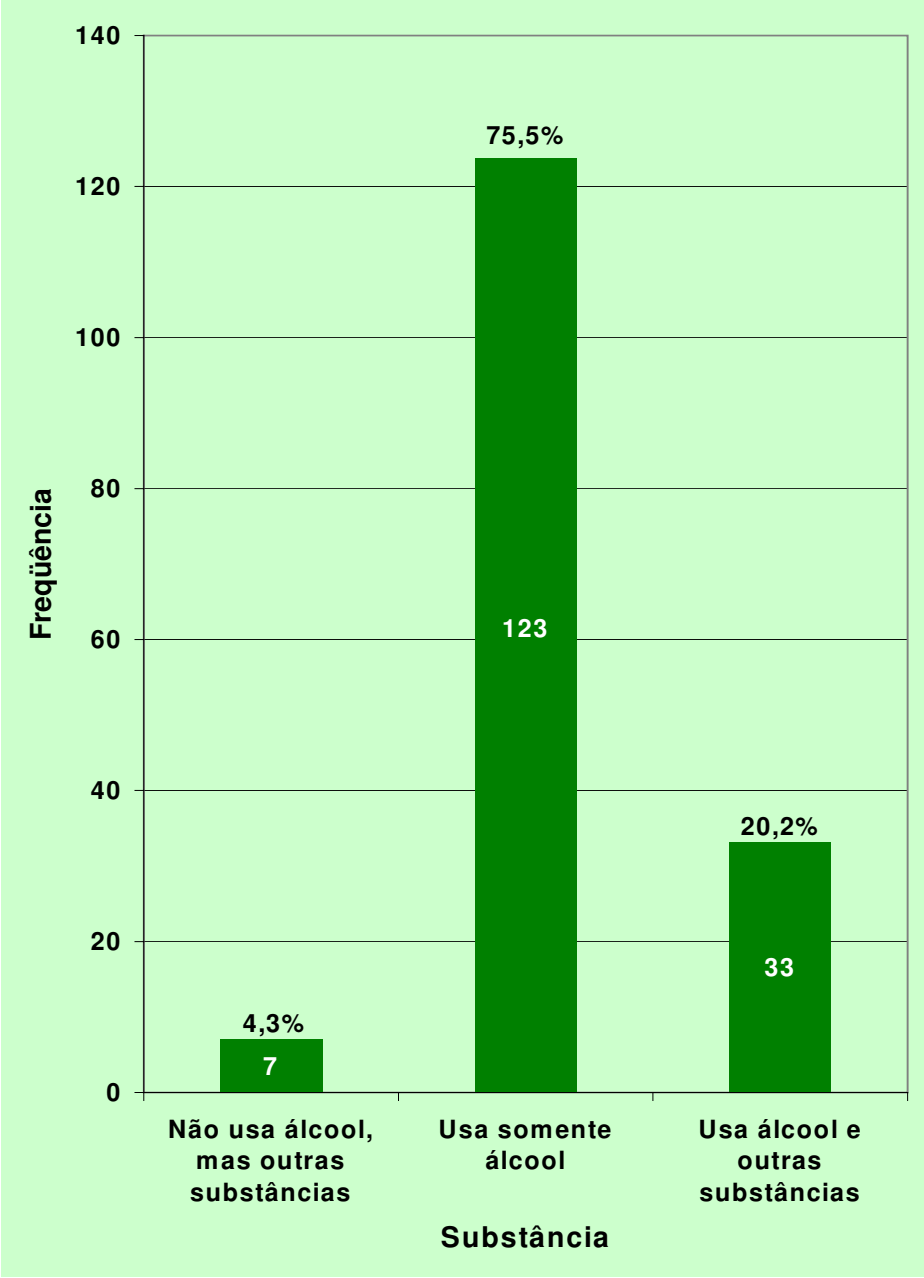


Gráfico 8-Distribuição dos Sujeitos por Uso de Substância (N=163)

Tabela 7-Relação entre Uso de Substância e Transtorno de Pânico (N=163)

	Usa somente álcool	Usa álcool e/ou outras substâncias
Sem TP e sem Agorafobia	**105**	**33**
	76,1%	**23,9%**
TP	**7**	**5**
	58,3%	**41,7%**
TP e Agorafobia	**11**	**2**
	84,6%	**15,4%**
Total	**123**	**40**
	75,5%	**24,5%**

X^2 = 2,5; GL = 2; p = 0,3

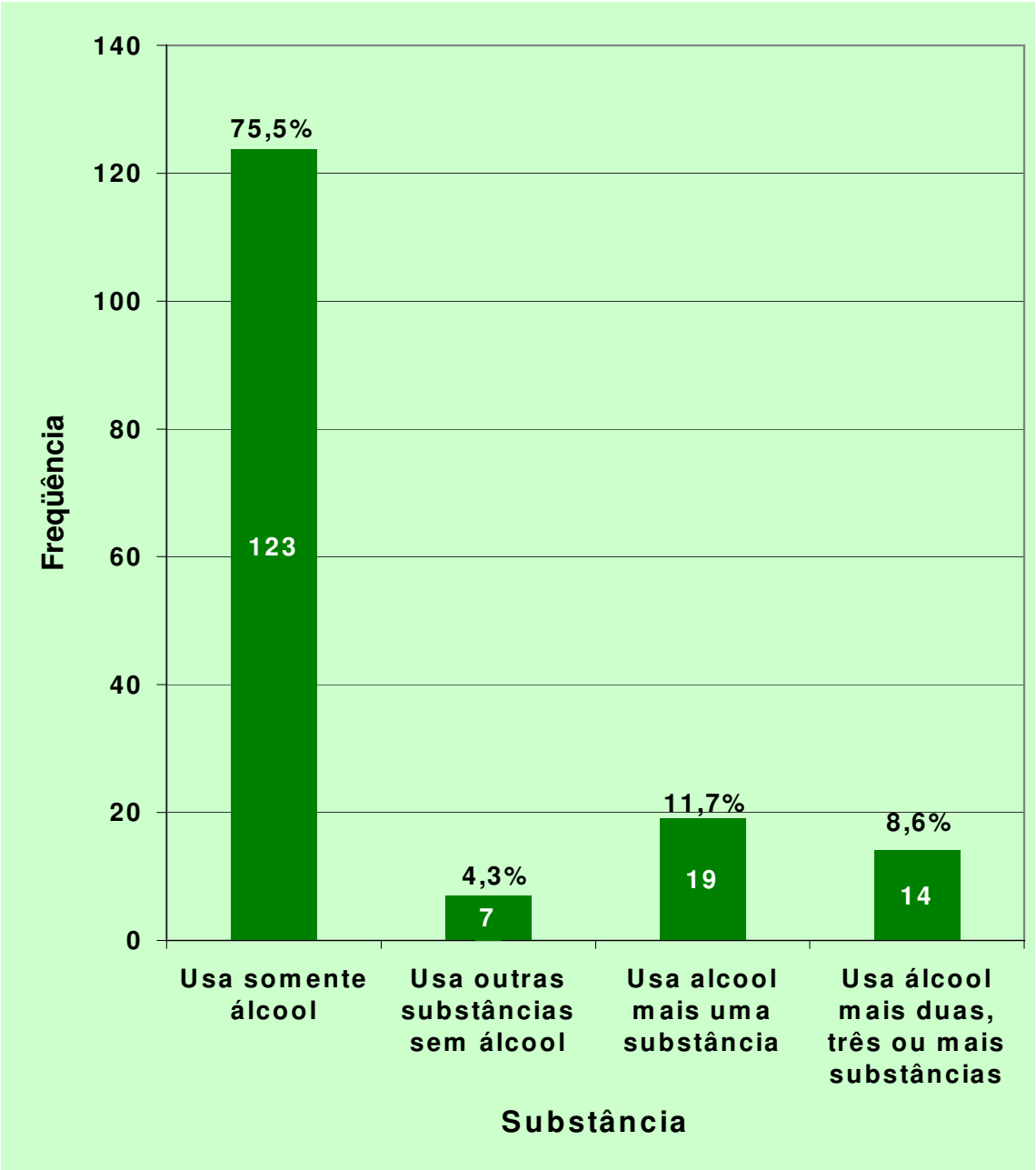


Gráfico 9-Distribuição dos Sujeitos por uso de Substâncias – Subtipos (N=163)

Tabela 8-Relação entre o Uso de Substância e Transtorno de Pânico (N=156)

	Usa somente álcool	Usa álcool mais uma substância	Usa álcool mais duas ou mais substâncias
Sem TP e sem Agorafobia	**105**	**18**	**10**
	78,9%	**13,5%**	**7,5%**
TP	**7**	**1**	**2**
	70,0%	**10,0%**	**20,0%**
TP e Agorafobia	**11**	**0**	**2**
	84,6%	**0,0%**	**15,4%**
Total	**123**	**19**	**14**
	78,8%	**12,2%**	**9,0%**

X^2 = 4,2; GL = 4; p = 0,4

Observação: Sete sujeitos que não usam álcool, mas usam outras substâncias, não foram incluídos na tabela acima, pois a mesma refere-se apenas aos usuários de álcool com ou sem o uso de outras substâncias.

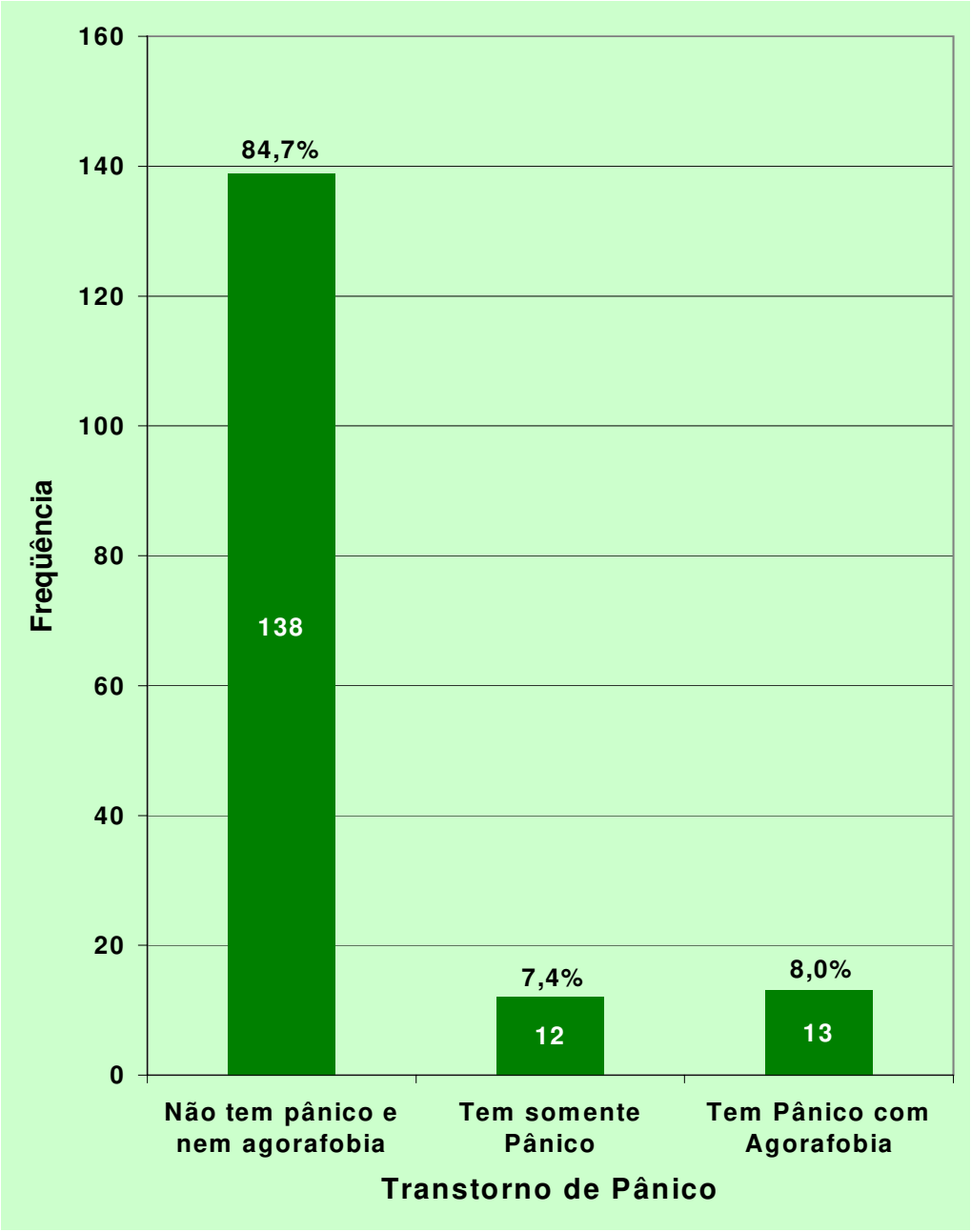


Gráfico 10-Distribuição dos Sujeitos com Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia (N = 163)

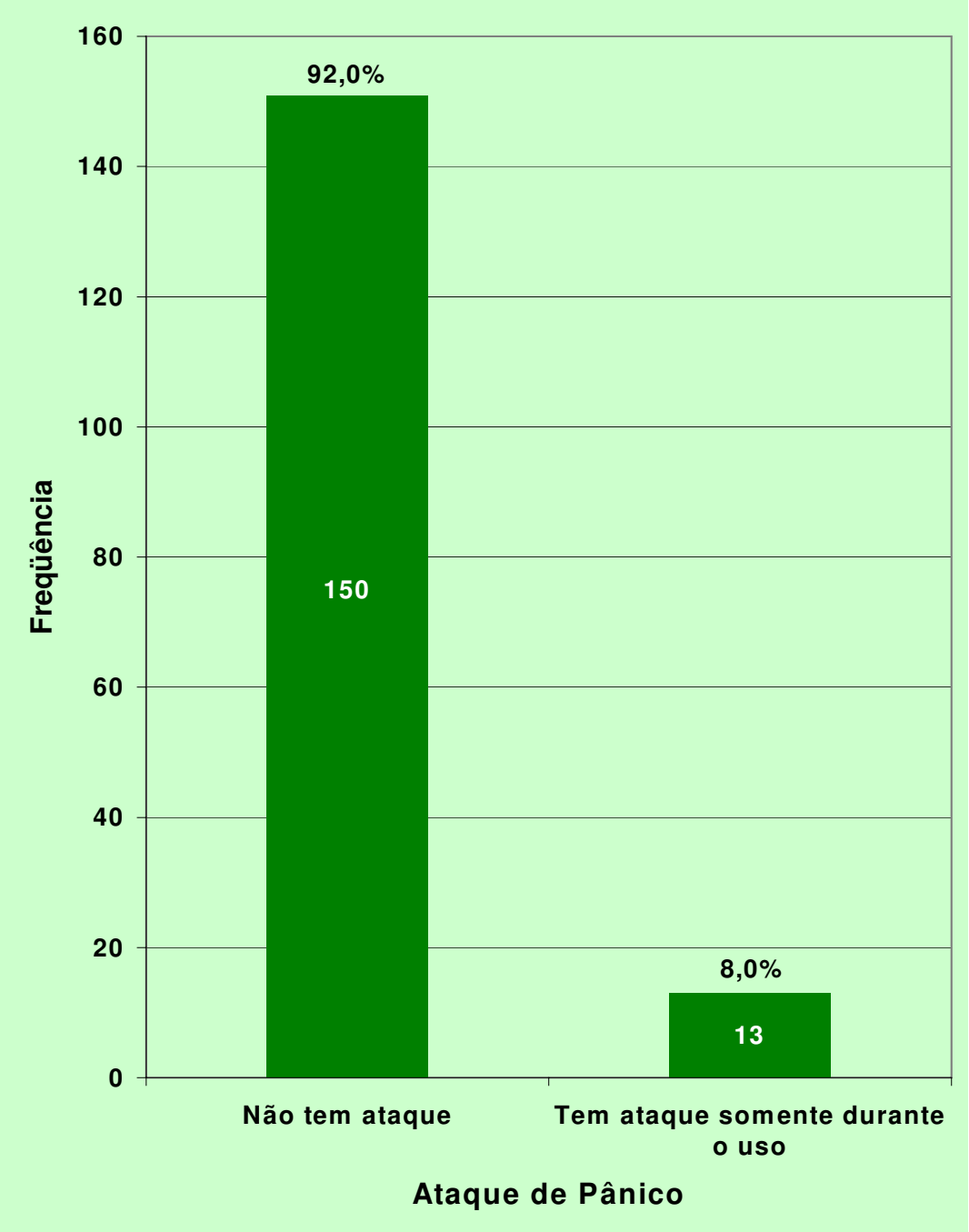


Gráfico 11-Distribuição dos Sujeitos com Ataques de Pânico somente durante o Uso da Substância (N = 163)

Tabela 9-Relação entre o Uso de Substância e Ataques de Pânico (N=163)

	Não tem ataque	Tem ataque somente durante o uso
Sem TP e sem Agorafobia	**125**	**13**
	90,6%	**9,4%**
TP	**12**	**0**
	100,0%	**0,0%**
TP e Agorafobia	**13**	**0**
	100,0%	**0,0%**
Total	**150**	**13**
	92,0%	**8,0%**

X^2 = 2,6; GL = 2; p = 0,3

Tabela 10-Idade (Anos) x Transtorno de Pânico e Agorafobia (N=163)

Grupo	N	Média das idades (Anos)	Desvio Padrão (Anos)
Sem TP	**138**	**40,6**	**10,2**
TP	**12**	**37,3**	**12,9**
TP Agorafóbico	**13**	**42,8**	**10,6**
Total	**163**	**40,6**	**10,4**

Tabela 11-Tempo de Consumo (Anos) x Transtorno de Pânico e Agorafobia (N=163)

Grupo	N	Média do tempo de consumo (Anos)	Desvio Padrão (Anos)
Sem TP	**138**	**20,0**	**10,2**
TP	**12**	**16,1**	**8,3**
TP Agorafóbico	**13**	**15,1**	**7,4**
Total	**163**	**19,3**	**9,9**

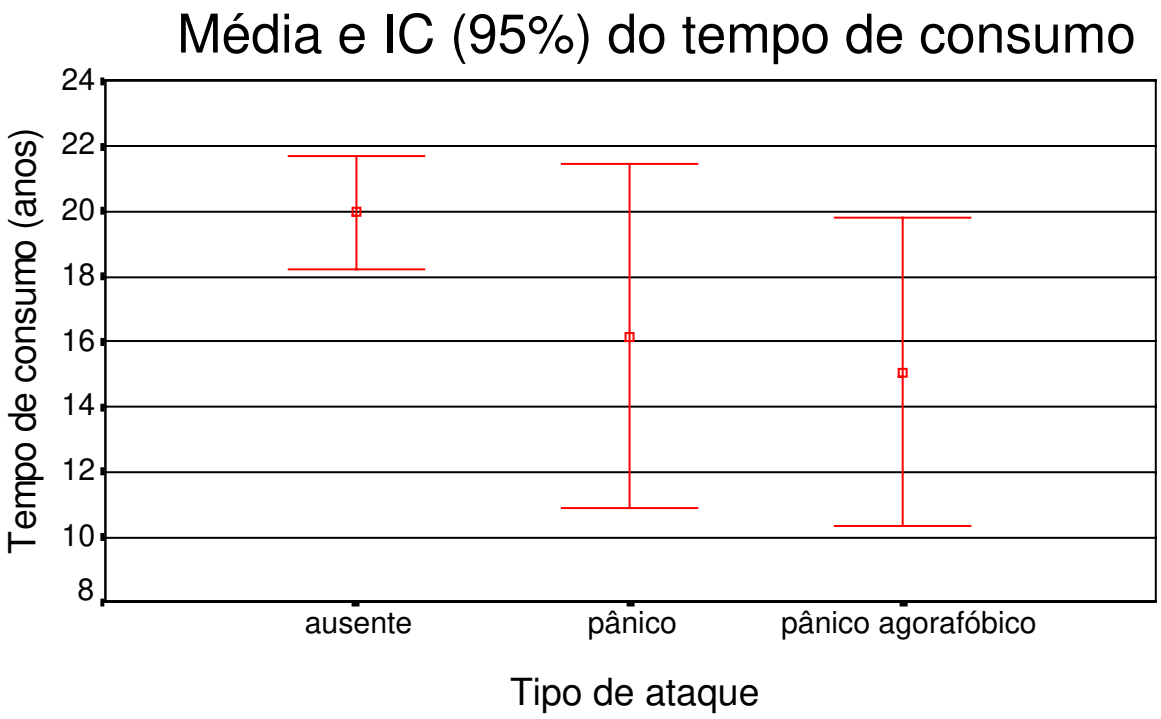


Gráfico 12-Distribuição das médias e seu respectivo intervalo de confiança (95%) do tempo de consumo de substâncias em relação ao tipo de ataque (ausente, pânico ou pânico agorafóbico) (N = 163)

Tabela 12-Uso de Substâncias (Anos) x Início dos Ataques de Pânico

Tempo médio para o início dos Ataques de Pânico em usuários de substâncias (Anos)		Mediana (Anos)	Moda (Anos)	Desvio Padrão (Anos)	Tempomínimo (Anos)	Tempomáximo (Anos)
5,1		4,5	2,0	3,5	1,0	10,0
Casos válidos	163					

CASUÍSTICA

Descrição dos sujeitos com Transtorno de Pânico Sem Agorafobia N = 12

S 1:Idade 33 anos, sexo masculino, cor branca, separado, com 2º grau completo, não possui religião alguma. Profissão metalúrgico, não trabalha. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 17 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 1 ano e têm se intensificado nos últimos meses.

S 2:Idade 31 anos, sexo masculino, cor parda, separado, com 1º grau incompleto, religião católico. Profissão zelador de condomínio, não trabalha atualmente. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 10 anos. Não se lembra quando começou a ter os primeiros ataques.

S 3:Idade 40 anos, sexo masculino, cor parda, solteiro, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão assistente administrativo, trabalha. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 20 anos. Não se lembra quando começou a ter os primeiros ataques.

S 4:Idade 55 anos, sexo masculino, cor negra, casado, com 1º grau incompleto, religião católica. Profissão Guarda Municipal, trabalha. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 20 anos. Não se lembra quando começou a ter os primeiros ataques.

S 5:Idade 48 anos, sexo masculino, cor branca, separado, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão mecânico de manutenção, trabalha. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 16 anos. Não se lembra quando começou a ter os primeiros ataques.

S 6:Idade 25 anos, sexo masculino, cor negra, solteiro, com 1º grau incompleto, é freqüentador da Assembléia de Deus. Profissão marceneiro e lustrador, não trabalha. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 12 anos. Não se lembra quando começou a ter os primeiros ataques.

S 7:Idade 54 anos, sexo masculino, cor amarelo, casado, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão auxiliar científico tecnológico, trabalha. É dependente de álcool, iniciou o consumo há 30 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 2 anos.

S 8:Idade 25 anos, sexo masculino, cor parda, amasiado, com 1º grau incompleto, não possui religião alguma. Profissão torneiro mecânico, trabalha. Utiliza-se de álcool e maconha há 10 anos. Não se lembra de quando iniciaram os primeiros ataques de pânico.

S 9:Idade 56 anos, sexo masculino, cor parda, separado, com 2º grau completo, é católico. Profissão mandrilhador, não trabalha. É dependente de álcool e maconha, iniciou o consumo de ambos há 30 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 10 anos.

S 10:Idade 19 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 1º grau incompleto, não possui religião alguma. Profissão jardineiro, trabalha. Faz uso de álcool, maconha e cocaína há 9 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 5 anos.

S 11:Idade 32 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão operador de máquina, trabalha. Faz uso de álcool, maconha, cocaína e crack. Iniciou o consumo há 2 anos. Os primeiros ataques de pânico, também, ocorreram há 2 anos.

S 12:Idade 30 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 2º grau completo, não possui religião alguma. Porém é Cristão. Profissão autônomo, não trabalha. Faz uso de álcool, merla, maconha e cocaína há 18 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 6 anos.

Descrição dos sujeitos com Transtorno de Pânico Agorafóbico N = 13

S 1:Idade 37 anos, sexo masculino, cor parda, separado, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão pedreiro, não trabalha atualmente. É dependente de álcool, não soube informar quando iniciou o consumo. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 4 anos.

S 2:Idade 53 anos, sexo feminino, cor negra, solteira, com 1º grau incompleto, é católica. Profissão cozinheira, não trabalha. Faz uso de álcool há 3 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram..

S 3:Idade 60 anos, sexo feminino, cor negra, solteira, com 1º grau incompleto, é freqüentadora da Congregação Cristã do Brasil. Profissão professora de inglês, não trabalha. Faz uso de álcool há 8 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram..

S 4:Idade 45 anos, sexo feminino, cor parda, solteira, com 1º grau incompleto, é católica. Profissão auxiliar de produção, não trabalha. Faz uso de álcool há 3 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 2 anos.

S 5:Idade 38 anos, sexo masculino, cor negra, solteiro, com 1º grau completo, não possui religião alguma. Profissão lustrador de móveis, não trabalha. Faz uso de álcool há 20 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram.

S 6:Idade 39 anos, sexo masculino, cor branca, separado, com 2º grau incompleto, é evangélico. Profissão metalúrgico, trabalha. Faz uso de álcool há 17 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 10 anos.

S 7:Idade 32 anos, sexo masculino, cor negra, separado, com 1º grau completo, é evangélico. Profissão operador de máquina, não trabalha. Faz uso de álcool há 17 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 3 anos.

S 8:Idade 46 anos, sexo masculino, cor branca, casado, analfabeto, é católico. Profissão ajudante de caminhão, não trabalha. Faz uso de álcool há 20 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram.

S 9:Idade 63 anos, sexo masculino, cor branca, casado, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão motorista e operador de máquinas, trabalha. Faz uso de álcool há 20 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 5 anos.

S 10:Idade 38 anos, sexo masculino, cor negra, separado, com 1º grau incompleto, freqüenta a Igreja Apostólica do Brasil. Profissão guarda municipal , trabalha. Faz uso de álcool há 18 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 10 anos.

S 11:Idade 35 anos, sexo masculino, cor parda, solteiro, com 1º grau completo, é católico. Profissão guarda, trabalha. Faz uso de álcool há 15 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 2 anos.

S 12:Idade 43 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 1º grau completo, é evangélico. Profissão coordenador hospitalar, trabalha. Faz uso de álcool, maconha, cocaína, crack e lança perfume há 28 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram.

S 13:Idade 27 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 2º grau completo, é católico. Profissão digitador, não trabalha. Faz uso de álcool, maconha, cocaína e crack há 12 anos. Os primeiros ataques de pânico ocorreram há 10 anos.

Descrição dos sujeitos com Ataques de Pânico somente durante o consumo da Substância N = 13

S 1:Idade 43 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 1º grau incompleto, Evangélico. Profissão vendedor ambulante, não trabalha atualmente. Faz uso de álcool, maconha, cocaína, crack há dez anos, não soube informar quando ocorreram os primeiros ataques de pânico. Relata de toda vez que consome crack apresenta os ataques. Não tem agorafobia.

S 2:Idade 47 anos, sexo feminino, cor negra, solteira, com 2º grau incompleto, é católica. Profissão técnica em Informática, não trabalha. Faz uso de álcool há 36 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Apresenta Ataques de Pânico somente quando ingere álcool. Tem agorafobia sem o uso da substância.

S 3:Idade 31 anos, sexo feminino, cor branca, solteira, com 1º grau incompleto, não possui religião. Profissão não tem, não trabalha. Faz uso de álcool, maconha, cocaína, cogumelo e cola há 13 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 4:Idade 45 anos, sexo feminino, cor parda, solteira, com 1º grau incompleto, é católica. Profissão faxineira, trabalha. Faz uso de álcool, maconha e crack há 8 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 5:Idade 29 anos, sexo feminino, cor parda, amasiado, com 1º grau completo, é católico. Profissão agente de higiene hospitalar, trabalha. Faz uso de álcool, maconha, crack, lança perfume e bolinhas há 10 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques correm somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 6:Idade 32 anos, sexo masculino, cor parda, solteiro, com 1º grau completo, é católico. Profissão metalúrgico, não trabalha. Faz uso de álcool, maconha, cocaína, crack, tinta, cola e inalantes há 20 anos. Não soube

informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 7: Idade 27 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão pintor, não trabalha. Faz uso de álcool, maconha e cocaína há 12 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 8: Idade 27 anos, sexo masculino, cor parda, separado, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão Torneiro mecânico, trabalha. Faz uso de álcool, cocaína e crack há 11 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 9: Idade 48 anos, sexo masculino, cor branca, separado, com 1º grau completo, é católico. Profissão bancário, não trabalha. Faz uso de álcool há 14 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 10: Idade 36 anos, sexo feminino, cor parda, casada, com 1º grau completo, é católica. Profissão do lar, não trabalha fora. Faz uso de álcool há 18 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 11: Idade 45 anos, sexo masculino, cor branca, casado, com 1º grau incompleto, é católico. Profissão Comerciante, trabalha. Faz uso de álcool há 25 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 12: Idade 19 anos, sexo masculino, cor amarelo (oriental), solteiro, é universitário, é católico. Profissão estudante, não trabalha. Faz uso de álcool, maconha e cocaína há 6 anos. Não soube informar quando os

primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

S 13: Idade 18 anos, sexo masculino, cor parda, solteiro, com 1º grau incompleto, não possui religião alguma . Profissão ajudante de manutenção elétrica, trabalha. Faz uso de álcool, maconha e cocaína há 6 anos. Não soube informar quando os primeiros ataques de pânico ocorreram. Os ataques ocorrem somente durante o uso da substância. Não apresenta agorafobia.

".... Assim como falham as palavras quando querem exprimir qualquer pensamento,

Assim falham os pensamentos quando querem exprimir qualquer realidade.

Mas, como a realidade pensada não é a dita mas a pensada,

Assim a mesma dita realidade existe, não o ser pensada.

Assim tudo o que existe, simplesmente existe.

O resto é uma espécie de sono que temos,..."

Fernando Pessoa

A avaliação diagnóstica, foi realizada com a SCID – IV – Structured Clinical Interview for the DSM-IV – Transtornos do Eixo I. Um instrumento que pode ser *administrado por um clínico ou profissional treinado na área de saúde mental que esteja familiarizado com as classificações e os critérios diagnósticos do DSM- IV*[1].

Este instrumento se constitui de uma entrevista individual. Isto pressupõe a existência de um diálogo, onde se privilegia as informações fornecidas pelo sujeito, sem, no entanto, desconsiderar a avaliação de quem realiza a entrevista, enfim é um encontro facilitando o contato, o que possibilita mais proximidade entre o pesquisador e o participante. ARAUJO (1997)

A SCID é bastante clara e inteligível e permite, inclusive, a confrontação de respostas. O que num questionário auto-aplicável, por exemplo, não seria possível e a assertividade da avaliação seria menor, fato que contribui sobremaneira para se estabelecer um diagnóstico mais preciso.

A primeira versão da SCID surgiu em 1983. Depois muitas modificações ocorreram. Atualmente, é utilizado em muitas pesquisas e se apresenta em duas versões: a SCID - I/P (versão 2.0) e a SCID- VC[2]. A primeira é mais longa do que a versão clínica (VC), pois contém mais transtornos, subtipos e especificadores de severidade e curso. Já, a

[1] APA apud TAVARES doc. mimeo (1997)
[2] Vale lembrar que existe a SCID – II, para avaliar Transtorno de Personalidade do Eixo II do DSM - IV.

segunda, é reduzida e foi elaborada para ser utilizada em contextos clínicos. Nesta pesquisa foram aplicados os Módulos E (integralmente) e o Módulo F (parcialmente), conforme apontado anteriormente neste trabalho.

O grau de escolaridade dos 163 entrevistados se distribui da seguinte forma: 83,40% possuem no máximo o primeiro grau. Destes cerca de 60 % não chegaram a atingir a 8ª série; 13,50% concluíram o segundo grau e apenas 3,10% chegaram ao nível superior. Quando calculado o Qui-quadrado para verificar a associação entre grau de instrução e TP, não foi encontrada significância entre as variáveis.

O DSM-IV (2003) aponta que o "baixo grau de instrução, desemprego e baixa situação socioeconômica estão associadas com Transtornos Relacionados ao álcool, embora seja freqüentemente difícil separar causa do efeito. O número de anos de escolarização pode não ser tão importante, na determinação do risco." Portanto, esses dados corroboram com os levantados internacionalmente.

Discutindo a aplicação da SCID, na amostra deste estudo, houve divergência em relação à população que poderia ser avaliada com este instrumento. No manual de aplicação encontra-se o seguinte, *espera-se que qualquer indivíduo com a 8ª série completa ou mais seja capaz de entender a linguagem da SCID* TAVARES (doc. Mineo, 1997). Contudo, cerca de 60% dos total de entrevistados eram semi-alfabetizados ou com primeiro grau incompleto e não apresentaram problema algum no entendimento das questões e respostas. Diante disso, pôde-se constatar a possibilidade de usá-la em populações que possuam grau de escolaridade inferior ao primeiro completo.

Para caracterizar adequadamente os participantes desta pesquisa, foram levantados dados sobre a cor. Foram encontrados os seguintes índices: 51,50% são brancos, 19% são mulatos, 26,40% são negros e 3,10% são orientais. Quando aplicado o teste do Qui-quadrado, não se verificou nenhuma associação significativa entre cor e TP. (tabela 2)

Dos 85,4 % sujeitos que não apresentaram TP 55,6% são brancos, 25,9% são negros e 18,5% são mulatos; dos 6% dos sujeitos que apresentaram TP sem agorafobia 40,0% são brancos, 30,0% são negros e 30,0% são mulatos e, finalmente, dos 8,2% dos sujeitos que apresentaram TP com agorafobia 38,5% são brancos, 38,5% são negros e 23,1% são mulatos.

Ao se comparar esses dados com o último relatório do IBGE (2000), nota-se uma discrepância razoável em relação à quantidade de negros na amostra. Pois, foram encontrados 5 vezes mais negros do que o apontado pelos dados do IBGE. Segundo esse órgão, no Brasil, 54% da população é branca, 39,9 % é mulata e apenas 5,3% é negra. Muito provavelmente, isto tenha ocorrido por questão de metodologia no levantamento do dado. Os sujeitos entrevistados pelo IBGE eram perguntados sobre a sua cor, ou seja, o entrevistando dizia sua cor, enquanto que neste estudo a mesma foi atribuída pela pesquisadora.

A OMS (2001) aponta em seu relatório que "psiquiatras que estudam a relação entre racismo e saúde mental observaram, por exemplo, que o racismo pode acentuar a depressão e verificou-se uma associação positiva entre racismo e angústia psicológica". Contudo, nesta amostra não foi detectado nada que sugira a possibilidade de associação entre a cor do participante e a presença ou ausência da comorbidade em questão.

No que se refere ao estado civil, nesta pesquisa encontrou-se o seguinte: 40,50% são casados; 35% são solteiros; 23,60% são separados e apenas 1,20% são viúvos. AZEVEDO (2000) aponta que dados internacionais indicam que a maioria dos usuários de drogas é solteira e não tem filhos. Tal dado também é apresentado pela OMS (2001) "o uso do fumo e álcool começa tipicamente durante a juventude e atua como facilitador para o uso de outras drogas". Apesar da amostra de estudo apresentar a maioria de sujeitos casados, a diferença é muito pequena em relação aos solteiros. Portanto, não destoam de outras pesquisas realizadas com farmacodependentes.

A tabela 3 mostra a relação do estado civil e a ausência ou presença do Transtorno de Pânico. O teste Qui-quadrado aplicado aos dados indica não haver associação significativa entre as variáveis.

Comparando os dados verificou-se que dos 25 sujeitos com TP doze são solteiros; oito são separados e cinco são casados. Apesar do teste do Qui-quadrado não indicar uma associação significativa, o número de indivíduos solteiros é mais que o dobro dos casados. Esses dados não permitem que se façam afirmações conclusivas a esse respeito, no entanto pondera-se que, muito possivelmente, a estruturação familiar pode interferir na emergência ou não de determinados comportamentos e psicopatologias. Por

isso, talvez seja interessante investigar melhor o estado civil, a estrutura familiar e a psicopatologia, uma vez que transtornos mentais trazem muitos distúrbios na vida, tanto do afetado quanto de sua família.

A religião foi investigada por ser considerada algo que está presente na vida da maioria das pessoas. Vários autores, afirmam que a crença religiosa é um importante fator de proteção da vida mental do indivíduo, inclusive, interfere na manifestação das psicopatologias. Além disso, a OMS (2001) afirma que existem valores culturais e religiosos associados com baixos níveis de uso de álcool.

Na amostra geral verificou-se que houve predomínio da religião Católica (63,80%); seguida dos Evangélicos (13,50%); os Espíritas, Mórmons e Testemunha de Jeová aparecem depois (8,60%). Aproximadamente 15% dos entrevistados declararam não possuir religião alguma. Quando selecionados, somente os sujeitos com Transtorno de Pânico nota-se que catorze são católicos; cinco são evangélicos; dois são freqüentadores da Congregação Cristã do Brasil e quatro não possuem religião alguma. Esses dados aplicados ao teste do Qui-quadrado, indicam não haver associação significativa entre religião e TP em dependentes de substâncias.

Apesar dos números não indicarem grandes diferenças e de não se poder afirmar que foram encontradas contribuições da religião na ausência do pânico, também não é possível concluir o contrário. Foi observado um pequeno decréscimo da presença do TP entre os evangélicos e sujeitos de outras religiões como protestantes, mórmons e espíritas. Não é objetivo deste estudo discutir aprofundadamente esta questão, porém considera-se importante o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

Um dado que chamou atenção foi a situação profissional dos entrevistados. A maioria deles cerca de 64,40% não estava exercendo nenhuma atividade profissional no momento das entrevistas e 35,60% trabalhava formal ou informalmente. Esta questão é relevante porque coloca em pauta as possíveis incapacitações que tanto a drogadependência quanto o transtorno de pânico podem causar. Num estudo a OMS (2001) constatou que "... a presença de comorbidade substancial tem sérias repercussões na identificação, tratamento e reabilitação das pessoas afetadas. A incapacitação dos indivíduos sofredores e o encargo para as famílias também crescem na mesma proporção." Neste mesmo documento vários

apontamentos são feitos, entre eles, que a incapacidade devida a transtornos mentais é alta em todas as regiões do mundo e que os transtornos devido ao uso de álcool e outras drogas, assim como o transtorno de pânico, figuram entre as principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI).

Entre os sujeitos com o TP 13 participantes não exerciam nenhuma atividade profissional, no momento da avaliação diagnóstica, e 12 estavam trabalhando normalmente. Portanto, aplicando o Qui-quadrado nestes dados, verifica-se que não há associação significativa entre as variáveis, situação profissional e o TP. Diante disso, é possível afirmar que houve equilíbrio na amostra específica, mas contradição com o índice geral da amostra. Porém, cerca de 49,0% da casuística não exercer atividade profissional é bastante relevante. Embora não se disponha de dados que possibilitem discutir mais detalhadamente a questão, inclusive avaliar o grau de incapacitação, não há dúvidas que existe algum nível de interferência das comorbidades, ora em estudo, na qualidade de vida dessas pessoas.

A respeito da qualidade de vida, ORLEY e KUYKEN, (1994); MENDLOWICZ e STEIN, (2000), afirmam ser enganoso considerar que a baixa qualidade de vida está relacionada a transtornos mentais graves. Os Transtornos de Ansiedade e do Pânico também têm efeito significativo, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico.

Foi perguntado aos participantes qual a profissão de cada um. No gráfico 6 há indicação da freqüência e percentual dos agrupamentos das profissões dos sujeitos. Para isso recorreu-se aos critérios utilizados pela Receita Federal para declaração do Imposto de Renda. As profissões que mais apareceram foram agrupadas em 6 áreas principais: área industrial; construção civil; serviços gerais; motoristas e vigias; vendedores e autônomos e, outras.

O número total de participantes desta pesquisa é de 163 sujeitos. A maioria deles é do sexo masculino, 143 homens (87,70%) e 20 mulheres (12,30%). Foram avaliados os pacientes em tratamento no CRIAD que, no momento da coleta dos dados, se dispuseram a colaborar com este estudo. Portanto, esse número reflete a realidade dos pacientes que ali se encontravam. Esta distribuição dos sujeitos difere, não de maneira excessiva, de dados internacionais.

O abuso e dependência de álcool são mais comuns no sexo masculino, chegando a uma proporção de cinco para um. Além disso, a mulher tende a iniciar sua ingesta mais tarde que o homem. É interessante enfatizar que embora haja essas diferenças, do ponto de vista clínico a evolução parece ser a mesma APA (2003). Dado que corrobora com dos apresentados pela OMS (2001).

No Brasil, recentemente, o CEBRID (2002) constatou que a distribuição de usuários/dependentes de drogas entre os sexos é três vezes maior nos homens. No estado de São Paulo, o mesmo estudo aponta que a proporção é de quatro para um. Inicialmente esperava encontrar os índices apontados acima.

Segundo BÜCHELE (1993), os farmacodependentes formam um grupo bastante heterogêneo. Quando se trata de mulheres alcoolistas, há uma divisão em dois grupos de acordo com a idade de início do consumo. As mulheres que começam a beber mais cedo (20/30 anos) têm mais história familiar de alcoolismo, relatam mais rejeição e estigmatização, enquanto as que começam mais tarde em sua maioria são donas de casa e associam isso à "síndrome do ninho vazio". Além destes fatores é necessário não negligenciar os múltiplos papéis sociais que a mulher atual desempenha e a sobrecarga e estresse que isso causa.

Em relação à correlação entre sexo e ausência ou presença do TP com ou sem Agorafobia, obteve-se os seguintes resultados: das 20 mulheres 17 não apresentaram o TP e 03 têm TP com Agorafobia; dos 143 homens 121 não foram diagnosticados com TP, enquanto 12 apresentaram TP sem agorafobia e 10 pânico agorafóbico. O teste Qui-quadrado aplicado aos dados da tabela 1, indica não haver associação significativa entre as variáveis TP e Gênero. Pode-se verificar que, em termos percentuais, 15,6% das mulheres e 14,4% dos homens possuem TP. Isto mostra um equilíbrio na amostra.

Estes resultados contrastam com dados internacionais. PAPP e GORMAN (1998), afirmam que a mulher possui algumas características orgânicas que possibilitam o surgimento do TP mais em mulheres que em homens. Segundo o DSM – IV APA (2003) o TP sem agorafobia é diagnosticado com o dobro da freqüência e o TP com Agorafobia ocorre com uma freqüência três vezes maior no gênero feminino.

Em termos gerais, os transtornos ansiosos acometem quase 20% da população GENTIL; LOTUFO-NETO e BERNIK (1997). Estudos apontam que a prevalência do TP está em torno de 3% da população masculina e 8% na feminina.

TOSCANO e SEIBEL (2001) se reportando ao ECA apontam que as taxas de transtornos psiquiátricos associados ao álcool e a outras drogas é de 2,1% de homens e 7,9% de mulheres para o TP.

Em estudo realizado na Hungria com dependentes de drogas lícitas e ilícitas, por RIHMER et al (2002), com 1.298 sujeitos verificou-se que 14,6% do total apresentavam TP. Destes 18% eram do sexo feminino e 10,2% eram do sexo masculino, ou seja, diagnosticou-se quase o dobro nas mulheres.

Há muitas variações de uma população para outra. Diversos fatores interferem e são partes constituintes dos números. Neste estudo, encontrou-se um equilíbrio entre os gêneros, fato que se diferencia dos estudos internacionais que se dispõe. Isto, muito provavelmente, ocorreu por limitações da amostra feminina. O N reduzido de mulheres, talvez tenha sido devido ao fato de que, socialmente, o consumo de drogas, especialmente o álcool, é mais bem aceito entre os homens e isso contribua para procurarem mais tratamento. Portanto, é um tanto complicado fazer qualquer afirmação conclusiva a esse respeito.

Todos os sujeitos foram avaliados para a dependência de substâncias alcoólicas e não-alcoólicas, exceto tabaco e 100% apresentaram farmacodependência. Dos entrevistados 123 (75,50%) usam somente álcool; sete (4.30%) usam outras substâncias que não o álcool; 19 (11,70%) usam álcool e mais uma substância e 14 sujeitos (8,60%) apresentaram dependência múltipla, usam álcool conjuntamente com uma, duas, três ou mais substâncias. Essa distribuição corrobora com outros levantamentos nacionais e internacionais.

A dependência de álcool está presente na maioria absoluta da amostra. Os índices acima apontam que do total da amostra, apenas sete sujeitos não fazem uso do álcool, ou seja, 95,70% o ingerem freqüentemente.

É de domínio público os riscos que o consumo de drogas pode trazer ao indivíduo e à sociedade. Doenças como cirrose, acidentes, desestruturação familiar e problemas sociais, são apenas alguns deles. Além disso, há que se considerar os altos custos

econômicos gerados pelos usuários. Estima-se que nos EUA os custos anuais estão em torno de US$ 148 bilhões, no Canadá US$ 18,4 bilhões e, no Brasil, estima-se R$ 5 bilhões por ano. OMS (2001)

Muitas vezes, pergunta-se diante de tantos danos/prejuízos porque as pessoas continuam a ingerir drogas. A resposta é bastante complexa e não está ao alcance deste trabalho, entretanto concorda-se com os escritos da OMS (2001) sobre o assunto. A decisão de experimentar é pessoal e há muitas explicações, porém a dependência não é uma decisão consciente ou uma fraqueza moral. É sim produto de uma complexa combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e, acrescenta-se psicológicos. Por conta disso, não é possível precisar o que leva e faz com que alguém permaneça consumindo drogas lícitas e/ou ilícitas.

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais consumidas no mundo. Segundo a OMS (2001) o uso do álcool está crescendo rapidamente em algumas regiões em desenvolvimento. No Brasil, o CEBRID (2001) constatou que "o uso na vida de álcool, nas 107 maiores cidades do país, foi de 68,7%, porcentagem próxima de outros países como o Chile com 70,8%, e EUA com 81,0%. A estimativa de dependentes de álcool é de 11,2% para o Brasil". Em relação à prevalência por gênero, observam-se mais dependentes do sexo masculino, numa proporção de 3:1.

Quando verificados entre os 123 participantes que utilizam somente álcool, constatou-se que 105 (75,50%) não apresentam pânico; 18 (14,63%) possuem o Transtorno de Pânico. Destes, 18 com TP, sete (38,90%) sem agorafobia e 11 (61,10%) com pânico agorafóbico. Aplicando o teste do Qui-quadrado pode-se verificar que não há associação significativa entre álcool e TP.

Levando em consideração os sujeitos que usam álcool e mais uma substância, encontrou-se um total de 20 participantes. Destes 17 (85,0%) não apresentam TP e apenas dois (15,0%) possuem TP. Estes dois usam álcool e maconha.

Os entrevistados que fazem uso de múltiplas drogas são 20 sujeitos. No entanto sete deles não apresentam o uso do álcool, mas utilizam outras substâncias. Destes sete apenas um foi diagnosticado com pânico agorafóbico. Os 13, além do álcool, usam mais

duas ou três drogas combinadas, entre elas estão a maconha, cocaína, crack, merla e o lança perfume. Destes 10 sujeitos não apresentam TP; 3 possuem TP e 1 TP com agorafobia.

A casuística que compõe este trabalho é a seguinte: 18 (72,0%) sujeitos apresentaram TP e Dependência Alcoólica; 02 (8,0%) TP e alcoolismo e dependência da maconha; 01 (4,0%) TP e dependência do álcool, maconha e cocaína; 01 (4,0%) TP e dependência do álcool, maconha, cocaína e crack; 01 (4,0%) dependência do álcool, maconha, cocaína e merla; 01 (4,0%) TP e dependência do álcool, maconha, cocaína, lança perfume e, finalmente, 01 (4,0%) TP e dependência da maconha, cocaína e crack.

As três mulheres são dependentes de apenas uma substância, o álcool e apresentaram pânico agorafóbico. Pode-se notar que o álcool está presente em praticamente todos os entrevistados que apresentaram comorbidade entre o uso de substância e o TP.

São numerosos os estudos que confirmam uma maior prevalência do TP em alcoolistas. BREIER et al (1986) estudaram 60 pacientes com TP e encontrou em 17% deles o alcoolismo. COWLEY et al (1989) verificaram uma comorbidade de 28% entre pacientes com TP e alcoolismo. LEPOLA (1994) aponta que o alcoolismo e TP normalmente vêm acompanhados de depressão e alto risco de suicídio. Parece não haver muitas dúvidas do fato de que o consumo de álcool e de outras drogas deixa o indivíduo mais vulnerável à comorbidades.

Em relação ao transtorno de pânico um estudo do *National Institute of Mental Health* [3](NIMH) apontou que a prevalência de ataques do pânico com agorafobia ao longo da vida é de aproximadamente 8% nas mulheres e 3% nos homens. Estes dados são gerais para população.

Dados sobre o TP e o uso ou abuso de drogas o *Epidemiologic Catchment Area* – ECA (1990) encontrou taxa de 2,1% em homens e 7,9% em mulheres.

Neste estudo foram encontrados dados que diferem bastante, pois proporcionalmente, houve o mesmo índice para a presença do pânico entre os sexos. Cerca de 15 % nas mulheres e 14,4 % nos homens. Como já se mencionou anteriormente, o N feminino é muito pequeno. Muito provavelmente essa diferença se deva à limitação da

[3] Instituto Nacional de Saúde Mental

amostra e os resultados aqui apresentados se restringem a esta amostra, não podendo ser generalizados. Considera-se necessário o desenvolvimento de estudos específicos.

Portanto, verifica-se que do total da amostra deste estudo, 25 sujeitos (15,33%) apresentaram o Transtorno de Pânico com ou sem agorafobia. Destes 12 apresentaram Transtorno de Pânico sem agorafobia e 13 TP com agorafobia. São 22 homens e 03 mulheres.

Este índice corrobora com dados internacionais, como por exemplo, o encontrado na Hungria num estudo realizado por RIHMER et al (2002) de 14,60% e por BUSTO (1996) no Canadá com a taxa de 13%. Além disso, aqui no Brasil um estudo realizado por SILVEIRA FILHO e JORGE (1999), constatou que os dependentes de substância apresentam 4,7 vezes mais possibilidades de desenvolver algum transtorno mental do que a população em geral. Neste estudo, verificou-se que o farmacodependente possui aproximadamente cinco vezes mais chances de desenvolver o Transtorno de Pânico em relação à estima para a população geral. ($p<0,0001$).

A idade dos sujeitos variou entre 18 e 64 anos. O grupo sem pânico apresentou média de 40,62 anos e desvio-padrão de 10,19 anos (variação de 18 a 64 anos). O grupo com TP mostrou média de 37,33 anos e 12,94 anos de desvio-padrão (variação de 19 a 56 anos), e o grupo com TP Agorafóbico 42,77 anos e 10,58 anos, respectivamente (variação de 27 a 63 anos). A análise da variância aplicada a estes dados mostrou não haver diferença significativa entre os mesmos.

Comparando a faixa etária dos sujeitos deste estudo com dados do DSM – IV (2003) e da OMS (2001), nota-se que os indivíduos entre 18 e 24 anos apresentam altas taxas de prevalência para o uso de qualquer substância. Além disso, a dependência é encontrada mais tipicamente na faixa dos 20 a 40 anos. Sabe-se da relatividade destes dados, pois o início e ao dependência pode ocorrer em qualquer momento da vida. Porém, é mais freqüente nestas faixas de idade. A média de idade encontrada nos sujeitos está em torno de 40 anos. Portanto, em termos de drogadependência, esta amostra corrobora com dados internacionais.

Em relação ao Transtorno de Pânico, "a idade de início varia muito, mas está tipicamente entre o final da adolescência e a faixa dos 30 anos. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer." APA

(2003). O grupo com TP situou-se, numa faixa etária maior. Isto muito provavelmente tenha ocorrido por características específicas da amostra e não porque tenha havia manifestação tardia das comorbidades.

O tempo médio de início dos ataques de pânico dos pesquisados é de 5,14 anos. Isto pode ser considerado um indicador da presença, manutenção e severidade da patologia. É relevante o fato do indivíduo conviver, em média, há cinco anos com ataques que trazem um alto grau de sofrimento. É interessante notar que, em todos os casos de TP encontrados na amostra dessa pesquisa, os ataques de pânico só começaram a ocorrer após a instalação da dependência da substância.

Quando analisadas as variáveis tempo de consumo da substância e o TP, verificou-se o seguinte: o grupo sem TP apresentou uma média de 20 anos de consumo e desvio- padrão de10,17; o grupo com TP 16 anos e desvio-padrão de 8,32 e TP com Agorafobia 15 anos e desvio-padrão de 7,42. Esta média alta no tempo de consumo é um dado que pode ser considerado como comprobatório da existência da dependência da substância.

Neste caso pode-se observar a existência de uma correlação negativa entre as variáveis. O valor da correlação se aproximou do nível de significância, o qual pode ser alcançado se aplicar o mesmo teste de correlação segundo uma função logarítmica do tempo de consumo. Pode-se, portanto, considerar plausível a existência de uma relação inversa entre a gravidade do quadro clínico e o tempo de consumo da substância como ilustrado no gráfico 12.

Quando analisadas as variáveis, tempo de consumo da substância e TP, verificou-se a existência de uma correlação negativa entre elas. Isto significa que, quanto menor o tempo de consumo maior a presença do TP. Enquanto que sujeitos que não apresentam TP têm maior tempo de consumo de substância. Muito possivelmente, os sujeitos deste estudo que apresentaram as comorbidades, tenham alguma predisposição para desenvolverem tal patologia.

Um dado interessante levantado é que 13 participantes, 8% da amostra, relataram ter ataques de pânico somente durante o uso da substância. Estes sujeitos não podem ser considerados como portadores do TP, uma vez que segundo os critérios de

classificação nosológica do DSM – IV, quando o ataque se deve ao uso de substância ou a uma condição médica geral, não se considera o sujeito com TP.

Dos 13 sujeitos que apresentaram estes ataques oito (61,5%) são homens e cinco (38,5%) são mulheres. O álcool está presente em todos os casos. Contudo, em apenas 4 casos é utilizado como única droga consumida. Nos nove casos restantes, está associado a pelo menos mais duas drogas, como maconha, cocaína, crack, cogumelo, cola, tinta e lança- perfume. A média do tempo de consumo é de 14,5 anos. Nenhum deles soube informar quando ocorreram os primeiros ataques.

O teste Qui-quadrado aplicado aos dados indica não haver associação significativa entre as variáveis uso de substância e a presença dos ataques. Isto indica que a freqüência com que ocorrem os ataques é baixa o suficiente para não permitir diferenciá-los dos demais entrevistados. A chance de experimentarem um ataque de pânico durante o uso da droga é de 7, 97%.

Porém, a literatura internacional aponta dados um tanto diferentes destes mencionados acima. SEGUÍ et al. (2001) verificaram em um estudo realizado com 89 pacientes alcoolistas, na Espanha, que 70,4% já experimentaram ataques de pânico durante o uso pesado do álcool. Em outro estudo, desenvolvido na Califórnia com 400 sujeitos, LOUIE (1996) constatou que cerca de 25% dos seus pesquisados apresentaram ataques durante o uso de cocaína. As taxas encontradas neste estudo foram significativamente inferiores as estas, cerca de 8% do total da amostra. Possivelmente, isso tenha ocorrido por características específicas desta amostra deste estudo.

NICASTRI e ANDRADE (1993) apontam que alguns pacientes que se utilizam de diversas drogas, inicialmente, podem apresentar ansiedade ou ataques de pânico. Relata também que esses pacientes raramente continuam o consumo de substância por longos períodos de tempo.

No entanto, neste estudo constatou-se que isso não ocorreu, pois o tempo médio de consumo da drogas é superior a quinze anos e o tempo de início dos ataques maior que cinco anos. Fica a indagação, porque o sujeito, mesmo tendo esses ataques, que são descritos como muito sofridos, continuam a consumir a substância. A resposta a esta questão está fora do alcance desta pesquisa. Novos estudos precisam ser desenvolvidos.

6-CONCLUSÕES

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto, devemos:

Fazer da interrupção um novo caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...”

Fernando Pessoa

1 – A amostra foi composta em maioria por homens. Contrastando com dados internacionais, encontrou-se um equilíbrio entre o gênero e o TP. Muito provavelmente isso tenha ocorrido devido ao N feminino ser muito pequeno. Os resultados aqui apresentados se restringem a esta pesquisa, não podendo ser generalizados.

2 – Não foi encontrado nenhum dado relevante entre a cor do entrevistando e a ausência ou presença do TP. Não há correlação alguma entre a cor da pele do sujeito e o transtorno em questão.

3 - Do total de sujeitos com TP o número de indivíduos solteiros é mais que o dobro dos casados. Esse dado não permite fazer afirmações conclusivas a esse respeito. No entanto pondera-se que, muito possivelmente, a estruturação familiar interfira na emergência ou não de determinados comportamentos e psicopatologias. Por isso, penso ser interessante investigar melhor o estado civil, a estrutura familiar e a psicopatologia.

4 - O grau de escolaridade não se constitui num fator que possa ser associado às comorbidades estudadas nesta pesquisa.

5 - Neste estudo a SCID foi aplicada a sujeitos com baixa escolaridade e verificou-se a possibilidade de ser utilizada em indivíduos com o primeiro grau incompleto.

6 - Foi observado um pequeno decréscimo da presença do TP entre os evangélicos e sujeitos de outras religiões como protestantes, mórmons e espíritas. Apesar dos números não indicarem grandes diferenças e não poder afirmar que foi encontrada contribuição da religião na ausência do pânico, também não pode concluir o contrário. Não é objetivo desta pesquisa discutir esta questão, porém, considero importante o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema.

7 - O índice de pessoas sem ocupação encontrado neste estudo foi bastante significativo. No que se refere à casuística houve equilíbrio do ponto de vista numérico. Embora não se disponha de dados que possibilite discutir mais detalhadamente a questão da incapacitação causada pela dependência de drogas e também pelo Transtorno de Pânico, não há dúvidas que existe alguma interferência das comorbidades na qualidade de vida dessas pessoas.

8 - Parece não haver dúvidas sobre o fato de que o consumo de álcool e/ou outras substâncias deixa o indivíduo mais vulnerável a comorbidades. Pode-se notar que o álcool está presente em praticamente todos os entrevistados que apresentaram comorbidade entre o uso de substância e o TP.

9 - Em relação à faixa etária, a média de idade encontrada nos sujeitos ora em questão está em torno de 40 anos. Em termos de farmacodependência, esta amostra corrobora com dados internacionais. O grupo com TP situou-se, numa faixa etária maior, isto muito provavelmente tenha ocorrido por características específicas da amostra e não porque tenha havia manifestação tardia das comorbidades.

10 – A ocorrência dos TP com ou sem agorafobia independe da idade do sujeito.

11 - O tempo médio de início dos ataques de pânico dos pesquisados é de 5,14 anos. Isto pode ser considerado um indicador da presença, manutenção e severidade da patologia. É relevante o fato do indivíduo conviver, em média, há 5 anos com ataques que trazem um grau de sofrimento acentuado.

12 – Os dados mostram que os sujeitos que possuem TP passaram a apresentar os ataques depois do início do consumo da substância.

13 - Verificou-se que, quanto menor o tempo de consumo, maior a presença do TP e quanto maior o tempo de consumo menor a presença do TP. Muito provavelmente, os sujeitos deste estudo que apresentaram as comorbidades tenham alguma predisposição para desenvolverem o pânico.

14 - Dos sujeitos que apresentaram ataques de pânico somente durante o uso da substância, o álcool está presente em todos os casos. Contudo, em apenas quatro casos é utilizado como única droga consumida. Nos nove casos restantes está associado a, pelo menos, mais duas drogas, como: maconha, cocaína, crack, cogumelo, cola, tinta e lança perfume. A média do tempo de consumo é de 14,5 anos.

15 - A chance de um usuário/dependente de drogas experimentar um ataque de pânico durante o uso da droga é de 7, 97%.

16 - Neste estudo, verificou-se que o dependente de substância possui aproximadamente cinco vezes mais chances de desenvolver o Transtorno de Pânico em comparação à população geral.

Ao longo deste trabalho, indicou-se novas pesquisas que podem/precisam ser desenvolvidas, inclusive, utilizando métodos quanti-qualitativos para se conhecer mais de perto a realidade do dependente de substância psicoativa alcoólica e não alcoólica e a presença de comorbidades. O alto índice de indivíduos com TP encontrados nesta amostra, indica a necessidade de uma avaliação e tratamento da saúde que seja integral, como preconiza a Organização Mundial da Saúde. O diagnóstico correto contribui para um tratamento mais adequado e um prognóstico melhor.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM – IV** . Trad. Cláudia Dornelles. 4ª. ed. rev. Porto Alegre, Artes Médicas, 2003

ANDRADE, A. G. [et al] – **Drogas: atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, s/d.

ARAUJO, M. P. R. **A psicoterapia na rede pública: um estudo exploratório no município de Campinas.** Campinas, 1997. (Dissertação – Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Campinas).

AZEVEDO, R. C. S. **Usuários de cocaína e aids: um estudo sobre comportamentos de risco.** 2000. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

BEEDER, A .B. ; MILLMAN, R. B. Patients With Psychopathology. In: LOWINSON J. H.; RUIZ, P.; MILLMAN R. B.; LANGROD, J. G. (EDS). **Substance abuse: a Comprehensive textbook.** 3ª ed. Baltimore: Williams 7 Wilkins, pp 551-563, 1997

BREIER, A.; CHARNEY, D. S.; HENINGER, G. R. - Agoraphobia with panic attacks. **Arch. Gen. Psych**., 43:1029-1036, 1986.

BÜCHELE, F. ; O papel da enfermagem na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de farmacodependentes. In: **Drogas: Atualização em prevenção e tratamento**. ANDRADE, A . G. (coord.). São Paulo: Lemos, s/d.

BUCHER, R. - **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUSTO, U. E.; ROMACH, M. K.; SELLERS, E. M. Multiple drug use and psychiatry comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 16: 1: 51-7, 1996. [Medline]

CASSANO, G. B.; DELL´OSSO, L.; FRANK, E.; MASER, J. D.; MAURI, M.; SHEAR, K. M. **Structured clinical interview for panic agoraphobic spectrum (SCI-PAS).** Pisa (Itália): Pacini Editore ; 1998.

CASSANO, G. B.; NICHELINI, S.; SHEAR, M.K.; COLI, E.; MASER, J. D.; FRANK, E. The panic agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. **Am J Psychiatry**, 154:27-38, Festschrift Supplement, 1997.

CID-10. – **Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 10ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COWLEY, D. S.; JENSEN, C. F.; JOHANNESSEN, D.; PARKER, L.; DAGER, S. R.; WALKER, R. D. Response to sodium lactate infusion in alcoholics with panic attacks. **Am. J. Psych**., 146: 1479-1483, 1989.

CRIAD – CENTRO DE REFERÊNCIA E INFORMAÇÃO EM ALCOOLISMO E DROGADIÇÃO. **Apresentação do serviço**. Campinas, s/d. (doc. mimeo)

CRIAD – CENTRO DE REFERÊNCIA E INFORMAÇÃO EM ALCOOLISMO E DROGADIÇÃO. **Projeto de atendimento aos adolescentes na UAP**. Campinas, 1997. (doc. Mimeo)

CUNHA, J. A. **– Psicodiagnóstico-R**. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FERREIRA, A . B. H. ; **Novo Aurélio Século XXI : o dicionário da língua portuguesa**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREUD, S. – Mal Estar na Civilização. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GENTIL, V. ; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, A . (org.) **Pânico, fobias e obsessões: A experiência do projeto AMBAN**. 3ª ed. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1997.

GOFFMAN, E. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GRAEFF, F. G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo: EPU, 1989

GRUNSPUN, H. **Distúrbios neuróticos da criança**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1976.

HOCHGRAF, P. B. Problemática do alcoolismo e outras farmacodependências nas mulheres. In: **Drogas: Atualização em prevenção e tratamento**. ANDRADE, A . G. (coord.). São Paulo: Lemos, s/d.

INEM, C. L. e ACSELRAD, G. **- Drogas: Uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

KAPLAN, H. ; SADOCK, B. ; **Compêndio de psiquiatria**. 6ª. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1993

KLEIN, D. F. ; FINK, M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. **Am. J. Psych**., 121: 432 – 438, 1962.

LARANJEIRA, R. – **Drogas.** São Paulo: Contexto, 1998.

LEHMAN, A .F.; MYERS C. P.; CORTY E.C. - Assessment and classification of patients with and substance abuse syndromes. **Hosp. Community Psychiatry,** 40: 1.019 – 1.030, 1989.

LEPOLA U. Alcohol and depression in panic disorder**. Acta Psychiatry Scand,** Suppl 377:33-35, 1994. [Medline]

I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 / E. A. Carlini. [et al.] São Paulo: **CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre drogas psicotrópicas**: Unifesp – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

LIMA, E. S. **Drogas na adolescência: um estudo sobre exposições e riscos associados**. Campinas. 2000. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

LOUIE, A K. ; LANNON R. A ; BROWNW D; LEWIS T. B. ; JONES, R. Clinical features of cocaine-induced panic. **Biol Psychiatry**, 40: 9 : 938-40, 1996. [Medline]

MATOS, E. G. de **Contribuições ao estudo do distúrbio do pânico e prolapso de valva mitral**. Campinas. 1992. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

MENDLOWICZ, M. V. e STEIN M. B. Quality of life in individuals with anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry,** 157 (5): 669-682, 2000.

NICASTRI, S. e ANDRADE, A . G. Abuso de Drogas e outros quadros psiquiátricos. In: **Drogas: Atualização em prevenção e tratamento**. São Paulo: Lemos, 1993

ORLEY, J. e KEYKEN, W. **Quality of life assessmente: international perspectives**. Basilélia, Springer-Vellag, 1994.

PAPP, L. A.; GORMAN, J. M. – Sex differences in panic disorder. **Am. J. Psychiatry,**. 145:766, 1998.

PEREIRA, M.E. C. **Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo: Lemos, 1997.

PESSOA, F.; **Obra poética** 17ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Aguilar, 2001.

RAVERA. L., **Tradução, adaptação, e estudo de confiabilidade de um novo instrumento diagnóstico para o transtorno de pânico-agorafóbico.** Campinas, 2004. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas). A ser defendida em Agosto de 2004.

Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

REZENDE, M. M. **Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de saúde mental.** Campinas. 1999. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

RIHMER, K. Z.; KISS, K.; SÁRAI, T. ; SZABÓ, A . ; KISS, G. H. Gender differences in panic disorder symptoms and illicit drug use among young people in Hungary **Eur Psychiatry,** 17: 29-32, 2002. [Medline]

SARDELLI L. R. **Spectrum do Pânico-Agorafóbico - um estudo na Região Metropolitana de Campinas.** Campinas, 2004. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas). A ser defendida em Agosto de 2004.

SEGUÍ, J. ; MÁRQUEZ, M. ; CANET, J. ; CASCIO, A.; GARCÍA, L. ; ORTIZ, M. Panic disorder in a Spanish sample of 89 patients with pure alcohol dependence Drug **Alcohol dependence,** 63: 2: 117-21 ,2001. [Medline].

SILVEIRA FILHO, D. X. e GORGULHO, M. – **Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias: Uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SILVEIRA FILHO, D. X. e JORGE, M. R. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares**. Rev. Bras. Psiquiatr. ,** v.21 no. 3, São Paulo, 1999.

SOLDERA, M. AP. **Uso de drogas por estudantes de 1º e 2º graus na cidade de Campinas: prevalência e fatores sócio-demográficos-culturais e associados.** Campinas. 2001. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

SOUZA, A . M. ; **Estudo da associação entre ansiedade de separação e transtorno de pânico**. Campinas. 1996. (Dissertação - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

TAVARES, M. (coordenador/Brasil) **Manual da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV - Transtornos do eixo I**. Brasília – DF, 1997. (doc. mimeo)

TELFORD, C. W e SAWREY, J. M. **O indivíduo excepcional**. Trad. Vera Ribeiro São Paulo: Psyche, 2003.

TOSCANO, A. e SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

VAILLANT, G. **A história natural do alcoolismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

WHITAKER, C. **Pânico, a fenomenologia da angústia: um estudo sobre a angústia em Freud e Lacan**. São Paulo, 2001 (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo)

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS

TRANSTORNO DE PÂNICO EM DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS

Pesquisadora responsável: Maria da Piedade Romeiro de Araujo Melo.

Número: _____

Eu, _____,RG_____ SSP/____,DN_____, morador_____, declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada "Transtorno de Pânico em Dependentes de Substâncias Alcoólicas e Não Alcoólicas" um estudo de autoria da doutoranda Maria da Piedade Romeiro de Araujo Melo e sob a orientação do Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos.

Tenho consciência de que minha participação não é obrigatória e consistirá em responder a entrevista de forma anônima e individual. Caso não deseje participar da presente pesquisa, fica garantido meu direito de continuar o tratamento no CRIAD.

As respostas serão sistematizadas e analisadas sem a minha identificação, ou seja, de forma sigilosa e confidencial, com posterior redação e publicação de trabalho científico.

Pesquisando: Nome _____

Assinatura _____ Data _____

Pesquisador: Nome _____

Assinatura _____ Data _____

Obs: Para recurso ou reclamação, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, telefone **(19) 3788.8936.**

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

TRANSTORNO DE PÂNICO EM DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS ALCOÓLICAS E NÃO ALCOÓLICAS

Pesquisadora responsável: Maria da Piedade Romeiro de Araujo Melo

Número: _____

1- Nome (iniciais): _____

2- Idade: _____

3- Sexo: _____Fem. _____Masc.

4- Cor: _____ Am. _____Br. _____Neg. _____Pard.

5- Estado Civil: _____ Solt. _____Cas. _____Sep. ____Viúvo ____Amas.

6- Grau de Instrução: _____Analf. _____1º grau incomp. _____1º grau comp.

_____2º grau incomp. _____2º grau comp. _____Superior

7- Religião: _____

8- Profissão: _____

9- Você trabalha atualmente? _____

10- Você tem algo a acrescentar?

_____

_____

ANEXO 3

SCID – I – P

Módulo E

Transtornos por Uso de Álcool

E. TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL (AO LONGO DA VIDA)

Questão nº 1 do SCREENING:

SIM NÃO

SE NÃO IR PARA ***TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCÓLICAS*** E. 10

SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº1 DO SCREENING FOI "NÃO", ASSINALAR AQUI ____ E IR PARA ***TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS,*** E. 10

CONTINUAR, SE O SCREENING NÃO FOI UTILIZADO OU A RESPOSTA À QUESTÃO Nº1 FOI "SIM":

Quais são seus hábitos de bebida? (Quanto você bebe?) (Alguma vez em sua vida você já bebeu cinco ou mais doses em uma ocasião?)

Em que período da sua vida você bebeu mais? (Quanto tempo durou esse período?)

ANOTAR DATA DO USO MAIS INTENSO E DESCREVER O PADRÃO:

_____

_____

Durante aquele período...

com que freqüência você estava bebendo?

o que você bebia? Quanto?

Durante aquele tempo...

o fato de você beber trouxe problemas para você?

alguém era contra o fato de você beber?

SE A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL PARECER PROVÁVEL, ASSINALAR AQUI ____ E IR PARA ***DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL,*** E. 4.

SE QUAISQUER EPISÓDIOS POR EXCESSO DE BEBIDA OU QUALQUER EVIDÊNCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL, CONTINUAR COM ***ABUSO DE ÁLCOOL,*** NA PRÓXIMA PÁGINA.

SE NUNCA HOUVE EPISÓDIOS POR EXCESSO DE BEBIDA E NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL, IR PARA ***TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS,*** E. 10

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de álcool

ABUSO DE ÁLCOOL AO LONGO DA VIDA	**CRITÉRIOS PARA ABUSO DE ÁLCOOL**					
Deixe-me fazer agora mais algumas perguntas sobre seus hábitos de bebida.	A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:					
Alguma vez você já faltou ao trabalho ou à escola porque estava intoxicado(a), alto(a) ou de ressaca? (Com que freqüência? E quanto a fazer um trabalho mal feito ou ser reprovado em alguma matéria na escola por causa da bebida?) SE NÃO: E quanto a não manter a sua casa limpa ou não cuidar de seus filhos adequadamente por causa da bebida? (Com que freqüência?) SE SIM PARA QUALQUER DAS ANTERIORES: Com que freqüência? (Durante que período de tempo?)	(1) uso recorrente de substância alcoólica resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância alcoólica; ausências, suspenções ou expulsões da escola relacionados a substância alcoólica; negligência dos filhos ou afazeres domésticos)	?	1	2	3	E2
Alguma vez você já bebeu em uma situação na qual seria muito perigoso beber? (Alguma vez você já dirigiu quando estava bêbado(a)?) SE SIM & DESCONHECIDO: Com que freqüência? (Durante que período de tempo?)	(2) uso recorrente de substância alcoólica em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substância alcoólica)	?	1	2	3	E3
O fato de você beber já o colocou em dificuldades com a lei (autoridades, polícia, etc.)? SE SIM E DESCONHECIDO: Com que freqüência? (Durante que período de tempo?)	(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância alcoólica (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada à substância alcoólica)	?	1	2	3	E4
SE AINDA DESCONHECIDO: O fato de você beber já causou problemas com outras pessoas, como familiares, amigos, ou pessoas no trabalho? (Alguma vez você já se envolveu em brigas físicas ou em discussões violentas a respeito do fato de você beber?)	(4) uso continuado de substância alcoólica, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de substância alcoólica (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas	?	1	2	3	E5

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de álcool

SE SIM: Ainda assim você continuou bebendo? (Durante que período de tempo?)	corporais).

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de álcool

PELO MENOS UM ITEM "A"CODIFICADO COMO "3" — 1 — 3

SE NÃO HOUVE POSSIBILIDADE DE DEPENDÊNCIA FISIOLÓGICA OU DE USO COMPULSIVO, IR PARA * **TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS,*** E. 10, CASO CONTRÁRIO, CONTINUAR PERGUNTANDO SOBRE DEPENDÊNCIA, E.4.

ABUSO DE ÁLCOOL. CONTINUAR PERGUNTANDO SOBRE DEPENDÊNCIA. E.4 (A NÃO SER QUE JÁ TENHA SIDO PERGUNTADO

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	CRITÉRIOS PARA A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL					
Agora eu gostaria de fazer mais algumas perguntas sobre seus hábitos de beber.	Um padrão mal-adaptativo de uso de substância alcoólica levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo no mesmo período de 12 meses: NOTA: OS CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA ALCOÓLICA NÃO ESTÃO NA SEQUÊNCIA DO DSM-IV					
Você percebeu que quando você começava a beber, muitas vezes acabava bebendo muito mais do que havia planejado? SE NÃO: E quanto a beber por um período de tempo muito maior do que você havia planejado?	(3) a substância alcoólica é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido	?	1	2	3	E7
Você já tentou diminuir ou parar de tomar bebidas alcoólicas? SE SIM: Você alguma vez de fato parou de beber completamente? (Quantas vezes você tentou diminuir ou parar de beber?) SE NÃO: Você quis diminuir ou parar de beber? (Isso é algo que continuou preocupando a você?)	(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de substância	?	1	2	3	E8
Você tem passado muito tempo bebendo, ficando alto(a) ou de ressaca?	(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de substância alcoólica, na utilização de substância alcoólica, ou na recuperação de seus efeitos.	?	1	2	3	E9
Já houve momentos em que você bebia com tanta freqüência que começava a beber ao invés de trabalhar ou de se divertir com sua família ou amigos?	(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância alcoólica	?	1	2	3	E10

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

SE AINDA DESCONHECIDO: O fato de você beber já causou algum problema psicológico, deixando você deprimido(a) ou ansioso(a), trazendo dificuldades para dormir, ou causando perdas de memória durante o período em que você estava bebendo? SE AINDA DESCONHECIDO: O fato de você beber já causou algum problema físico significativo ou piorou algum problema físico? SE SIM PARA QUAISQUER DAS ANTERIORES: Ainda assim você continuou bebendo?	(7) o uso de substância alcoólica continua, apesar da consciência de ter um problema físico, ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância alcoólica (por ex., consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)	?	1	2	3	E11
Você notou que precisava beber muito mais do que na época em que você começou a beber para alcançar a sensação que você tinha no início? SE SIM: Quanto mais? SE NÃO: E quanto a notar que quando você bebia a mesma quantidade, isso passou a ter muito menos efeito do tinha que antes?	(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores de substância alcoólica para adquirir a intoxicação ou efeito desejado (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância alcoólica	?	1	2	3	E12
Alguma vez você já teve sintomas de abstinência quando você diminuia ou parava de beber, assim como... ... suor ou coração acelerado(disparado)? ... as mãos tremendo? ... dificuldades para dormir? ... se sentindo enjoado ou vomitando? ... se sentindo agitado? ... ou se sentindo ansioso? (E quanto a ter convulsões ou ver, sentir, ou ouvir coisas que de fato não existiam?)	(2) abstinência, manifestada por qualquer dos aspectos (a) ou (b): (a) pelo menos DOIS dos seguintes: -- hiperatividade autonômica (e.g.: sudorese ou pulso acima de 100) -- tremor intensificado nas mãos -- insônia -- náuseas ou vômitos -- agitação psicomotora -- ansiedade -- convulsões de grande mal -- alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias	?	1	2	3	E13
SE NÃO: Alguma vez você já começou o dia bebendo, ou você com freqüência bebia para evitar as tremedeiras ou o	(b) substância alcoólica (ou uma substância da classe sedativa/-hipnótica/ansiolítica) é consumida			___		E14

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

enjôo?	para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

SE DESCONHECIDO: Quando ocorreram (OS SINTOMAS ANTERIORES CODIFICADOS COMO "3")? (Todos eles aconteceram aproximadamente ao mesmo tempo?)

PELO MENOS TRÊS ITENS DE DEPENDÊNCIA CODIFICADOS "3" E ITENS OCORRENDO DENTRO DO MESMO PERÍODO DE 12 MESES

1 3 E15

→ DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Especificar se: E16
1- **Com Dependência Fisiológica** (evidências de tolerância ou abstinência)
2- ***Sem Dependência Fisiológica*** (não existem evidências de tolerância ou abstinência)

→ IR PARA A CRONOLOGIA DA DEPENDÊNCIA, E.7

SE QUESTÕES SOBRE ABUSO DE ÁLCOOL (PÁGINAS E.1 - E.3) AINDA NÃO FORAM PERGUNTADAS, IR PARA A PÁGINA E.1. E VERIFICAR SOBRE ABUSO.

SE QUESTÕES SOBRE ABUSO FORAM PERGUNTADAS E ABUSO ESTIVER PRESENTE, CODIFICAR "3"; CASO CONTRÁRIO, SE QUESTÕES FORAM PERGUNTADAS E ABUSO NÃO ESTIVER PRESENTE, IR PARA ***TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS,*** E.10

1 3 E17

→ IR PARA *TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS*, E.10

→ ABUSO DE ÁLCOOL

Quantos anos você tinha quando teve pela primeira vez (SINTOMAS DE ABUSO CODIFICADOS COMO "3")?

Idade de início do Abuso de Álcool (CODIFICAR 99 SE DESCONHECIDO) ___ ___ E18

SE DÚBIO: Durante este último mês, você tomou alguma bebida alcoólica?

SE SIM: Fale mais sobre isso. (O fato de você beber tem lhe causado algum problema?)

Os critérios para Abuso de Álcool preenchidos em qualquer momento no último mês

? 1 3 E19

→ ABUSO PASSADO

→ ABUSO PRESENTE

→ IR PARA *TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS*, E.10

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

CRONOLOGIA PARA DEPENDÊNCIA

Quantos anos você tinha quando teve pela primeira vez (LISTAR SINTOMAS DE ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL CODIFICADOS COMO "3")?	Idade de início de Abuso ou Dependência de Substância Alcóolica (CODIFICAR 99 SE DESCONHECIDO)	__ __	E20
SE DÚBIO: Durante este último mês, você tomou alguma bebida alcoólica? SE SIM: Fale mais sobre isso. (O fato de você beber tem lhe causado algum problema?)	Todos os critérios para Dependência de Substância Alcóolica foram preenchidos em algum momento no último mês (ou nunca houve um mês sem os sintomas de Dependência ou Abuso desde o início da Dependência)	? 1 3 IR PARA *ESPECIFICADORES DE REMISSÃO* E. 8 DEPENDÊNCIA ATUAL	E21

***ESPECIFICADORES DE SEVERIDADE PARA DEPENDÊNCIA *** E22

ANOTAR A SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA PARA A PIOR SEMANA DO ÚLTIMO MÊS (Questões adicionais sobre os efeitos do álcool no funcionamento social e ocupacional podem ser necessários.)

1 Leve: Poucos, se algum, sintomas além dos requeridos para fazer o diagnóstico, **e** os sintomas resultam apenas em um leve prejuízo no funcionamento ocupacional, ou nas atividades sociais habituais, ou nos relacionamentos com os outros (ou os critérios preenchidos para Dependência no passado e alguns problemas atuais).

2 Moderado: Sintomas ou prejuízos funcionais entre "leve"e "severo"

3 Severo: Muitos sintomas além dos requeridos para fazer o diagnóstico, **e** os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

IR PARA TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS, E.10

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

ESPECIFICADORES DE REMISSÃO PARA DEPENDÊNCIA

OS SEGUINTES ESPECIFICADORES DE REMISSÃO PODEM SER APLICADOS APENAS DEPOIS QUE NENHUM CRITÉRIO PARA DEPENDÊNCIA OU ABUSO FOI SATISFEITO POR PELO MENOS UM MÊS NO PASSADO

Nota: Esses especificadores não se aplicam se o indivíduo está em **Terapia Com Agonista** ou **Em um Ambiente Controlado** (próxima página).

Número de meses anteriores à entrevista quando teve pela última vez problemas com Substâncias Alcóolicas ___ ___ ___ E23

1 Remissão Completa Inicial: Por pelo menos *um mês, mas menos de doze meses,* nenhum critério de Dependência ou Abuso foi satisfeito. E24

XXXXXXXXXXX |
Dependência 1 mês 0-11 meses

2 Remissão Parcial Inicial: Por pelo menos um mês, mas menos de doze meses, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos (mas os critérios completos para Dependência não foram satisfeitos).

XXXXXXXXXXX xxxXXXxxx xxxXXXxxx xxxXXXxxx |
Dependência 1 mês 0-11 meses

3 Remissão Completa Mantida: Nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito em qualquer época durante um período de doze meses ou mais.

XXXXXXXXXXX | |
Dependência 1 mês 11+ meses

4 Remissão Parcial Mantida: Todos os critérios para Dependência não foram satisfeitos por um período de doze meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram atendidos.

XXXXXXXXXXX xxxXXXXxxx xxxXXXXXxxx xxxxxXXXXxxx
Dependência 1 mês 11+ meses

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Alcóol

Assinalar ___ se **Em Terapia Com Agonista:** O indivíduo está usando um medicamento agonista prescrito (por ex., valium), e nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito para esta classe de medicamento pelo menos durante o último mês (exceto tolerância ou abstinência do agonista). Esta categoria também se aplica aos indivíduos que estão sendo tratados para Dependência com um agonista parcial ou um agonista / antagonista. E25

Assinalar ___ se **Em Ambiente Controlado:** O indivíduo está em um ambiente onde o acesso ao álcool e substâncias controladas é restrito, e se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito pelo menos no último mês. Exemplos desses ambientes são prisões atentamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares com portas trancadas. E26

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas

TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCÓOLICAS
(ABUSO E DEPENDÊNCIA AO LONGO DA VIDA)

Questão nº 2 do SCREENING: SIM NÃO

SE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES #2 E #3 DO SCREENING FORAM NEGATIVAS. ASSINALAR AQUI ____ E IR PARA O PRÓXIMO MÓDULO

Questão nº 3 do SCREENING: SIM NÃO

CONTINUAR. SE O SCREENING NÃO FOI UTILIZADO OU SE AS RESPOSTA À QUESTÃO #2 OU QUESTÃO #3 FORAM "SIM":
Agora eu vou perguntar sobre seu uso de drogas ou medicamentos.

SE A RESPOSTA FOI NÃO PARA **AMBAS**: IR PARA O PRÓXIMO MÓDULO

MOSTRAR A LISTA DE DROGAS AO SUJEITO.

Alguma vez você já tomou algum desses para ficar alto(a) (ligado(a)), para dormir melhor, para perder peso, ou para mudar seu humor?

REFERINDO-SE À LISTA DA PRÓXIMA PÁGINA, DETERMINAR O NÍVEL DO USO DA DROGA, UTILIZANDO AS DIRETRIZES ABAIXO

DIRETRIZES PARA AVALIAR O NÍVEL DE USO DA DROGA:

PARA CADA GRUPO DE DROGA JÁ USADO: (1) ou (2):

SE DROGA: Em que período você mais usou (A DROGA)?

(Já houve algum período quando você usava essa droga pelo menos 10 vezes num espaço de tempo de um mês?)

(1) já usou droga mais que 10 vezes sem um período de um mês

SE PRESCRITO: **Alguma vez você já ficou** viciado(a) em **(dependente de) (O REMÉDIO** PRESCRITO) ou tomou **muito mais do que** havia sido prescrito?

(2) relata ter se tornado dependente de uma **droga** prescrita OU usando muito mais do que havia sido prescrito

SE O GRUPO DE DROGA NUNCA FOI USADO OU USADO APENAS UMA VEZ, OU SE O MEDICAMENTO FOI USADO COMO PRESCRITO, CIRCULAR "1" PARA O GRUPO DE DROGA EM E. 11

SE O GRUPO DE DROGA FOI USADO PELO MENOS DUAS VEZES, NO ENTANTO MENOS DO QUE O NÍVEL INDICADO EM (1), CODIFICAR "2" PARA O GRUPO DE DROGA EM E. 11

SE GRUPO DE DROGA FOI USADO NO NÍVEL INDICADO NO ITEM (1) OU SE POSSIVELMENTE DEPENDENTE DE MEDICAMENTO PRESCRITO (ITEM (2) É VERDADEIRO), CODIFICAR "3" EM E. 11

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas

CIRCULAR O NOME DE CADA DROGA JÁ USADA (OU ESCREVER O NOME NO CASO DE "OUTRA")	REGISTRAR O PERÍODO DE USO MAIS INTENSO (IDADE OU DATA, E DURAÇÃO) E DESCREVER O PADRÃO DE UTILIZAÇÃO	INDICAR O NÍVEL DE USO (UTILIZAR AS DIRETRIZES, E.10)	
Sedativos-hipnóticos-ansiolíticos: *Quaalude, Seconal*, Valium, *Xanax*, Librium, barbitúricos, *Miltown* , Ativan, *Dalmane*, Halcion, *Restoril* ou outro: _____	_____	? 1 2 3	E27
Cannabis: maconha, haxixe, THC ou outro: _____	_____	? 1 2 3	E28
Estimulantes: anfetamina, "speed", *crystal meth*, dexadrina, *Ritalin*, gelo (ice), ou outro: _____	_____	? 1 2 3	E29
Opóides: heroína, morfina, ópio, metadona, *Darvon*, codeína, *Percodan, Demerol, Dilaudid*, não especificado ou outro: _____	_____	? 1 2 3	E30
Cocaína: intranasal, injetada (intravenosa), base livre, "crack", "speedball", não especificado ou outro: _____	_____	? 1 2 3	E31
Alucinógenos / PCP: LSD, mescalina, peiote, psilocibina, *STP*, cogumelos (chás), PCP ("pó-de-anjo"), êxtase, MDMA ou outro: _____	_____	? 1 2 3	E32
Outros: esteróides, "cola", tinta, inalantes, óxido nitroso (gás do riso), amila, butila, nitrato de isobutila, pílulas de dormir ou de dieta sem prescrição médica, desconhecido ou outros: _____	_____	? 1 2 3	E33
	QUAISQUER GRUPOS DE DROGAS CODIFICADOS "2" OU "3"	1 | 3 IR PARA O PRÓXIMO MÓDULO	E34

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas

SE PELO MENOS TRÊS GRUPOS DE DROGA FORAM USADOS E UM PERÍODO DE USO INDISCRIMINADO PARECER PROVÁVEL. PERGUNTAR O SEGUINTE:

Você me contou que você havia usado (DROGA/ÁLCOOL). Já houve algum período em que você esteve usando várias drogas diferentes ao mesmo tempo e não fazia diferença o que você tomava desde que você ficasse alto(a) (ligado(a))?

O comportamento durante o mesmo período de 12 meses, no qual a pessoa usou repetidamente pelo menos três grupos de substâncias (não incluindo cafeína ou nicotina), sem predomínio de nenhuma substância isolada. Além disso, durante este período, os critérios para Dependência foram (igualmente) satisfeitos para as substâncias como um grupo, mas não para qualquer substância específica.

NOTA: NOS CASOS QUE INCLUEM PERÍODOS DE USO INDISCRIMINADO E OUTROS PERÍODOS DE USO DE DROGAS ESPECÍFICAS, DROGAS MÚLTIPLAS DEVEM SER CODIFICADAS ALÉM DA COLUNA DE DROGAS ESPECÍFICAS

1 2 3 E35

USAR COLUNA DE DROGAS MÚLTI-PLAS

SE NENHUMA CLASSE DE DROGA FOI CODIFICADA COMO "3" NA PÁGINA ANTERIOR (P.EX., "2"s APENAS), IR PARA *ABUSO DE SUBSTÂNCIA*, E. 23

PARA CLASSES DE DROGA CODIFICADAS COMO "3", CIRCULAR AS COLUNAS ADEQUADAS NAS PÁGINAS E. 12 À E. 18

Agora eu vou fazer algumas perguntas específicas sobre o seu uso de (DROGAS CODIFICADAS "3").

FAZER CADA UMA DAS PERGUNTAS SEGUINTES PARA CADA DROGA CODIFICADA COMO "3": Para (A DROGA)...

Você percebeu que quando você começava a usar (A DROGA), muitas vezes acabava usando muito mais do que havia planejado?

SE NÃO: E quanto a usar por um período de tempo muito maior do que havia planejado?

NOTA: OS CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA ESTÃO EM UMA SEQUÊNCIA DIFERENTE DO DSM-IV.	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
(3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42	E43

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

Você já tentou diminuir ou parar de usar (A DROGA)?

SE SIM: Alguma vez você já conseguiu realmente parar de usar (A DROGA)?

(Quantas vezes você tentou diminuir ou parar de usar (A DROGA)?

SE DÚBIO: Você quis diminuir ou parar de usar (A DROGA)?

SE SIM: Isso é algo que continuou preocupando a você?

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(4) Existe um desejo persistente OU esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50	E51

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

Você gastava muito do seu tempo usando (A DROGA) ou fazendo qualquer coisa para consegui-la? Você levava muito tempo para voltar ao normal? (Quanto tempo? Demorava várias horas?)

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E59

Houve momentos em que você usava (A DROGA) com tanta freqüência que você a(o) usava ao invés de trabalhar ou de se divertir com sua família ou amigos?

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E60	E61	E62	E63	E64	E65	E66	E67

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

SE AINDA DESCONHECIDO:
(A DROGA) causou problemas psicológicos, p. ex., deixando você deprimido?

SE AINDA DESCONHECIDO:
(A DROGA) já causou problemas físicos ou piorou algum problema físico?

SE SIM PARA QUAISQUER DAS ANTERICRES: Ainda assim você continuou usando (A DROGA)?

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exarcebado pela substância (p.ex., consumo continuado de bebidas alcóolicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74	E75

Você notou que precisava usar muito mais (A DROGA) para ficar tão ligado(a) quanto você ficava no início?

SE SIM: Quanto mais?

SE NÃO: E quanto a notar que quando você usava a mesma quantidade de droga, isso passou a ter muito menos efeito do que antes?

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(1) Tolerância, definida por qualquer dos seguintes aspectos:	3	3	3	3	3	3	3	3
(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
(b)acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância	?	?	?	?	?	?	?	?
	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82	E83

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

O ITEM SEGUINTE PODE NÃO SE APLICAR A CANNABIS E ALUCINÓGENOS/PCP

Alguma vez você já teve sintomas de abstinência, ou seja, se sentiu mal quando diminuiu ou parou de usar (A DROGA)?

SE SIM: Quais sintomas você teve? REFERIR-SE À LISTA DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA EM E.17

SE NÃO: Depois de ficar sem usar (A DROGA) por algumas horas ou mais, você costumava usá-la para evitar passar mal, por causa (DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA)?

SE NÃO: E quanto a usar (DROGA DO MESMO GRUPO) quando você estava passando mal, por causa (DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA), para se sentir melhor?

(2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
	3	3	3	3	3	3	3	3
(a) síndrome de abstinência característica para a substância	2	2	2	2	2	2	2	2
(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relaciona-da) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E91

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

LISTA DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA (DOS CRITÉRIOS DO DSM-IV)

Estão listados abaixo os sintomas de abstinência característicos para aquelas classes de substâncias psicoativas para as quais uma síndrome de abstinência tem sido identificada. (NOTA: Uma síndrome de abstinência específica não foi identificada para CANNABIS E ALUCINÓGENOS/ PCP). Os sintomas de abstinência podem ocorrer seguindo a irrupção do uso moderado prolongado da substância psicoativa, ou uma redução da quantidade usada.

SEDATIVOS, HIPNÓTICOS, E ANSIOLÍTICOS:

Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após cessar (ou reduzir) o uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos, ou ansiolíticos:

(1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou taquicardia)
(2) tremor intensificado
(3) insônia
(4) náuseas ou vômitos
(5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
(6) agitação psicomotora
(7) ansiedade
(8) convulsões de grande mal

ESTIMULANTES/ COCAÍNA

Humor disfórico E duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se em horas a dias após a cessação (ou redução de um uso pesado e prolongado de substância):

(1) fadiga
(2) sonhos vívidos e desagradáveis
(3) insônia e hipersonia
(4) apetite aumentado
(5) retardo ou agitação psicomotora

OPIÓIDES:

Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de alguns minutos a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (algumas semanas ou mais) ou a administração de um antagonista de opióides (após um período de uso de opióides):

(1) humor disfórico
(2) náusea ou vômito
(3) dores musculares
(4) lacrimejamento ou rinorréia
(5) dilatação da pupila, piloereção ou sudorese
(6) diarréia
(7) bocejos
(8) febre
(9) insônia

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

SE DESCONHECIDO: Quando ocorreram (SINTOMAS ACIMA CODIFICADOS COMO "3")? (Eles aconteceram aproximadamente ao mesmo tempo?)

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA Pelo menos 3 itens são codificados "3" **E** os itens ocorreram dentro de um período de tempo de doze meses.	3	3	3	3	3	3	3	3
	E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E99

Especificar o tipo:

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
Com Dependência Fisiológica (evidência atual de tolerância ou abstinência)	3	3	3	3	3	3	3	3
Sem Dependência Fisiológica (não há evidência de tolerância ou abstinência)	1	1	1	1	1	1	1	1
	E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E107

PARA CADA CLASSE CODIFICADA COMO "3", IR PARA A ***CRONOLOGIA***, E. 19

Menos de 3 itens codificados como "3"	1	1	1	1	1	1	1	1
	E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E115

IR PARA ***ABUSO DE SUBSTÂNCIA AO LONGO DA VIDA***, E.23 E PERGUNTAR SOBRE OS QUATRO ITENS DE ABUSO PARA CADA CLASSE DE DROGA ACIMA CODIFICADA "1".

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

CRONOLOGIA

SE DÚBIO: Durante o último mês, você usou (A DROGA) pelo menos uma vez?

SE SIM: O uso (DA DROGA) causou algum problema?

(E quanto a ficar "ligado(a)" quando estava na escola ou no trabalho, ou cuidando de crianças? E quanto a faltar a algum compromisso importante por ter ficado "ligado(a)" ou de ressaca? E quanto a usar (A DROGA) enquanto dirigia? E quanto a se envolver em problemas com a lei (autoridades, polícia, etc.) por causa do uso de (A DROGA)?

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
NOTA: VOCÊ PODE PRECISAR SE REFERIR AO CRITÉRIO DE ABUSO, PÁGINA E.23.								
Todos os critérios para Dependência preenchidos em algum momento no último mês (ou nunca houve um mês sem os sintomas de Dependência ou Abuso desde o início da Dependência)	3	3	3	3	3	3	3	3
	E116	E117	E118	E119	E120	E121	E122	E123
PARA CADA CLASSE CODIFICADA COMO "3", INDICAR OS ESPECIFICADORES DE SEVERIDADE NA PRÓXIMA PÁGINA								
Nenhum sintoma de Dependência ou Abuso no último mês ou preenche os critérios parcialmente após um mês sem os sintomas	1	1	1	1	1	1	1	1
	E124	E125	E126	E127	E128	E129	E130	E131
PARA CADA CLASSE CODIFICADA COMO "1", INDICAR OS ESPECIFICADORES DE REMISSÃO E.21								

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

CODIFICAR SEVERIDADE PARA CADA CLASSE DE DROGA COM DEPENDÊNCIA ATUAL:

USAR A ESCALA ABAIXO PARA CODIFICAR A SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA DURANTE A PIOR SEMANA NO ÚLTIMO MÊS (Questões adicionais sobre o efeito da substância no funcionamento social e ocupacional podem ser necessárias)	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E 32	E133	E134	E135	E136	E137	E138	E139

1 Leve: Poucos, se algum, sintomas além requeridos para fazer o diagnóstico, **e** os sintomas resultam apenas em um leve prejuízo no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

2 Moderado: Sintomas ou prejuízos funcionais entre "leve" e "severo"

3 Severo: Muitos sintomas além dos requeridos para fazer o diagnóstico, **e** os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

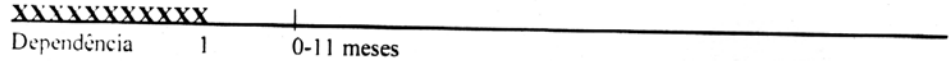
Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

*** ESPECIFICADORES DE REMISSÃO PARA DEPENDÊNCIA***

OS SEGUINTES ESPECIFICADORES DE REMISSÃO PODEM SER APLICADOS APENAS DEPOIS QUE NENHUM CRITÉRIO PARA DEPENDÊNCIA OU ABUSO FOI SATISFEITO POR PELO MENOS UM MÊS NO PASSADO

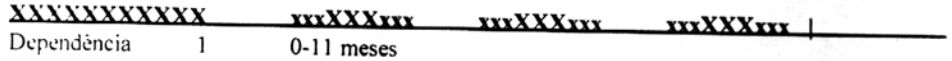
Nota: Esses especificadores não se aplicam se o indivíduo está **Em Terapia Com Agonista** ou **Em Ambiente Controlado** (Ver página E.9 para as definições desses especificadores).

1 Remissão Completa Inicial: Por pelo menos um mês, mas menos de doze meses, nenhum critério de Dependência ou Abuso foi satisfeito.



Dependência 1 mês 0-11 meses

2 Remissão Parcial Inicial: Por pelo menos um mês, mas menos de doze meses, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos (mas os critérios completos para **Dependência** não foram satisfeitos).

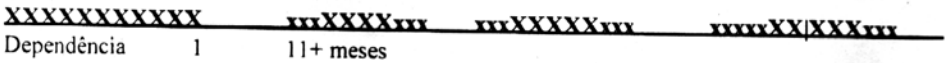


Dependência 1 mês 0-11 meses

3 Remissão Completa Mantida: Nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito em qualquer época durante um período de doze meses ou mais.

Dependência 1 mês 11+ meses

4 Remissão Parcial Mantida: Todos os critérios para Dependência não foram satisfeitos por um período de doze meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram atendidos.



Dependência 1 mês 11+ meses

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Dependência de Substâncias Não Alcoólicas

USAR A ESCALA ABAIXO PARA INDICAR O TIPO DE REMISSÃO	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
Remissão Completa Inicial	1	1	1	1	1	1	1	1
Remissão Parcial Inicial	2	2	2	2	2	2	2	2
Remissão Completa Mantida	3	3	3	3	3	3	3	3
Remissão Parcial Mantida	4	4	4	4	4	4	4	4
Assinalar se **Em Terapia Com Agonista**	___		___	___	___		___	___
Assinalar se **Em Ambiente Controlado**	___	___	___	___	___	___	___	___
	E140	E141	E142	E143	E144	E145	E146	E147

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de Substâncias Não Alcoólicas

ABUSO DE SUBSTÂNCIA AO LONGO DA VIDA

→ PARA CADA CLASSE CODIFICADA COMO "2" (P.EX., DROGAS USADAS EM UM NÍVEL MENOR QUE 10 VEZES EM QUALQUER MÊS), COMEÇAR ESSA SEÇÃO COM A SEGUINTE APRESENTAÇÃO:

Agora eu vou fazer algumas perguntas específicas sobre o seu uso de (AS DROGAS CODIFICADAS "2")?

→ PARA CADA CLASSE DE DROGA CODIFICADA "3" NA PÁGINA E. 18 QUE NÃO PREENCHEU OS CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA.

Agora eu gostaria de fazer mais algumas perguntas sobre o seu uso de (AS DROGAS CODIFICADAS COMO "3" QUE NÃO PREENCHERAM O CRITÉRIO PARA DEPENDÊNCIA)

CRITÉRIOS PARA ABUSO DE SUBSTÂNCIA

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

Alguma vez você já faltou ao trabalho ou à escola porque estava intoxicado(a), alto(a) ou de ressaca? (Com que freqüência? E quanto a fazer um trabalho mal feito ou ser reprovado em alguma matéria na escola por causa (DA DROGA)?)

SE NÃO: E quanto a não manter a sua casa limpa ou não cuidar de seus filhos adequadamente por causa da bebida?

SE SIM PARA QUALQUER DAS ANTERIORES: Com que freqüência? (Durante que período de tempo?)

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(1) Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho,	3	3	3	3	3	3	3	3
na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional	2	2	2	2	2	2	2	2
relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões relacionados a	1	1	1	1	1	1	1	1
substância; negligência dos filhos ou afazeres domésticos)								

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de Substâncias Não Alcoólicas

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(1) Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões relacionados a substância; negligência dos filhos ou afazeres domésticos)	E148	E149	E150	E151	E152	E153	E154	E155

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de Substâncias Não Alcoólicas

Alguma vez você já usou (A DROGA) em uma situação na qual seria muito perigoso usá-la? (Alguma vez você já dirigiu quando estava alto(a) ou ligado(a)?)

SE SIM **E** DESCONHECIDO: Com que freqüência? (Durante que período de tempo?)

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(2) Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substância)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E156	E157	E158	E159	E160	E161	E162	E163

O fato de usar (A DROGA) já o colocou em dificuldades com a lei (autoridades, polícia, etc.)?

SE SIM E DESCONHECIDO: Com que freqüência? (Durante que período de tempo?)

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada à substância)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E164	E165	E166	E167	E168	E169	E170	E171

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Abuso de Substâncias Não Alcoólicas

SE AINDA DESCONHECIDO: O seu uso (DA DROGA) já causou problemas com outras pessoas, como familiares, amigos, ou pessoas no trabalho? (Alguma vez você já se envolveu em brigas físicas ou discussões violentas por causa do seu uso de drogas?)

SE SIM: Ainda assim você continuou a usar (A DROGA)? (Durante que período de tempo?)

	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
(4) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p. ex., discussões com cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E172	E173	E174	E175	E176	E177	E178	E179

ABUSO DE SUBSTÂNCIA (AO LONGO DA VIDA):	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
	3	3	3	3	3	3	3	3
Pelo menos um item "A" é codificado "3"	1	1	1	1	1	1	1	1
	E180	E181	E182	E183	E184	E185	E186	E187

PARA CLASSES DE DROGAS COM ABUSO AO LONGO DA VIDA (I.E., CODIFICADAS "3" NO ITEM ANTERIOR):	SEDA HIPNO ANSIO	CANA	ESTIM	OPIO	COCA	ALUCI PCP	MULTI	Outras
	3	3	3	3	3	3	3	3
Há alguns sintomas de abuso de substância no último mês?	1	1	1	1	1	1	1	1
SE DÚBIO: Quando foi a última vez em que você teve problemas com (A SUBSTÂNCIA)?	E188	E189	E190	E191	E192	E193	E194	E195

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

SCID-I-P

Módulo F

Pânico

F. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

TRANSTORNO DE PÂNICO

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DO PÂNICO

Questão nº 4 do SCREENING: SIM NÃO

→ SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 4 DO SCREENING FOI "NÃO", IR PARA ***ASHTP,*** F. 7.

IR PARA ***ASHTP***. F.7

→ SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 4 DO SCREENING FOI "SIM": Você disse que teve um ataque de pânico, quando você de repente se sentiu assustado(a), ou ansioso(a), ou de repente desenvolveu vários sintomas físicos...

→ SE O SCREENING NÃO FOI UTILIZADO: Alguma vez você já teve um ataque de pânico, quando de repente você se sentiu assustado(a) ou ansioso(a) ou de repente desenvolveu vários sintomas físicos?

SE SIM: Esses ataques apareceram completamente "do nada", espontaneamente, em situações em que você não esperava se sentir nervoso(a) ou desconfortável?

SE DÚBIO: Quantos ataques desse tipo você já teve? (Pelo menos dois?)

A. (1) ataques de pânico recorrentes e inesperados — ? 1 2 3 — F1

IR PARA ***ASHTP*** F.7

Depois de qualquer um desses ataques...

Você ficou preocupado(a) que pudesse haver algo de muito errado com você, como se você estivesse tendo um ataque do coração ou enlouquecendo? (Por quanto tempo você ficou preocupado(a)?) (Por pelo menos um mês?)

SE NÃO: Você ficou muito preocupado(a) em ter outro desses ataques? (Por quanto tempo você ficou preocupado(a)?) (Por pelo menos um mês?)

SE NÃO: Você passou a fazer alguma coisa de forma diferente por causa desses ataques (como evitar determinados lugares ou não sair sozinho (a)?) (Evitar determinadas atividades, como exercícios?) (E quanto a sempre precisar ter certeza de que está próximo(a) de um

(2) pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características: — ? 1 2 3 — F2

IR PARA ***ASHTP*** F.7

(b) preocupações acerca das implicações do ataque ou suas consequências (p.ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco");

(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais;

(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques;

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

banheiro ou de uma saída?)

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

AGORA VERIFICAR SE CRITÉRIOS PARA ATAQUE DE PÂNICO SÃO PREENCHIDOS.

Quando foi o último ataque forte? Qual foi a primeira coisa que você notou? E depois, o que aconteceu?

SE DESCONHECIDO: Os sintomas apareceram todos de repente? SE SIM: Quanto tempo durou entre o início e ficar realmente forte? (Menos de 10 minutos?)	Os sintomas de ataque de pânico se desenvolveram repentinamente e alcançaram seu máximo dentro de dez minutos	? 1 2 3 IR PARA *ASHTP* F. 7	F3
Durante este ataque...			
.. o seu coração ficou acelerado, batendo forte ou parecendo falhar ?	(1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado	? 1 2 3	F4
.. você ficou suado(a)?	(2) sudorese	? 1 2 3	F5
.. você teve tremedeiras?	(3) tremores e abalos	? 1 2 3	F6
.. você sentiu falta de ar? (Teve dificuldades para respirar?)	(4) sensações de falta de ar	? 1 2 3	F7
.. você se sentiu como se estivesse sufocando?	(5) sensações de asfixia	? 1 2 3	F8
.. você sentiu dor ou pressão no peito?	(6) dor ou desconforto torácico	? 1 2 3	F9
.. você sentiu enjôo ou o estômago embrulhado ou a sensação de que teria diarréia?	(7) náusea ou desconforto abdominal	? 1 2 3	F10
.. você se sentiu enjoado(a), ficou tonto(a), ou como se você fosse desmaiar?	(8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio	? 1 2 3	F11
.. as coisas à sua volta pareciam estranhas como se fossem irreais, ou você se sentiu distante {ou desligado(a)} das coisas à sua volta, ou já teve a sensação de que você estava separado(a) de alguma parte do seu corpo?	(9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)	? 1 2 3	F12
.. você sentiu medo de estar enlouquecendo ou que poderia perder o controle?	(10) medo de perder o controle ou enloquecer	? 1 2 3	F13
.. você sentiu medo de que pudesse morrer?	(11) medo de morrer	? 1 2 3	F14

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

.. você sentiu formigamento ou dormência em partes do seu corpo?	(12) parestesias (anestesiaou sensações de formigamento)	?	1	2	3	F15
.. você teve ondas de calor ou calafrios?	(13) calafrios ou ondas de calor	?	1	2	3	F16
	PELO MENOS QUATRO ITENS CODIFICADOS "3"	?	1		3	F17
Pouco antes de você começar a ter ataques de pânico, você estava usando alguma droga, cafeína, remédios para emagrecer, ou outros medicamentos? (Quanto você toma de café, chá ou refrigerante com cafeína por dia?) Pouco antes dos ataques, você estava fisicamente doente? SE SIM: O que o médico disse?	C. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral SE UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU UMA SUBSTÂNCIA PODE SER ETIOLOGICAMENTE ASSOCIADA COM OS ATAQUES DE PÂNICO, IR PARA * **CMG/ SUBSTÂNCIA***, F. 36 E RETORNAR AQUI PARA FAZER AVALIAÇÃO DE "1" OU "3". Condições de etiologia médica geral incluem: hipertireoidismo, hiperparatireoidismo feocromocitoma, disfunções vestibulares, distúrbios apopléticos, e condições cardíacas (p.ex., arritmias, taquicardia supraventricular). Substâncias etiológicas incluem: intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou cannabis com retirada de depressores do sistemà nervoso central (por ex., álcool, barbitúricos) ou de cocaína.	?	1		3	F18
	D. Os ataques de pânico não são melhores explicados por outro transtorno mental, como Transtorno Obssessivo-Compulsivo (p. ex., com medo de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (p. ex., em resposta a estímulos associados a um estressor se-vero) ou Transtorno de Ansiedade de Separação ou Fobia Social (p. ex., ocorrendo quando há exposição a situações sociais temidas).	?	1		3	F19

DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIA OU UMA CMG

IR PARA *ASHTP* F. 7

IR PARA ***ASHTP*** F. 7

TRANSTORNO DE ANSIEDADE PRIMÁRIA

CONTINUAR

TRANSTORNO DO PÂNICO

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA

SE NÃO ESTIVER ÓBVIO A PARTIR DA AVALIAÇÃO PRELIMINAR:
Existem situações que o (a) deixam nervoso(a) porque você tem medo de que possa ter um ataque de pânico?

Fale mais sobre isso.

SE NÃO FOI ESPECIFICADO:
E quanto a ...

..se sentir desconfortável caso esteja a uma certa distância de casa?
.. estar em um lugar cheio, como uma loja tumultuada, cinema ou restaurante?
.. ficar em uma fila?
.. estar sobre uma ponte?
.. usar transporte público-- como ônibus, trem, ou metrô-- ou dirigir um carro?

B. Presença de agorafobia: ? 1 2 3 F20

(1) Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um ataque de pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a uma multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel.

TRANSTORNO DE PÂNICO SEM AGORAFOBIA

IR PARA *CRONOLOGIA* F.6

Você evita essas situações?

SE NÃO: Quando você está em uma dessas situações, você se sente muito desconfortável ou como se fosse ter um ataque de pânico?

(Você só consegue enfrentar alguma dessas situações se estiver com alguém conhecido?)

(2) As situações agorafóbicas são evitadas (p.ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico ou exigem companhia. ? 1 2 3 F21

TRANSTORNO DE PÂNICO SEM AGORAFOBIA

IR PARA *CRONOLOGIA* F.6

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

(3) A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental, como Fobia Social (p.ex., a esquiva se limita a situações sociais pelo medo do embaraço), Fobia Específica (p.ex., a esquiva se limita a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (p. ex., esquiva à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (p. ex., esquiva de estímulos associados com um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (p. ex., esquiva a afastar-se do lar ou de parentes).

? 1 2 3 F22

TRANSTORNO DE PÂNICO SEM AGORAFOBIA

IR PARA *CRONOLOGIA* F9

NOTA: CONSIDERAR O DIAGNÓSTICO FOBIA ESPECÍFICA, SE A ESQUIVA SE LIMITA APENAS A UMA OU ALGUMAS SITUAÇÕES ESPECÍFICAS,OU DE FOBIA SOCIAL, SE A ESQUIVA SE LIMITA A SITUAÇÕES SOCIAIS.

B(1), B(2), B(3) SÃO TODOS CODIFICADOS COMO "3".

? 1 3 F23

TRANSTORNO DE PÂNICO SEM AGORAFOBIA

TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro

Pânico

CRONOLOGIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO

SE DÚBIO: Durante o último mês, quantos ataques de pânico você teve?

Preencheu os critérios sintomáticos para Transtorno do Pânico durante o último mês, i.e., ataques de pânico inesperados e recorrentes ou esquiva agorafóbica. ? 1 3 F24

INDICAR A SEVERIDADE ATUAL: F25

1- **Leve:** Poucos, se algum, sintomas além dos requeridos para fazer o diagnóstico estão presentes, e os sintomas resultam apenas em um prejuízo leve no funcionamento social ou ocupacional.

2- **Moderado:** Sintomas ou prejuízos funcionais entre "leve" e "severo" estão presentes.

3- **Severo:** Muitos sintomas além dos requeridos para fazer o diagnóstico, ou vários sintomas que são particularmente severos estão presentes, ou os sintomas resultam em um prejuizo acentuado no funcionamento social ou ocupacional.

CONTINUAR COM A ***IDADE DE INÍCIO***, ABAIXO.

SE OS CRITÉRIOS ATUAIS NÃO FORAM PREENCHIDOS TOTALMENTE (OU NÃO FORAM SEQUER PREENCHIDOS): F26

4 - **EM REMISSÃO PARCIAL:** Todos os critérios para o transtorno foram anteriormente preenchidos, mas atualmente apenas alguns dos sintomas ou sinais do transtorno permanecem.

5 - **EM REMISSÃO COMPLETA:** Não há mais qualquer sintoma ou sinais do transtorno, mas é ainda clinicamente relevante observar o transtorno -- p.ex., um indivíduo com episódios anteriores de Transtorno de Pânico que não apresenta mais os sintomas, devido ao uso de antidepressivos nos últimos três anos.

6 - **HISTÓRIA PRÉVIA:** Há uma história dos critérios terem sido preenchidos para o transtorno, mas o indivíduo é considerado como recuperado do mesmo.

Quando você teve pela última vez (QUALQUER SINTOMA DO TRANSTORNO DE PÂNICO)?

Número de meses anteriores à entrevista quando teve pela última vez um sintoma de Transtorno de Pânico. ___ ___ ___ F27

IDADE DE INÍCIO

SE DESCONHECIDO: Quantos anos você tinha quando teve pela primeira vez ataques de pânico?

Idade de início de Transtorno de Pânico (CODIFICAR 99 SE DESCONHECIDO) ___ ___ F28

IR PARA ***FOBIA SOCIAL***, F. 11

? = informação inadequada 1 = ausente ou falso 2 = abaixo do limiar 3 = acima do limiar ou verdadeiro