

Manual de Aplicação
da Sexta Versão da
**Escala de Gravidade
de Dependência**



1^a edição

Organização:
Felix Kessler e Flavio Pechansky

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional
Jorge Armando Felix

Secretário Nacional Antidrogas
Paulo Roberto Yog de Miranda Uchoa

Diretora de Políticas de Prevenção e Tratamento
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Coordenadora Geral de Tratamento
Márcia Maria Martins Lopes

© 2006 University of Pennsylvania

Direitos em língua portuguesa reservados:
Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas / UFRGS / HCPA

Revisão técnica:

Felix Kessler, John Cacciola, Thomas McLellan,
Arthur Alterman, Megan Long Beauchamp, Deni Carise,
Marcelo Cruz, Sílvia Brasiliano, Andresa Cazarine,
Maria Lúcia Formigoni, Laisa Marcorela, Esdras Cabus,
Larriany Giglio, Carolina Moser, Franciny Port,
Cristine Costa, Ana Lúcia Golin, Sibebe Faller,
Maria Adélia Pieta, Flavio Pechansky.

Arte gráfica: Karen Cerutti

Editoração e composição:
Suliani Editografia Ltda. – editor@suliani.com.br

CENTRO DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS

Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2201-F
UFRGS / Hospital de Clínicas de Porto Alegre
CEP 90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone e fax (55-51) 3330.5813
cpad.fm@terra.com.br
<http://www.ufrgs.br/psiq/cpad/index.html>

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) responsável por articular, coordenar e integrar as ações do governo federal na área da redução da demanda de drogas, tem como uma de suas linhas de atuação, a produção de diagnósticos situacionais do consumo de drogas no país, a fim de fornecer à sociedade e aos demais setores do governo – formuladores de políticas públicas – dados epidemiológicos que permitam trabalhar de forma direcionada, primando por uma atuação técnica com base científica e, ao mesmo tempo, atenta ao momento político e social pelo qual passa o nosso país.

De acordo com dados históricos, somente a partir do século passado a dependência de álcool e outras drogas passou a ser considerada um transtorno mental, surgindo, então, a necessidade de avaliar esse fenômeno e as intervenções nele realizadas com o suporte de evidências científicas. Com o passar dos anos os estudos foram evoluindo e ganhando maior rigor científico e metodológico. Hoje, temos a possibilidade de utilizar um instrumento com características mundialmente reconhecidas para identificar a realidade terapêutica dos pacientes em tratamento no país.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), 12,3% dos entrevistados são dependentes de álcool e 10,1% de tabaco, o que corresponde a populações de, aproximadamente, 6 milhões e 5 milhões de pessoas, respectivamente. A pesquisa também aponta a dependência de maconha em 1,2% e de benzodiazepínicos em 0,5% da população. Outro dado relevante foi o de que 1,3% da população masculina de 12 a 17 anos declararam já terem sido submetidos a tratamento para dependência de droga. Esses e outros dados tornam evidente a necessidade de um instrumento de pesquisa que contemple os vários aspectos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e que, por sua vez, possam proporcionar um diagnóstico preciso e servir de base para o delineamento de tratamentos efetivos e do prognóstico dos dependentes de drogas em nosso país.

É neste contexto que a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) reconhece a importância do Addiction Severity Index (ASI6) e financia sua validação no Brasil. O ASI6 desenvolverá de forma padronizada, um instrumento de pesquisa e de avaliação clínica dos dependentes de drogas do país. A sua utilização repercutirá nas áreas de prevenção, tratamento, ensino, pesquisa e reinserção social, com intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a qualidade de vida e o bem-estar da população em nível local, regional e nacional.

SUMÁRIO

Prefácio para a Sexta Edição do Manual do ASI – 2006.....	5
Informações iniciais sobre o ASI.....	6
Desenvolvimento do ASI6 nos EUA – Panorama.....	6
O ASI no Brasil.....	8
Escala de Gravidade de Dependência.....	9
Médico.....	11
Emprego/Sustento.....	12
Drogas / Álcool.....	14
Legal.....	18
Família/Social.....	19
Psiquiátrico.....	21
Anexos.....	
Confiabilidade do entrevistado.....	22
Lista de Álcool e Outras Drogas.....	23
Principais Grupos de Ocupação.....	24
Escala de Intensidade.....	25
Perguntas comuns sobre o ASI.....	26
O formato da entrevista – deve ser uma entrevista?.....	26
Papel do entrevistador – quais são as qualificações necessárias para um entrevistador do ASI?.....	26
Escore de gravidade – qual sua importância e utilidade?.....	26
Uma observação sobre “gravidade”.....	27
Escore composto – para que servem, por que foram construídas dessa forma e quais as normas?.....	27
Uma observação especial sobre populações adolescentes.....	27
Questões adicionais para o ASI.....	27
Instruções gerais para o preenchimento do ASI6.....	28
Regras gerais para codificação do ASI6.....	29
Entrevistas de seguimento (follow-up).....	30
Escala de escores do paciente.....	30
Estimativas.....	30
Esclarecimento de questões e respostas.....	30
Observação geral a respeito dos escores de gravidade.....	31
Situações difíceis ou inapropriadas.....	31
Instruções específicas para o preenchimento (conceitos).....	31
Informações adicionais à seção de substâncias de uso abusivo.....	40
Informações adicionais para a área legal.....	43
Instruções gerais para o “Questionário de Relacionamentos”.....	44
Informações adicionais para a seção psiquiátrica.....	46
Assuntos variados que aparecem nas seções.....	46
Checagem dos erros de preenchimento e inconsistências do ASI.....	47
Itens para checagem cruzada da acurácia da entrevista.....	47
Dicas para as entrevistas de seguimento (follow-up) – ainda em definição.....	49
Referências Bibliográficas.....	50

PREFÁCIO PARA A SEXTA EDIÇÃO **DO MANUAL DO ASI – 2006**

A adaptação desta escala para a cultura brasileira foi um grande desafio e envolveu um esforço conjunto da comunidade científica e do governo federal, por meio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O estudo foi dividido em duas fases: (1) traduzir e realizar adaptação transcultural do ASI6 para o Brasil e (2) validar o instrumento em um estudo multicêntrico no país. Este manual é resultado da primeira etapa. A partir deste momento o Addiction Severity Index (ASI) será chamado de Escala de Gravidade de Dependência.

Quando iniciamos nossos estudos, em 2005, o ASI completava 25 anos. É um instrumento bastante completo e relativamente breve, desenhado para fornecer informações importantes sobre os vários aspectos da vida de um paciente, os quais costumam estar relacionados aos problemas de abuso e dependência de substâncias psicoativas. Acabou tornando-se instrumento amplamente aceito, inclusive na prática clínica, não só nos Estados Unidos como também em outros países para a avaliação de indivíduos adultos que usam álcool e outras drogas. Evidências positivas sobre a validade e confiabilidade do ASI têm sido demonstradas na sua aplicação em homens e mulheres, em pessoas de diferentes raças, indivíduos que usam álcool e outras drogas de forma abusiva, pacientes em tratamento ambulatorial e/ou hospitalar.

Este manual da sexta edição do ASI tem a finalidade de permitir que profissionais de saúde possam, por meio de sua leitura, ter uma compreensão geral do instrumento e realizar uma entrevista fidedigna conforme as orientações gerais descritas ao longo do texto. Além disso, serão fornecidas informações adicionais em relação aos objetivos das questões do ASI, às circunstâncias especiais e exceções que afetam sua administração global e à ampliação das instruções para questões específicas durante a entrevista. Um segundo propósito da presente edição consiste em discutir as limitações do instrumento e áreas específicas que vêm se mostrando problemáticas ao longo dos anos de uso clínico e experimental do ASI. Essas questões serão discutidas aqui genericamente por meio de tópicos e serão tratadas detalhadamente nas seções específicas deste manual.

A partir da adaptação do ASI6, lança-se o desafio de validá-lo para o nosso meio com estudos que deverão testar as suas propriedades psicométricas em variadas populações e situações clínicas. Dessa forma, novas possibilidades de pesquisa e tratamento poderão ser implementadas, no intuito de melhor conhecer e modificar a realidade dos dependentes químicos no Brasil.

Felix Kessler e Flavio Pechansky

INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE O ASI

Primariamente destinado a propósitos de pesquisa, o Addiction Severity Index (ASI), foi desenvolvido em 1979 por A. Thomas McLellan e colegas do Center for Studies of Addiction, em Filadélfia, EUA. O ASI foi criado com o propósito especial de capacitar um grupo de pesquisadores clínicos para avaliar a evolução do tratamento em um estudo terapêutico para abuso de substâncias.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, com duração de 45 a 60 minutos, que pode ser aplicada por um médico ou mesmo por entrevistadores treinados não médicos. Avalia a gravidade de problemas em sete áreas: médica, status ocupacional, aspectos legais, sócio-familiar, psiquiátrica, uso de álcool e uso de outras drogas. Em cada área, questões objetivas estimam o número, a extensão e a duração dos sintomas-problema durante toda a vida do indivíduo e, especificamente, nos 30 dias que antecedem a avaliação. Além disso, o relato subjetivo do paciente sobre a gravidade dos problemas atuais, e a necessidade de intervenção em cada área são analisados em conjunto.

Apesar de apresentar algumas limitações, como desempenho psicométrico em algumas subáreas ou custos de sua aplicação, o ASI tem respondido às demandas de clínicos e pesquisadores, determinando as prioridades terapêuticas, bem como o manejo dessas. Um aspecto que diferencia o ASI de outros instrumentos de avaliação é a sua abordagem multidimensional – característica considerada fundamental para uma estimativa mais próxima da realidade de cada paciente. Se ele for usado somente como uma entrevista clínica, deve ser descrito como o primeiro passo na compreensão do leque abrangente de problemas pelos quais o paciente está procurando ajuda e a base para o plano inicial de tratamento. Se o ASI for usado somente com finalidade de pesquisa, então o entrevistador deve explicar ao paciente que a entrevista ajudará a fornecer uma descrição de sua condição antes e depois da internação ou procedimento pelo qual ele/ela passará. Enfim, cada vez mais o ASI tem sido apontado com um dos principais instrumentos de avaliação para fins de pesquisa ou terapêutico, devendo ser validado no Brasil, a fim de reproduzir seus dados com maior fidedignidade.

DESENVOLVIMENTO DO ASI6 NOS EUA – PANORAMA

O desenvolvimento do ASI6 nos Estados Unidos da América (EUA), coordenado pelos Drs. Arthur I. Alterman, John S. Cacciola e Thomas McLellan é um projeto elaborado na Universidade da Pensilvânia (Centro de estudos para desenvolvimento de instrumentos em adição) e financiado pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA).

Com o uso disseminado da quinta versão do ASI, problemas de confiabilidade e validade foram encontrados, em parte, porque se tornou difícil manter o nível do treinamento e qualidade assegurados. Considerando as revisões relativamente menores e os incrementos do ASI ao longo dos anos, tornou-se clara a necessidade de modificar substancialmente o instrumento, a fim de mantê-lo atualizado com tais mudanças. Há um pressuposto básico na construção de instrumentos de avaliação, pelo qual nenhum instrumento deve ser visto como algo imutável. De preferência, um instrumento precisa ter uma construção dinâmica, reavaliada periodicamente, com o objetivo de assegurar sua consistência em relação ao conhecimento. Um elemento essencial na revisão de um instrumento de avaliação consiste na seleção e no refinamento dos domínios que devem servir para representar as construções de interesse – nesse caso, aquelas que circundam o abuso/dependência de substâncias.

Além dessas razões teóricas que fundamentam a necessidade de um instrumento atualizado, havia algumas limitações como as escalas sumárias do ASI, algumas delas podendo somente ser remediadas com a inclusão de novos itens. Dessa forma, os objetivos do desenvolvimento de uma sexta versão do ASI (ASI6) foram eliminar algumas deficiências do ASI5 e expandir a cobertura em determinadas áreas de problemas que demonstraram ser importantes ao longo dos anos. O instrumento revisado por meio de métodos

de análise estatística é também mais estruturado do que o ASI5, de modo que é, aparentemente, mais fácil de administrar e treinar entrevistadores. Ele leva quase a mesma quantidade de tempo para ser administrado do que o ASI5, mas tem uma cobertura mais extensa.

O instrumento recebeu assessoria de vários especialistas e vários esboços do ASI6 foram desenvolvidos e testados em um processo interativo. Também foi realizado um estudo piloto com as versões testadas do esboço do instrumento completo, e foi conduzido um estudo de fidedignidade por teste e reteste, além do estudo de confiabilidade entre entrevistadores.

Com o intuito de aperfeiçoar o conteúdo da cobertura de cada seção do ASI5, várias alterações foram realizadas, sendo mais útil para pesquisadores, clínicos e profissionais envolvidos com políticas públicas para álcool e outras drogas. Os itens do ASI foram feitos para traçar mais diretamente paralelos com dados oficiais. Uma crítica à quinta versão era a de que o tempo de 30 dias era curto demais para avaliar adequadamente a base funcional e para os intervalos maiores que 30 dias. Reciprocamente, o intervalo de 30 dias foi considerado muito impreciso para avaliar com acuidade os problemas. Considerando essas limitações, adicionou-se um intervalo de 6 meses para os itens principais. Esses intervalos são seletivamente utilizados em adição ao padrão de 30 dias de intervalo. Itens com pouca confiabilidade no ASI5 foram excluídos ou aprimorados. Também, foi provida mais estrutura para os itens da entrevista, tendo em vista aumentar a confiabilidade e simplificar o treinamento. Por exemplo, a maioria dos itens pode ser lida literalmente por quem está aplicando o instrumento, contrastando com o ASI5 onde isso não era especificado e, portanto, dependia de cada entrevistador. Os itens, contudo, não estão totalmente estruturados, permitindo que clínicos treinados possam elaborar melhor certas questões. Para ajudar o entrevistador a entender a intenção do item e elucidar o entrevistado, o ASI6 inclui sondagens adicionais e informações precisas, quando necessário. Desde as versões anteriores do ASI que falharam em explicar certas questões, considerável esforço foi feito para informar aos entrevistadores durante os treinamentos a intenção de itens específicos. Todas essas modificações diminuem a variância quanto ao treinamento e a habilidade do entrevistador e, no final, resultar em entrevistas mais uniformes e de melhor qualidade.

Decidiu-se também que era importante desenvolver o ASI6 primariamente para adultos que estão em tratamento para abuso de substâncias ou em pesquisa. Todavia, sabia-se que o ASI estava sendo utilizado em outras populações. Adicionalmente, foram mantidos três identificadores do ASI: 1) intervalo de 30 dias como o principal método de avaliação de intervalos. 2) itens objetivos e subjetivos. 3) os sete subtipos do ASI (médica, financeira, álcool e outras drogas, família/social, legal e psiquiátrica). Entretanto, novos itens foram adicionados (uso do tempo livre, trauma, etc.). O formato dos itens dos ASIs anteriores foi mantido no ASI6. Embora se reconheça que possivelmente haverá vantagens em adotar um padrão do Likert ou itens dicotômicos em escala de construção, multiformatos de resposta são mais naturais e apropriados para o tipo de informação que o ASI espera obter. Além disso, recente sumarização e procedimentos analíticos superaram as dificuldades da estrutura multiformato do ASI (Alterman et al., 1998; McDermott et al., 1996) e mais medidas objetivas de gravidade foram construídas, retirando-se a avaliação subjetiva do entrevistador que costumava ser ponderada com a do paciente. Finalmente, para poder coletar mais informações e manter o tempo de entrevista em menos de uma hora, foram empregadas perguntas de triagem com “pulos”. Essa estratégia não foi muito utilizada no ASI5. Assim, o ASI6 obtém consideravelmente mais informações que o ASI5, embora não ocupe mais tempo para a sua administração.

O ASI6 está sendo desenvolvido e inicialmente testado como uma entrevista em papel da mesma forma que o ASI original. Assim como foram desenvolvidas entrevistas com o ASI5, auxiliadas por computador e versões auto-administradas testadas com sucesso (e.g., Butler et al., 2001; Cacciola et al., 1998a), no futuro deve-se considerar que isso também possa ocorrer com o ASI6. Um grande estudo está sendo conduzido para validar o ASI6 em todas estas versões. Os manuais de treinamentos preliminares e outros instrumentos de instrução estão sendo revistos e finalizados. Eles irão incluir as normas e outros resultados relevantes. O escore computadorizado também está sendo desenvolvido.

O ASI NO BRASIL

No Brasil, a quinta versão do ASI vinha sendo utilizada com o nome de Escala de Severidade de Dependência (ASI5), porém sem uma validação formal. Em razão das limitações da quinta versão e com o consentimento e colaboração dos autores originais da sexta versão (ASI6), optou-se por utilizá-la. Após um estudo de adaptação transcultural da sexta versão americana do instrumento, chegou-se à sexta versão brasileira do ASI, que será chamada de Escala de Gravidade de Dependência (ASI6).

A escala foi traduzida ao português do Brasil por dois psiquiatras bilíngües.¹ Em seguida, as duas traduções foram comparadas e as questões discordantes quanto à semântica foram discutidas em conjunto com mais duas psiquiatras bilíngües.² Essa foi aplicada, individualmente, em sete pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por transtornos associados ao uso, abuso ou dependência de drogas. A amostra foi selecionada por conveniência, excluindo indivíduos com déficits cognitivos graves ou sintomas psiquiátricos agudos, que impossibilitariam a aplicação do instrumento.

O entendimento de cada item desta versão preliminar foi questionado aos pacientes selecionados, obtendo-se, desta forma, as questões que ofereceram maior dificuldade. Essas foram reformuladas, criando-se uma última versão em português que foi retrotraduzida para o inglês por uma profissional bilíngüe. Um dos psiquiatras coordenadores do Projeto de Adaptação Transcultural do ASI6 no Brasil, que participou na elaboração da versão preliminar do ASI6 em português, teve 2 reuniões de 3 horas com o autor da escala (John Cacciola) em Filadélfia, discutindo todos os itens da versão final retrotraduzida.

Após alguns ajustes, em especial para diferenças sócio-culturais, a escala foi novamente traduzida para o português pela mesma profissional bilíngüe, resultando em uma nova versão do ASI6 traduzido para o português. A escala foi novamente testada em dois grupos focais: o primeiro com residentes de psiquiatria e especialistas em álcool e outras drogas e o segundo com pacientes dependentes químicos para que se chegasse à versão final do ASI6. Finalmente, os ajustes finais foram realizados por vários especialistas em álcool e outras drogas bilíngües, durante uma reunião de 8 horas no Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Estudos em Álcool e Drogas de 2005.

Atualmente, está sendo realizado um estudo multicêntrico de validação da versão atual do instrumento (ASI6) para o contexto cultural brasileiro para que ele possa ser usado em situações clínicas e de pesquisa. A versão adaptada do ASI6, assim como esse manual preliminar, está ainda em avaliação pelo Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CPAD), que é o centro gerenciador do estudo. De acordo com a prática geral de pesquisa humana, esse projeto de validação transcultural do ASI-6 foi aprovado após avaliação pela Comissão de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pelos Comitês de Ética das respectivas instituições onde o projeto está sendo desenvolvido.

¹ Especialistas em álcool e outras drogas, um deles (Flavio Pechansky) com doutorado e 20 anos de experiência nesta área e o outro (Felix Kessler), com mestrado e 10 anos de experiência. Ambos são os coordenadores do Projeto de Adaptação Transcultural do ASI-6 em nosso país e fizeram a tradução do instrumento em separado.

² Especialistas em álcool e outras drogas (Patrícia de Saibro e Gabriela Baldisseroto), com experiência clínica de 10 anos, que serviram como “juízas” na elaboração de uma versão preliminar traduzida.

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 - 1 - 2 - 3 - 4	M24	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Álcool	D22	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Drogas	D47	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D48	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Legal/Lazer	L25	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F22	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Família/Soc.	F14	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F15	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Trauma	F38	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F39	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Filhos	F48	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F49	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Psiquiátrica	P20	0 - 1 - 2 - 3 - 4	P21	0 - 1 - 2 - 3 - 4

Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou
não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou
em branco incorretamente

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

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:
ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início:

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento: / /
(Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

1. Negra/Preta 5. Indígena
 2. Branca 6. Outros
 3. Amarela/Oriental 7. Não respondeu
 4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?
 1 – casado 4 – Divorciado
 2 – vivendo como casado 5 – Separado 6 → G14
 3 – viúvo 6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)? anos meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?
 – i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento
 1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo
 2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas
 3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde
 4 – Escola/Faculdade
 5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego
 6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)
 7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses
 B. 30 Dias
 000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?
 A.
 B.

H3. Hospital geral?
 A.
 B.

H4. Hospital psiquiátrico?
 A.
 B.

H5. Delegacia ou prisão?
 A.
 B.

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?
 A.
 B.

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada?
 Que tipo de lugar?
 A.
 B.

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?
 A. Últimos 6 meses
 B. 30 Dias
 000 → H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?
 A. Últimos 6 meses
 B. 30 Dias
 000 → NOTA

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar?
 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

- [Marque todas que se aplicam]
 1. Sozinho 5. Outros parentes adultos
 2. Cônjuge/Parceiro 6. Outros adultos não-parentes
 3. Filho(s) < 18anos 7. Não respondeu
 4. Pais 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas?
 1 – Sim, 0 – Não

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
 1 – Ensino Fundamental 4 – Bacharelado
 2 – Ensino Médio 5 – Mestrado ou mais
 3 – Ensino Superior (Faculdade) 6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?
 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?
 01 = Não alfabetizado 16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
 02 = 1ª à 4ª série 17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
 12 = 5ª à 8ª série 18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
 13 = 1º e/ou 2º ano do E.M. 19 = Doutorado completo ou não
 14 = 3º ano Ensino Médio 20 = Pós-doutorado completo ou não
 15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade

E4. Você prestou serviço militar?
 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
 0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?
 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?
 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]
 ___ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
 ___ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
 ___ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14
 ___ 4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
 ___ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]
 ___ 1. Dona-de-casa/do lar ___ 5. Não procura por trabalho
 ___ 2. Estudante ___ 6. Procura por trabalho
 ___ 3. Incapaz ___ 7. Institucionalizado
 ___ 4. Aposentado ___ 8. Outro _____

Comentários:

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
 Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Concerto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?
 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?
 – com um empregador ou como autônomo Meses
 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
 [NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] Meses

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
 Especifique: _____
 [NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago?
 – inclua licenças, férias, Semanas,
 dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Max = 26
 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Dias
 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?
 ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc. Dias

E22. Você procurou algum emprego?
 ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador 1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? – assistência atual ou adicional
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida?
[Marque todas que se aplicam]

- 1. Emprego
- 2. Aposentadoria
– ex. pensão, seguro social (INSS)
- 3. Invalidez / Incapacidade
– ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- 4. Seguro desemprego
- 5. Assistência pública ou governamental
– ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- 7. Família, amigos ou sócios
- 8. Dinheiro ilegal
- 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
– ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- 10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique: _____
- 11. Bicos
- 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular?
ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? – exclua dinheiro de atividades ilegais 1 – Sim, 0 – Não

Comentários:

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
 - Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
 - Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
 - Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
 - Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

- Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
- Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
- Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

- | | |
|----------------------|---|
| 01 – Álcool | 07 – Heroína |
| 02 – Maconha | 08 – Metadona |
| 03 – Sedativos | 09 – Outros Opióides |
| 04 – Cocaína / Crack | 10 – Inalantes |
| 05 – Estimulantes | 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina) |
| 06 – Alucinógenos | 12 – Nenhuma |

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa) e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?
 – se nunca usou drogas ou medicação → D52

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
 0 – Sem uso (→ D45) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?
 0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?
 00 – se hoje, 01 – se ontem
 02 – se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$
 – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?
 1 – Sim, 0 – Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?
 1 – Sim, 0 – Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?
 1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?
 1 – Sim, 0 – Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?
 00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?
 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua medicações prescritas e apropriadamente)
 0 → D52
 tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?
 Anos Meses
 [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

D52. Alguma vez você se injetou drogas?
 [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV]
 1 – Sim, 0 – Não
 00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?
 Anos Meses Atrás
 – se nunca, codifique N e N
 – se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?
 Anos Meses Atrás
 – se nunca, codifique N e N
 – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?
 N → D59
 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
 – se nunca experimentou, codifique N

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?
 1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

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

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? 1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? 1 – Sim, 0 – Não
Se L1 e L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]
 ___ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas ex. roubo, agressão, estupro
 ___ 2. Ato ilícito ligado a drogas ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
 ___ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
 ___ 4. Infrações praticadas somente por jovens ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
 ___ 5. Outras infrações (Especifique: _____)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

- Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____
[NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]
- A.** Quantas vezes no total?
B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?
- | | A. Total | B. 6 Meses |
|---|----------------------|----------------------|
| L7. Porte de drogas?
– ou equipamentos de droga (parafernália) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas?
– vender inclui traficar/ distribuir | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9. Roubo?
– roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro?
– fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L11. Crime violento?
– violência doméstica, estupro, assassinato. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo?
– inclui cafetagem, dinheiro por sexo, pornografia | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado?
– ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal?
– violação da condicional, conduta desordeira, – invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]
 Anos Meses
- L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? Vezes
- L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses

- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? 1 – Sim, 0 – Não
ex. um juiz a requisitou
- Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não
- L19. Investigado em inquérito policial
- L20. Suspensão condicional do processo
- L21. Aguardando julgamento ou sentença
- L22. Sursis ou em Liberdade condicional
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica
- L24. Outros
ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

- Pré-A. Você _____ ?
[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]
- A.** número de dias, últimos 6 meses
B. número de dias, últimos 30 dias
- | | A. Últimos 6 Meses | B. 30 Dias |
|--|----------------------|----------------------|
| L26. Vendeu ou fabricou drogas?
– traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?
Se L28 = 0 → L29 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28d. Praticou arrombamento | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28e. Roubou veículo a motor | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28f. Falsificou | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28g. Fraudou | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28h. Cometeu vandalismo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28j. Roubou / danificou propriedade | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém?
– com ou sem uma arma;
– inclui violência doméstica, estupro e assassinato
– exclua roubo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29c. Ameaçou sem agressão física | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29f. Agrediu sexualmente | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29g. Assassinou alguém | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29h. OUTRO | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ASI6

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? **A. Últimos 6 Meses** **B. 30 Dias**
 – portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc.
 [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30c. Carregar uma arma sem licença
- L30d. Prostituição / cafetinagem
- L30e. Jogo ilegal
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

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

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês?
 1 – Sim, 0 – Não
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem?
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

- A.** Refere-se a esposa/marido ou parceiro
B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
 ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

- | | A. Parceiro(s) | B. Parentes Adultos | C. Amigos Íntimos |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1 – Sim, 0 – Não) | | | |
| F3. <u>passou tempo</u> (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. teve qualquer <u>contato</u> , como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com:.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – se F3+F4 = 0, Pule para F9 | | | |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. teve problema de relacionamento c/ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. teve qualquer <u>discussão</u> com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias | | | |
| F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | 1 – Sim, 0 – Não |

Comentários:

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?
 1 – Sim, 0 – Não
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda?
 ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc. 1 – Sim, 0 – Não
- F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?
 1 – Sim, 0 – Não
- F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?
 1 – Sim, 0 – Não
- F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas?
 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação?
 – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA 1 – Sim, 0 – Não
- F20. você fez algum trabalho voluntário?
 1 – Sim, 0 – Não
- F21. você freqüentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre?
 1 – Sim, 0 – Não
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia?
 – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 1 – Sim, 0 – Não
 0 → F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F25. Quando isso aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Atrás Meses Atrás

ASI6

- F26.** Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29
- F27.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28.** Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Antes Meses Atrás
- F29.** Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? – exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas – exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra 0 → F32
- F30.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31.** Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Atrás Meses Atrás
- F32.** Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? 0 → F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra – exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
- F33.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34.** Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Atrás Meses Atrás
- F35.** Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? 0 → NOTA
– exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
- F36.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37.** Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Antes Meses Antes
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? – inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- F39.** Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

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

- F40.** Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45
- F41.** Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- | | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|
| Filho 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 10 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- [NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]
- F42.** Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não
- F43.** Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44.** Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45.** Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não
- [NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]
- F46.** Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças
0 → F48
- F47.** Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- F48.** Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- F49.** Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? – aconselhamento atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- F50.** Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não
- F51.** Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não
[NOTA: se nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]
- F52.** Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 – Sim, 0 – Não
- F53.** Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não
- F54.** Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

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

1 – Ruim, 2 – Satisfatória, 3 – Boa

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

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

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

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, bianca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcan), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadol, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

PERGUNTAS COMUNS SOBRE O ASI

O FORMATO DA ENTREVISTA – DEVE SER UMA ENTREVISTA?

Talvez esta seja a pergunta mais comumente feita a respeito do ASI. Na procura por métodos mais rápidos e fáceis de coletar dados, muitos clínicos e pesquisadores vêm solicitando uma versão auto-administrável do instrumento (seja por computador ou via papel e lápis). Contudo, enquanto esses métodos ainda não chegam ao Brasil, torna-se importante o treinamento na forma de entrevistar corretamente com o instrumento ASI6.

Ainda não existe demonstração convincente de que o formato de entrevista produza informação menos confiável que a de outros métodos de administração. Tem-se notado que o formato padronizado de entrevista é o único método viável para assegurar a plena compreensão das questões perguntadas, o que é particularmente importante para alguns segmentos da população que abusa de substâncias (isto é, pacientes psiquiatricamente comprometidos, idosos, pacientes confusos ou com doenças clínicas). Sem o contato pessoal, costuma-se perder impressões clínicas do paciente que podem ser uma fonte adicional de informação importante à equipe clínica.

Existem, de fato, muitos instrumentos auto-administráveis úteis, válidos e confiáveis, apropriados para a população que abusa de substâncias. Vários questionários auto-administráveis como o Inventário de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*), MAST, SCL-90 e outros instrumentos podem ser aplicados com resultados muito satisfatórios. Contudo, estes enfocam um único tema, para o qual alcançaram validade e consistência. O ASI é propositadamente abrangente com as finalidades acima colocadas.

PAPEL DO ENTREVISTADOR – QUAIS SÃO AS QUALIFICAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM ENTREVISTADOR DO ASI?

Tendo indicado a importância do processo de entrevista, sabe-se que a mais importante parte do ASI é o próprio entrevistador que coleta a informação. O entrevistador não é somente o registrador de uma série de informações subjetivas. O entrevistador é responsável pela integridade da informação coletada e deve estar disposto a repetir, mudar as palavras e questionar até que sinta que o paciente entende a questão e que a resposta reflete o melhor julgamento do paciente, consistente com a intenção da pergunta. Deve ser enfatizado que o entrevistador deve entender a intenção de cada questão. Isto é muito importante uma vez que a

despeito da gama de situações e respostas incomuns que nós descrevemos no manual, uma nova exceção ou situação nunca ouvida previamente sempre pode ocorrer. Conseqüentemente, os entrevistadores do ASI não devem esperar encontrar respostas no manual a todas as situações incomuns que encontrarão no uso deste instrumento. Inversamente, é importante que o entrevistador entenda a intenção da pergunta para dispor da informação mais completa disponível pelo paciente e, então, registrar a resposta mais apropriada, incluindo comentários.

Há um conjunto bastante restrito de qualidades necessárias para se tornar um entrevistador capacitado. Primeiro, o futuro entrevistador deve ter aparência e maneira agradáveis a fim de facilitar a empatia com o paciente que abusa de substâncias, ou seja, ser capaz de formar um bom vínculo. Segundo, o entrevistador deve estar apto a ajudar o paciente a separar as áreas problemáticas e examiná-las individualmente usando as perguntas disponíveis. Qualidades igualmente importantes ao futuro entrevistador são a inteligência básica para entender a intenção das perguntas na entrevista e o compromisso de coletar a informação de maneira responsável.

Não há perfil educacional ou de antecedentes que seja mais confiável em relação à habilidade de realizar uma entrevista boa. Em outros países, um grande número de pessoas, das mais diversas profissões, incluindo recepcionistas, policiais e oficiais de justiça, médicos, entrevistadores profissionais e psicólogos, já foram treinados para aplicar o ASI. E, em cada um destes grupos, alguns indivíduos foram incapazes de realizar entrevistas, sendo excluídos durante o treinamento (aproximadamente 10% de todos os treinados) ou nas checagens de confiabilidade subsequentes. Os motivos de exclusão mais comuns foram a incapacidade de estabelecer um vínculo razoável com os pacientes, insensibilidade à incompreensão ou desconfiança do paciente, incapacidade de efetivamente aprofundar respostas inicialmente confusas com questões esclarecedoras suplementares ou simplesmente não concordância com a abordagem do ASI (examinando problemas individualmente ao invés de considerá-los como função do abuso de substâncias).

ESCORES DE GRAVIDADE – QUAL SUA IMPORTÂNCIA E UTILIDADE?

É digno de nota que os escores de gravidade foram historicamente o último item a ser incluído no ASI. Eles são considerados itens interessantes e um resumo conveniente para pessoas que desejam um perfil geral rápido do estado problemático de um determinado paciente. Eles são disponíveis principalmente para conveniência clínica e menos para uso em pesquisa, permanecendo especialmente úteis para planejamento inicial do tratamento e encaminhamento.

UMA OBSERVAÇÃO SOBRE “GRAVIDADE”

A definição de gravidade adotada pelo ASI (que alguns considerarão arbitrária) é a “necessidade de tratamento adicional”. Contudo, os Escores de Gravidade do Entrevistador (EGE) que faziam parte do ASI5, não são mais utilizados no ASI6. Pesquisas de mais de uma década produziram evidências a respeito das falhas em um dos grupos originais desses índices sumários, os EGEs. Os EGEs eram escalas globais de 10 pontos em cada área do ASI, baseadas na impressão subjetiva do entrevistador, sobre o funcionamento passado e recente (últimos 30 dias). Embora McLellan e cols. relatassem inicialmente elevadas confiabilidades entre os entrevistadores para os EGEs, quando codificados por entrevistadores altamente treinados, evidenciou-se que os EGEs eram geralmente mais modestos e, quando o treinamento tinha menor qualidade, também eram menos válidos. Por isso, o seu uso passou a ser menos recomendado.

ESCORES COMPOSTOS – PARA QUE SERVEM, POR QUE FORAM CONSTRUÍDAS DESSA FORMA E QUAIS AS NORMAS?

Usuários familiarizados com edições prévias do ASI sabem que há um manual separado desenhado para descrever seu uso e mostrar como calculá-los (ver “Composite Scores from the Addiction Severity Index” – McGahan *et al.*, 1986). Os escores compostos foram desenvolvidos a partir de combinações de itens em cada área problemática capaz de mostrar alteração (isto é, baseado no período dos 30 dias anteriores e não da vida toda) e que mostre a estimativa de estado problemático de maior consistência interna. As complicadas fórmulas usadas no cálculo dessas composições são necessárias para assegurar igual peso a todos os itens na composição.

Estas composições têm sido muito úteis aos pesquisadores, como medidas de alteração do estado problemático matematicamente calculadas, mas não têm tido valor aos clínicos como indicações do estado atual em uma área problemática. Isto é devido à falha em se desenvolver e publicar valores normativos para grupos representativos de pacientes que abusam de substâncias (por exemplo, homens em manutenção de metadona, mulheres dependentes de cocaína em tratamento livre de droga, etc.). Com o risco de ser defensivo, nosso interesse primário foi medir alteração entre nossos pacientes locais e não comparar o estado problemático atual de vários grupos de pacientes ao longo do país. Além disso, ainda não se buscou o leque de interesse que tem sido mostrado no instrumento.

UMA OBSERVAÇÃO ESPECIAL SOBRE POPULAÇÕES ADOLESCENTES

O ASI não é apropriado para adolescentes devido a seus conceitos subjacentes a respeito de auto-suficiência e porque simplesmente não estuda questões (como, por exemplo, escola, relações com colegas, problemas familiares da perspectiva do adolescente, etc.) críticas para uma avaliação de problemas do adolescente. Até o momento, há duas versões do ASI desenvolvidas para populações adolescentes e que mostraram evidência de confiabilidade e validade nesta população. Há um terceiro instrumento que não está no mesmo formato do ASI, mas tem mostrado confiabilidade e validade excelentes. Leitores interessados podem contatar estes indivíduos diretamente para mais informações sobre estes instrumentos:

Sartes, L.M.A. (2005). Versão Brasileira do Teen Addiction Severity Index (T-ASI): Análise da Consistência Interna e Validação da Área de Uso de Substâncias. Tese de Mestrado.

ou

Kathy Meyers, Research Department, Carrier Foundation, Belle Meade, New Jersey – “Carrier – Addiction Severity Index”

ou

Yifrah Kaminer, Adolescent Chemical Dependency Program, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pa. – “Teen – Addiction Severity Index”

ou

Al Friedman, Adolescent Substance Abuse Program, Department of Psychiatry, Philadelphia Psychiatric Center, Phila., Pa. – “Adolescent Drug and Alcohol Diagnostic Assessment”

QUESTÕES ADICIONAIS PARA O ASI

*Posso fazer perguntas adicionais
e/ou retirar algum dos itens atuais?*

Como indicado acima, o ASI foi desenhado para captar a informação mínima necessária para avaliar a natureza e gravidade dos problemas de tratamento dos pacientes na admissão ao tratamento e no seguimento (follow-up). Por esta razão, encoraja-se a adição de questões particulares e/ou instrumentos adicionais no curso da avaliação de pacientes.

As perguntas da forma como estão descritas servem como um forte guia à entrevista, mas não necessitam ser seguidas à risca desde que a intenção/idéia chave seja comunicada. As potenciais investigações e os esclarecimentos que seguem as questões com “por exemplo” ou

INSTRUÇÕES GERAIS **PARA O PREENCHIMENTO DO ASI6**

“–”, ou são incluídos ocasionalmente nos parênteses ou devem ser usados seletivamente como parte da entrevista. Durante suas primeiras entrevistas, use estas investigações/clarificações adicionais livremente. Fazendo deste modo, você desenvolverá uma percepção de: 1 – como os entrevistados compreendem e respondem às perguntas; e 2 – como fazer a entrevista fluir e ao mesmo tempo conseguir a informação exata. Assim que você se sentir mais confortável com a entrevista e adquirir uma percepção de cada cliente especificamente, você será capaz de determinar o quanto investigar e em que momentos isto é necessário. Esclareça quando necessário – para verificar a informação, para assegurar-se de que o cliente compreendeu o significado da pergunta, e para conseguir informações qualitativas quando puderem ser valiosas. Entretanto, como há muitas perguntas esse processo deve ser seletivo, conforme a necessidade, a fim manter a entrevista em, mais ou menos, uma hora.

Não se estimula a eliminação ou substituição de itens presentes no ASI6

Novamente, os itens do ASI (independentemente de serem eles bons ou ruins para necessidades de indivíduos em particular) têm sido testados para confiabilidade e validade como itens individuais e também como parte dos escores compostos e/ou de gravidade (das versões anteriores). A eliminação ou substituição dos itens existentes poderia reduzir significativamente a confiabilidade e comparabilidade destes escores. É possível eliminar sessões inteiras (áreas problemáticas) do ASI se problemas particulares não são aplicáveis a populações específicas ou ao foco de intervenções terapêuticas específicas.

Na versão do ASI6 e neste manual, estão incluídos um conjunto de itens adicionais que foram acrescentados ao ASI5 a fim de obter informações em áreas que eram inadequadamente cobertas em outras versões. Esses itens são apresentados na mais recente versão do questionário e as instruções específicas para perguntar estas questões e para interpretar as respostas serão discutidas em cada uma das áreas problemáticas na parte de Instruções Específicas do Manual. Deve ficar claro que estes itens não são utilizados no cálculo dos escores compostos, portanto é importante salientar que o uso de versões anteriores do ASI ainda promoverá dados comparáveis nos escores compostos e na maioria dos itens, uma vez que eles não foram alterados ou eliminados, apenas suplementados.

Com o passar dos anos, também foram desenvolvidas outras entrevistas e questionários para coleta de informações gerais e especializadas em usuários de substâncias. Alguns destes instrumentos merecem destaque especial pelo fato de poderem ser usados em substituição ou em complementação ao ASI para fornecer informações aprofundadas ou especializadas.

Em primeiro lugar, é particularmente importante que o paciente perceba o propósito da entrevista. Se ela for usada somente como uma entrevista clínica, deve ser descrita como o primeiro passo na compreensão do leque completo de problemas pelos quais o paciente está procurando ajuda e a base para o plano inicial de tratamento. Se o ASI for usado somente para finalidade de pesquisa, então o entrevistador deve explicar que a entrevista ajudará a fornecer uma descrição de sua condição antes e depois da internação ou procedimento pelo qual passará. O entrevistador deve também aproveitar esta oportunidade para descrever quaisquer benefícios potenciais que o paciente possa esperar ao participar no projeto de pesquisa.

O entrevistador deve se apresentar e afirmar brevemente que ele deseja perguntar ao paciente algumas questões sobre o plano para tratamento. Deve acrescentar que estas questões são perguntadas a todos os participantes do tratamento/pesquisa, que a entrevista será completamente confidencial, e que as informações não sairão do ambiente de tratamento/pesquisa. Observação: isto deve ser reenfocado ao longo de toda a entrevista.

O entrevistador deve, então, descrever o modelo da entrevista, enfatizando as sete áreas problemáticas em potencial. Estas áreas são: Médica, Ocupação/Sustento, Álcool e outras Drogas, Legal, Familiar/Social, e Psiquiátrica. É importante que se reforce a natureza da contribuição do paciente. Por exemplo, o entrevistador deve afirmar: “Nós observamos que enquanto todos os nossos pacientes têm problemas com álcool ou outras drogas, muitos também têm problemas significativos em outras áreas, como a médica, ocupacional, familiar, legal e psiquiátrica. Em cada uma dessas áreas, eu lhe perguntarei se você sente que tem problemas, quanto você tem se incomodado por estes problemas, e quanto você julga ser importante o tratamento para estes problemas. Esta é uma oportunidade para você descrever seus problemas mais importantes; aqueles que você sente precisar de mais ajuda”.

A etapa final da introdução é a explicação da escala de escores que serão dados pelo paciente (ver anexo e instruções específicas). Esta escala de 5 pontos será usada pelo paciente para responder questões subjetivas em cada área problemática e será apresentada para referência neste ponto da entrevista. O entrevistador deve descrever o uso da escala e oferecer um exemplo para testar a compreensão pelo paciente.

À medida que o foco da entrevista prossiga de uma área para a próxima, é muito importante que o entrevistador apresente cada nova seção e altere o foco do paciente a partir da área anterior. Por exemplo: “Bem, eu conversei com você sobre seus problemas médicos; agora, eu vou lhe perguntar algumas questões sobre qualquer problema ocupacional ou de sustento que você tenha”.

Assim, o paciente estará preparado para se concentrar em cada uma das áreas independentemente. Nesse sentido, é importante que o paciente não confunda problemas em uma área particular com dificuldades experimentadas em outra área, como problemas psiquiátricos confusionais como aqueles devidos diretamente aos efeitos fisiológicos da intoxicação do álcool ou outras drogas.

REGRAS GERAIS PARA CODIFICAÇÃO DO ASI6

Os “pulos” são usados em todas as partes como uma maneira de encurtar a entrevista. Quando uma resposta posterior contradiz uma informação prévia, investigue a fim de esclarecer, e se for constatado que o “pulo” dado anteriormente não é mais válido, a entrevista e a codificação devem conciliar com a melhor informação disponível. Por exemplo, ao atravessar a lista de problemas médicos graves/crônicos, o cliente revela uma recente hospitalização médica que não foi mencionada na seção Médica (M). A seção M deve ser recodificada o quanto for necessário, e informação suficiente deve ser obtida para fazer isto precisamente.

Codifique a resposta que representa a situação mais problemática quando uma resposta inexata é obtida.

Se o entrevistado responder com duas opções adjacentes e a resposta precisa não é obtida, por exemplo, a idade do primeiro uso de cocaína: “24 ou 25”, selecione a resposta que é mais problemática. Assim, neste caso, o início precoce de uso é pior, selecione, conseqüentemente, “24”. Da mesma maneira, se o cliente disser que ele/ela usa por “10 ou 11” anos, selecione “11” que é a opção mais grave.

Se o entrevistado responder em escala, sem esclarecimento adicional, selecione o ponto médio na escala, por exemplo, o cliente diz ter ganhado entre R\$300 e R\$350 no trabalho – codifique R\$325,00. Se a escala não tiver um ponto médio, selecione o número mais próximo à média mais problemática, por exemplo, o entrevistado diz que se ocupou com 3 a 6 dias de atividades ilegais – codifique 5 desde que seja um dos números do meio (4 ou 5), e o mais grave. Se a escala com a qual o entrevistado responde requer que você faça um cálculo, escolha a média deste cálculo; por exemplo, o entrevistado diz que ele (a) tem usado cocaína “1 ou 2 vezes por semana”, desde que você necessite codificar o uso nos últimos 30 dias, a melhor resposta seria 6 dias, que é o ponto médio, uma vez por semana x 4=4 dias, e duas vezes por semana x 4=8 dias.

Estas regras gerais devem ser seguidas a menos que houver uma forte evidência para proceder de outra maneira, isto é, exceções. Por exemplo, se seguir à regra faria a informação inconsistente com respostas numerosas, aparentemente válidas, em outros itens. Também, alguns

itens, como na seção de Moradia (M), estão relacionados entre si e a combinação não pode exceder, por exemplo, 30 dias vivendo em várias instituições. Nesses casos, a regra poderá ter que ser aplicada flexivelmente de modo que o número de dias não exceda a resposta máxima permitível (por exemplo, 30 dias) para o grupo de itens relacionados. Um exemplo concreto: se um entrevistado indicar que ele esteve na prisão durante 25-30 dias e internado (desintoxicação) por 4 ou 5 dias, você não pode selecionar 28 na prisão e 5 dias na internação, sendo fiel à regra, mas adicionar até 33 dias (excedendo a resposta máxima para esse item). Você deve usar seu julgamento de modo que a combinação de respostas não exceda 30 dias – neste caso pode-se codificar 26/27 dias de prisão e 4/3 dias de internação.

Outros princípios de codificação das respostas

Estas regras aplicam-se tanto para codificar uma entrevista observada quanto em conduzir uma entrevista. Naturalmente, quando você conduz uma entrevista, consiga tanta precisão quanto possível para codificar um item, e ao mesmo tempo não prolongue indevidamente a entrevista ou fique preso em distinções relativamente pequenas ou sem sentido. É também certo, e preferível, se o tempo permitir, fazer o “cálculo” durante a entrevista, e oferecer ao entrevistado sua estimativa para depois ser validada pelo cliente, ou até mesmo para ele oferecer uma resposta mais precisa.

Às vezes, os entrevistados respondem com datas aproximadas em vez de número de dias

Freqüentemente não conseguem dizer facilmente quantos dias experienciaram algo nos últimos 6 meses. Então, você pode ouvir respostas do tipo “eu estava no hospital de maio a julho”: supondo 30 dias = 1 mês, o número dos dias poderia ser tanto 90 (isto é, todos os dias de cada um daqueles 3 meses) ou somente 32 dias (isto é, todo mês de junho e um dia ou dois em maio e julho). Embora muitas vezes não possamos obter absoluta precisão, a escala (32-90) para o exemplo acima é, contudo, demasiadamente imprecisa e uma maior investigação é necessária. Se o entrevistado puder recordar datas exatas será, certamente, ideal, mas muito freqüentemente não é o caso. Conseqüentemente, se as datas não são conhecidas, algumas investigações como “isto ocorreu no início de maio, no meio ou no fim de maio?” e uma investigação similar para julho permitiria que o entrevistador estreitasse a escala da resposta. Por exemplo, a média de ambos os meses seria ~ 60 dias, ou do começo de maio até o fim de julho seria ~75-80.

Como no ASI5, usa-se o arredondamento (14 dias = 1 mês, 6 meses = 1 ano), exceto nas perguntas onde se pede especificamente uma determinada quantidade de tempo (por exemplo, abstinência por pelo menos 1 ano).

ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO **(FOLLOW-UP)**

Se uma entrevista de seguimento será realizada em algum ponto mais tarde, isto também deve ser incluído na introdução. Por exemplo: “Com sua permissão, nós gostaríamos de estar de novo em contato com você em aproximadamente 6 meses a fim de lhe perguntar algumas questões similares. Dessa forma, esperamos avaliar nosso programa, para ver quanto útil ele tem sido”.

Espera-se que introduzindo a entrevista de forma clara e descritiva, esclarecendo quaisquer incertezas, e desenvolvendo e mantendo um vínculo continuado com o paciente, a entrevista de admissão produzirá informações válidas e úteis.

Entrevistas de seguimento não devem ser realizadas antes de um mês da entrevista prévia, uma vez que o período de avaliação é dos 30 dias anteriores. A entrevista pode ser conduzida de forma confiável e válida pelo telefone, desde que ocorra em um contexto onde o entrevistado se sinta livre para responder honestamente e o entrevistador tenha fornecido uma introdução apropriada para a entrevista, enfatizando a confidencialidade das informações (Ver McLellan et al., 1980; 1985).

As questões para seguimento do ASI6 ainda não foram definidas. Assim que elas forem selecionadas, estes itens serão capazes de mostrar alterações do paciente em relação à entrevista anterior. Certos itens na entrevista de seguimento terão, por exemplo, na seção de emprego, questões sobre a extensão de educação formal ou treinamento, na intenção de refletir o acréscimo de educação desde a entrevista prévia. Em função desta necessidade de informação adicional, o entrevistador é orientado a ter o original ou uma cópia da entrevista prévia disponível para referência. Quando isto não é possível, o entrevistador é orientado a simplesmente a codificar a informação adicional (p. ex., mais 2 meses de escola, 2 tratamentos adicionais para abuso de álcool, etc.) próximo ao quadro de resposta e adicionar este número à resposta da entrevista prévia quando for possível referir a este formulário.

ESCALA DE ESCORES DO PACIENTE

É especialmente importante que o paciente desenvolva a capacidade de comunicar a extensão dos problemas experimentados em cada uma das áreas selecionadas e com que extensão sente que é importante o tratamento para estes problemas. Estas estimativas subjetivas são centrais para a participação do paciente na abordagem de sua condição.

No intuito de padronizar estas avaliações, nós empregamos uma escala de 5 pontos (0-4) para os pacientes graduarem a gravidade de seus problemas e até que ponto eles sentem que o tratamento para eles é importante.

- 0 – Nada
- 1 – Levemente
- 2 – Moderadamente
- 3 – Consideravelmente
- 4 – Extremamente

Para alguns pacientes, é adequado simplesmente descrever a escala e seus valores na introdução da entrevista e, a partir daí, ocasionalmente. A preocupação do entrevistador com estes itens deve ser conseguir a verdadeira opinião do paciente. Conseguir que o paciente use sua própria linguagem para expressar uma opinião é mais apropriado do que forçar uma escolha da escala.

Diversos problemas com relação a esses escores podem ocorrer. Por exemplo, o escore do paciente para a extensão de seus problemas em uma área não deve se basear em sua percepção de qualquer outro problema. O entrevistador deve se esforçar para esclarecer cada escore como uma área problemática separada, e focar o período de tempo nos 30 dias anteriores. Assim, o escore deve ser dado com base nos problemas atuais, e não em problemas potenciais. Se um paciente não relata problemas durante os 30 dias anteriores, então a extensão com que ele/ela tem se incomodado por estes problemas deve ser 0 (zero) e o entrevistador deve fazer uma pergunta confirmatória para checar a informação prévia. “Uma vez que você disse não ter tido problemas médicos nos últimos 30 dias, posso assumir que, neste ponto, você não sente necessidade para qualquer tratamento médico?” Observação: Se o paciente não for capaz de entender a natureza do procedimento de dar escore, então, insira um “X” para estes itens.

ESTIMATIVAS

Várias questões pedem que o paciente estime por quanto tempo experimentou um problema particular nos últimos 30 dias. Estes itens podem ser difíceis para o paciente e pode ser necessário sugerir mecanismos de estruturação de tempo: isto é, períodos fracionados (como a metade do tempo) ou pontos-âncora (fins-de-semana, dias de semana). Finalmente, é importante que o entrevistador não imponha suas respostas ao paciente com afirmações do tipo: “Parece que você tem um problema médico extremamente sério!”. O entrevistador deve ajudar o paciente a selecionar uma estimativa apropriada sem forçar respostas específicas.

ESCLARECIMENTO **DE QUESTÕES E RESPOSTAS**

Durante a administração do ASI há ampla oportunidade para esclarecimento de questões e respostas e isto é considerado essencial para uma entrevista válida. Para garantir a qualidade da informação, certifique-se de que a intenção de cada questão está clara para o paciente. Cada questão não necessita ser perguntada exatamente como

colocado; mude as palavras ou use sinônimo apropriado para cada paciente em particular, e registre qualquer informação adicional nas seções de “Comentários”.

Observação: quando fica firmemente estabelecido que o paciente não consegue entender uma questão em particular, esta resposta não deve ser registrada. Coloque um “X” no primeiro quadro daquele item. No caso do paciente parecer ter dificuldades de entender muitas questões, pode ser vantajoso interromper a entrevista. Neste caso, é melhor esperar um dia ou mais para que o paciente se recupere da confusão inicial e efeitos desorientadores do abuso recente de álcool ou outras drogas, do que registrar respostas confusas.

OBSERVAÇÃO GERAL A RESPEITO DOS ESCORES DE GRAVIDADE

Deve ser entendido que estes escores são apenas estimativas do estado problemático, derivado de um único ponto no tempo e sujeito a alterações no contexto imediato da vida do paciente. Além disso, estes escores não podem tomar o lugar da informação mais detalhada fornecida pelo paciente em cada uma das áreas problemáticas.

SITUAÇÕES DIFÍCEIS OU INAPROPRIADAS

Prisão prévia ou tratamento hospitalar

Várias questões dentro do ASI requerem julgamentos relativos aos 30 dias prévios ou ao ano anterior. Em situações nas quais o paciente foi encarcerado ou tratado em ambiente hospitalar, torna-se difícil desenvolver um perfil representativo do comportamento do paciente. Nesse caso, sugere-se restringir o período de avaliação destes itens aos 30 dias prévios à entrevista independentemente do estado do paciente durante este tempo.

Mesmo com esta compreensão geral, existem ainda itens individuais que são particularmente difíceis de responder para pacientes que tenham estado presos ou em ambiente algo controlado. Talvez, o exemplo mais comum seja encontrado na seção de emprego. Aqui nós definimos “dias de problemas”, contando somente quando um paciente tem, de fato, se esforçado em achar trabalho ou quando há problemas no trabalho. Numa situação em que o paciente não teve a oportunidade de trabalhar não é possível, por definição, que tenha problemas de emprego. Em situações como esta, na qual o paciente não teve a oportunidade de encontrar a definição de um dia problemático, a resposta apropriada é um “N” e os escores do paciente que seguem devem também ser “Ns”, uma vez que eles dependem da questão dos dias problemáticos. Em tese, a letra N vai representar as respostas que “não se aplicam”.

Respostas duvidosas

Alguns pacientes responderão no sentido de apresentar uma imagem particular ao entrevistador. Isto geralmente resulta em respostas inconsistentes ou inapropriadas que se tornam aparentes durante o curso da entrevista. À medida que estas respostas se tornam aparentes, o entrevistador deve se esforçar para assegurar ao paciente a confidencialidade dos dados, explicar novamente o propósito da entrevista, investigar respostas mais representativas e esclarecer respostas prévias de validade questionável. Se a natureza das respostas não melhorar, o entrevistador deve simplesmente descartar todos os dados que pareçam questionáveis, colocando um “X” quando apropriado e registrando isto no formulário. No caso extremo, o entrevistador deve terminar.

Compreensão pobre

Os entrevistadores podem encontrar pacientes que simplesmente são incapazes de entender os conceitos básicos da entrevista ou de se concentrar em questões específicas, geralmente por causa dos efeitos de abstinência de álcool ou outras drogas ou devido a outros transtornos mentais. Quando isto se torna aparente, a entrevista deve ser finalizada e outra sessão agendada.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO (CONCEITOS)

Há instruções gerais sobre os procedimentos utilizados no preenchimento do formulário logo no início do instrumento.

Informações Gerais (página 10)

É sempre importante iniciar uma entrevista se apresentando ao paciente e explicando os seus objetivos. Além disso, cabe salientar que: “Esta entrevista poderá ajudar no seu tratamento, assim como futuramente poderá ajudar no tratamento de outras pessoas. Agora vou ler algumas informações antes de começarmos”. Conforme as orientações dos comitês de ética, em caso de pesquisa, deve-se entregar um consentimento livre esclarecido para o sujeito ler e assinar antes do início da entrevista. Sugere-se que se leia toda a introdução. Esta foi escrita para ser breve e ir direto ao ponto. Ocasionalmente, os entrevistados querem saber mais, não há nada errado em fazer algumas perguntas. Não obstante, leia da forma em que está escrito sempre que possível, e explique brevemente, a menos que tenha razões convincentes para fazer de outra maneira.

Nome do paciente – Coloque o nome do entrevistado ou insira apenas as iniciais.

G1 – Coloque o número de identificação atribuído ao entrevistado, se houver um.

Nome do entrevistador – Coloque seu nome.

G2 – Coloque seu código de entrevistador, se houver um.

G3 – Serve para treinamento ou para confiabilidade entre entrevistadores e para codificar sua identificação se você está observando, mas não conduzindo a entrevista. Os observadores devem somente observar, e não fazer nenhuma pergunta durante a entrevista. O observador e o entrevistador devem codificar suas entrevistas independentemente, e somente discutir os casos depois que terminarem de preencher o formulário de entrevista do ASI6.

G4 – Coloque a data da realização da entrevista.

G5 – Coloque a data em que o entrevistado ingressou no tratamento atual (ambulatorio ou internação).

G6 – Dependendo do tipo de estudo que está sendo realizado as entrevistas poderão ser referentes ao dia da entrevista, à data de admissão ou a período anterior a outras datas.

G10 – Pergunte; não presuma a raça, nem fale sobre as outras raças ou faça algo para deixar o entrevistado ciente de que múltiplas respostas são aceitáveis. Pergunte simplesmente qual cor ele(a) se considera.

G11 – Por exemplo, no caso de hospital-dia ou centro de atenção psicossocial (Caps): marcar como “outro local”.

G12 – Codifique o estado civil atual. Por exemplo, se o entrevistado é divorciado ou separado e agora está casado ou vivendo como casado, essa última condição é a que deve ser codificada. Também é necessário deixar claro ao entrevistado que “vivendo como casado” é uma resposta válida; vivendo com o(a) namorado(a) não significa necessariamente vivendo como casado, depende da percepção do entrevistado. Então, por exemplo, dois entrevistados podem estar vivendo com um(a) parceiro(a) romântico e cada um ser codificado de maneira diferente dependendo de sua percepção. Se ele(a) disser que está vivendo com um(a) parceiro(a), você pode sondar perguntando: “Você diria que está vivendo como casado ou não?”. Outra possibilidade, quando a resposta não tiver sido clara é ler cada alternativa de resposta e deixar a pessoa escolher o que fizer mais sentido para ela. Escolha o senso comum. Ex.: 1 – se a pessoa está separada há tempo, mas não está divorciada legalmente, no entanto, considera-se que a pessoa está separada. 2 – vivendo como casado pode ser codificado para parceiros homossexuais. 3 – se o paciente nunca se casou, pule para G14.

G13 – Codifique o número de anos e meses que a pessoa permanece em algum estado civil. Essa pergunta é pulada se a pessoa nunca se casou.

G14 – O entrevistado deve referir a fonte de encaminhamento para esse específico programa de tratamento. Se ele mencionar vários, deixe o cliente escolher a principal, que na maioria dos casos será a mais recente.

Preencher as lacunas

É importante diferenciar os itens que não são aplicáveis ao paciente (os quais devem ser registrados como “N”) dos itens que o paciente não pode entender ou não responderá (os quais devem ser registrados com “X”). Por favor, não deixe nenhum item sem código, exceto quando houver pulos.

Moradia (página 10)

Para manter o entrevistado focado nos últimos seis meses, uma abreviação de letra única para cada mês é provida ao entrevistador (acima de “moradia”) para facilitar a contagem. Ex.: se a entrevista foi feita em 06/04/2003: A (abril) = 0, M (março) = 1, F (fevereiro) = 2, J (janeiro) = 3, D (dezembro) = 4, N (novembro) = 5, O (outubro) = 6, portanto o tempo de 6 meses seria de 05/10/2002 até 06/04/2003.

Questões sobre moradia

Se o entrevistado passou a noite numa prisão hospital nos últimos 6 meses, isso é codificado como noites em H5 prisão (não em noites H3/H4 ex.: não em hospitais psiquiátricos). Mas conte hospitalizações no M25 ou P1 para representar mais precisamente a gravidade que isso representa na vida do indivíduo.

H1 – Refere-se a qualquer ambiente controlado ou supervisionado (exceto abrigos que são codificados separadamente no item H8). H1A (últimos 6 meses) deve ser igual à soma de H2A a H7A. Similarmente, H1B (últimos 30 dias) deve ser igual à soma de H2B a H7B. H1B não deve jamais ser maior que H1A.

Se, em H1A, o paciente reportar que não passou nenhuma noite em um ambiente controlado nos últimos 6 meses, pule para H8A. Esse é o primeiro de vários “pulos” que foram feitos para deixar a entrevista mais fluída. Não é necessário preencher os quadrados vazios com zeros.

H2 – Inclui tratamento residencial e comunidades terapêuticas, assim como pacientes internados em unidades de desintoxicação.

H3 – Inclui hospitalizações por problemas médicos, não psiquiátricos ou por álcool e outras drogas.

H4 – Inclui hospitalizações por problemas psiquiátricos, noites passadas em unidades psiquiátricas. Se alguém é hospitalizado por álcool ou outras drogas e problemas psiquiátricos, será incluído somente no H2.

H6 – Este item deve ser codificado quando o paciente não está apenas em tratamento, mas também morando no local.

H7 – Um ambiente controlado refere-se a uma situação de vida na qual o indivíduo foi restringido de sua liberdade de movimentação e de seu acesso ao álcool e outras drogas. Isto geralmente significa estar residindo em um local de tratamento ou instituição penal. Um hospital-dia ou hospital-noite não é, geralmente, um ambiente controlado. Se o indivíduo estava em dois tipos de ambiente controlado, coloque o número do ambiente no qual ele passou a maior parte do tempo. Nestes casos, o tempo de permanência em ambiente controlado refletirá o tempo total em todos os ambientes. Inclui pequenos hospitais e outros lugares estruturados para pessoas que necessitam de algum cuidado que não foram capturados por H2 a H6.

H8 – Inclui abrigos somente para os sem-teto. Abrigos para vítimas de violência doméstica (a não ser que o local seja focado para mais longo prazo e funcione como casa comunitária – nesse caso será codificado como H6) serão contados em H7 (casa de passagem).

H9/H10 – “Lugar nenhum para ficar” requer alguma interpretação para levar em conta os fatores do entrevistados, como o que o entrevistado está realmente fazendo. Se, por exemplo, ele fica numa casa de crack por uma noite ou duas de farra e depois vai para casa, isso geralmente não será contado como não ter lugar para ficar. No entanto, se o entrevistado fica por um período mais extenso de uso descontrolado de alguma substância e esteve morando com amigos/família, mas não esteve em “casa” por uma ou mais semanas, o paciente pode não ser bem-vindo em casa e isso pode ser considerado como noites sem-teto. Similarmente, se ele esteve morando sozinho, abandonado no apartamento e está morando nas ruas, o seu apartamento provavelmente não estará mais disponível. Também, alguns clientes podem dizer “eu poderia ficar na minha mãe ou irmão”, mas isso é hipotético e não há como ter certeza se ele será realmente bem-vindo, então codifique como sem-teto. Geralmente, além de situações breves de opções do cliente (como o primeiro exemplo de uma ou duas noites numa casa de crack), codifique como sem teto. Arranjos domiciliares instáveis, ex.: morar com amigos ou famílias por um período extenso (ex.: semanas/meses), geralmente não contam como noites sem-teto.

Nota:

- ◆ Se o paciente responder que esteve sem-teto nos últimos 6 meses, pule H10. Sabe-se de antemão que a resposta H10 será sim.

H11 – Codifique todas as respostas que se apliquem. Pode ser necessário investigar por respostas adicionais, pois os pacientes, em geral, não pensam nas suas crianças ou familiares na resposta dessa questão. Se houver compartilhamento de peças (banheiro, cozinha, cômodos) isso será considerado a mesma casa, mas se houver uma separação entre as peças, mesmo que seja uma parede ou uma porta são consideradas como casas diferentes. Também, se divorciado e morando com o ex-cônjuge de um modo não romântico/sexual isso também será considerado como vivendo com outros adultos (6). No entanto, se morar com o ex-cônjuge de um modo romântico/sexual será então considerado como cônjuge/parceiro(a) (2). Se o entrevistado disser que ele está separado, mas morando na mesma casa com o ex-cônjuge, ele deve ser codificado como separado (G12). Essas convenções influenciam a F1 (relações com um parceiro sexual/romântico). Se a pessoa viveu com o parceiro(a)/cônjuge nos últimos 30 dias, F1 deve ser codificado como sim. Também, se H9B for maior que zero, se o paciente morou na rua, ou no carro, ou em prédios abandonados, etc., deve-se codificar com quem ele estava morando no H11. Quando o paciente morar com um dos pais, marcar a opção “pais”.

Caso o paciente responda somente a opção SOZINHO (1) – marcar N na questão seguinte (H12).

H12 – Problemas com álcool será semelhante aos critérios de abuso do DSM-IV-TR ou uso nocivo do CID-10. Inclui uso problemático e recente de drogas e/ou álcool. Se o paciente mencionar alguém em tratamento, mas já recuperado, não se deve codificar como tendo problemas recentes

de álcool e/ou outras drogas. Também, é de decisão do paciente se alguém que está morando com ele tem problema com álcool. Qualquer uso de drogas por pessoas com quem o paciente está morando é codificado como sim (1). Se o sujeito considerar sua estada na casa da namorado(a) nos finais de semana marcar como “sim” – tem envolvimento.

Médico (página 11)

M1 – O entrevistador pode marcar mais de uma opção se for o caso do paciente ter mais de um convênio de saúde.

M3/M4 – Ainda que não possamos considerar todas essas doenças como tipicamente crônicas, elas são enfermidades que, mesmo tendo ocorrido no passado ou estando em remissão, colocam o paciente, no mínimo, em risco de recorrência ou incapacidade.

M15/16 – Uma condição crônica é uma condição física ou médica séria ou potencialmente grave que requer cuidados contínuos ou regulares por parte do paciente (por exemplo, medicação, restrições de dieta, incapacidade de participar ou realizar atividades normais). Quando há uma pequena recorrência da doença, independentemente do período de intervalo sem doença, ela será considerada crônica. Alguns exemplos de condições crônicas são hipertensão, diabetes, epilepsia e defeitos físicos. Em casos extremos, problemas menstruais crônicos devem ser registrados caso interfiram na vida cotidiana ou só sejam abordáveis através de tratamento médico regular. Codifique “Sim” em M16, caso o paciente tenha um problema clínico crônico que continua impedindo-o de obter as vantagens completas de suas capacidades.

Se o paciente referir o uso de óculos para leitura ou alergias mínimas como um problema crônico, isto indica um entendimento errôneo da questão. Caso um paciente realmente relate um problema crônico válido, comente a natureza do problema no espaço fornecido.

Problemas clínicos crônicos comuns em indivíduos dependentes de álcool

Problemas gastrointestinais (sangramento ou varizes esofágicas, úlcera, gastrite, pancreatite), hepáticos (esteatose hepática, cirrose, hepatite) e outros (hipertensão, diabetes, convulsões – podem ou não fazer parte da abstinência)

Problemas clínicos comuns em indivíduos dependentes de drogas

Problemas como hepatite, hipertensão, abscessos (em braços, pernas), derrame pulmonar, condições cardíacas. AIDS – os problemas relacionados podem ser de grande variedade, mas particularmente micoses orais, infecções não usuais, problemas pulmonares.

O paciente pode não ter sido exatamente informado que ele tem, por exemplo, “problemas nas costas” ou “movimentos prejudicados”. Se um médico ou outro profissional da saúde, entretanto, mencionar que o paciente tem “hérnia de disco” ou se ele já teve uma amputação ou uma substituição articular realizadas, isto é, se já foi submetido a algum procedimento que suporte a validade da condição,

a mesma deve ser incluída em M15 e/ou M16. Não se deve incluir relatos como “minhas costas estão muito duras, eu devo ter artrite”, não havendo qualquer tipo de validação dessa condição, como tratamento ou diagnóstico por um profissional da saúde.

M17 – A intenção desta pergunta é validar a gravidade da doença através da decisão independente de medicar o problema, por um médico. Portanto, se a medicação foi prescrita por um profissional médico legítimo, para uma condição física (não psiquiátrica ou por abuso de substância psicoativa), então, deve ser registrado – independentemente se o paciente faz uso ou não da medicação.

Se o paciente está tomando alguma medicação, ela precisa ter sido prescrita por um médico.

Medicações prescritas por apenas curtos períodos ou para condições temporárias específicas (isto é, resfriados, desintoxicação), não devem ser levadas em conta. Apenas a necessidade prolongada de medicação deve ser contada (por exemplo, hipertensão, epilepsia, diabetes, etc.). Não se deve incluir medicações para transtornos psiquiátricos, as quais serão registradas posteriormente, em seção específica. Medicamentos para transtornos do sono são, geralmente, de uso temporário e são abordados na parte de psiquiatria.

Basicamente as respostas também vão avaliar a necessidade e a obediência. Se o paciente deveria tomar algo e não há uma boa razão para acreditar que a doença regrediu sozinha, mesmo que a medicação tenha sido prescrita há muito tempo, o caso deve ser codificado como 2 – deveria estar tomando, mas não está. Outra possibilidade é o medicamento ser considerado ineficaz e descartado pelo médico e não existir outro medicamento para tratar a condição; esta situação seria codificada como 3 – medicamento não é mais necessário. Talvez isso devesse ser lido com mais exatidão – não é mais necessário ou útil. Quando não se tem mais nenhuma evidência de sintomas e/ou indicação de medicação de manutenção codifica-se 3.

M19 – Considera a avaliação subjetiva do entrevistado.

M20 – Nessa sessão serão codificadas apenas doenças clínicas. “Está recebendo algum tipo de tratamento para esse sintoma referido?”. Se a resposta for negativa não entra nessa sessão. Pergunte ao paciente quantos dias, nos últimos 30 dias, ele apresentou problemas físicos/médicos. Não inclua os problemas diretamente causados apenas por álcool ou outras drogas. Isto significa problemas como ressaca, vômitos, insônia, e outros que seriam removidos caso o paciente estivesse abstinente. Entretanto, se o paciente desenvolveu um problema médico prolongado por abuso de substância psicoativa, o qual não desapareceria simplesmente com a abstinência, inclua os dias nos quais ele apresentou este problema (por exemplo, cirrose, flebite, pancreatite).

Se nesta questão a resposta for 0 (zero) – marcar N na questão seguinte (M21).

Não inclua intercorrências leves, tais como gripe ou resfriado, mesmo que estas intercorrências acarretem um baixo escore de gravidade.

M21 – Deve-se considerar o paciente como incapacitado para exercer atividades normais devido a problema médico ou físico se estiver hospitalizado ou residindo em clínica de reabilitação.

M22 – MOSTRAR OU ENTREGAR AO PACIENTE A FOLHA COM OS ESCORES DE INTENSIDADE. Essa questão considera a avaliação subjetiva do entrevistado.

M23/M24 – No momento de fazer a pergunta, sugere-se que onde diz “qualquer problema clínico ou físico” quando um ou dois problemas foram citados pelo sujeito, substituir “qualquer” problema físico ou clínico pelos problemas já citados pelo entrevistado. Ex: Quão preocupado ou incomodado você tem estado com suas “dores nas costas?”.

Tenha certeza que o paciente restringiu sua resposta em M22 e M23 aqueles problemas abordados na seção médica. Para o item M24, enfatize que você está falando de tratamento médico adicional para os problemas especificados.

M25/M26 – Embora uma pessoa possa ficar no HPS ou na sala de emergência durante a noite, isto não é uma hospitalização de fato.

Anote o número de noites passadas no hospital por problemas clínicos. Inclua hospitalizações de emergência por Overdoses (OD) ou Delirium Tremens (DTs), mas exclua hospitalizações para desintoxicação ou outras formas de tratamento para álcool, outras drogas ou psiquiátricos. Parto normal não entra na contagem, uma vez que não é um problema médico resultante de doença ou trauma. Complicações resultantes do parto são contadas e devem ser registradas na seção de comentários.

M28 – Mesmo que o paciente tenha feito mais de uma visita em um dia será considerado apenas o número de dias.

Comentários – anotar problemas de saúde relatados pelo sujeito para que se tenham informações neste sentido.

Emprego/Sustento (página 12)

E1 – Para codificar as respostas de 1 a 5 considere apenas se o paciente completou o grau referido. Ex.: se ele está na 4ª série do ensino fundamental codifique 6 (nenhuma), pois ele ainda não completou nenhum dos graus descritos.

E2/E5 – Considere este treinamento apenas se ele apresenta algum potencial de uso na vida civil e é desenvolvido para dar ao paciente alguma capacidade considerável ou reconhecida. Ou seja, cozinhar, operacionalização de equipamentos pesados, conserto de equipamentos, são considerados; treinamento de infantaria ou de demolição geralmente não é reconhecido.

Considerar qualquer curso que disponibilize certificado e possa ser utilizado em atividades profissionais (ex.: computação, línguas, etc...) ou que o indivíduo teve como finalidade reverter em algum tipo de renda. Não considere atividades apenas de lazer. Ex.: se um indivíduo fez um curso de cerâmica, porém sem intenção de vender as peças, não considere.

E5 – Significa, geralmente, matriculado e cursando. Se um paciente está mesmo matriculado, ou seja, se já foi aceito e tem plano consistente de freqüentar o programa num futuro próximo, deve ser também codificado como 1 ou 2, ainda que não esteja freqüentando no momento. Deve-se ter cautela

nesse item, pois vários pacientes “planejam” fazer alguma coisa e não conseguem dar seguimento a seu intento. Quanto mais evidências houver de que o paciente está realmente matriculado, melhor será para decidir como codificar: se ele pagou antecipadamente o valor total ou parcial do treinamento/ensino, se já cursou pelo menos um ano ou semestre, se está em período de férias, etc. Então, segundo essa lógica, um “estudante” em férias de verão também deverá ser codificado como 1 ou 2. Da mesma forma, para E10/Situação de emprego atual, se o paciente estava desempregado e acabou de receber uma proposta de emprego, mas ainda não começou a trabalhar, a lógica utilizada em E5 nos levaria a marcar 1 ou 2.

E6 – Carteira de habilitação: é válido para uma carteira de habilitação que não esteja vencida ou tenha sido suspensa ou revogada. Este item simplesmente é um indicador da oportunidade de ser empregado em vários trabalhos que exijam dirigir enquanto no serviço ou, no mínimo, a habilidade de obtenção de um emprego em lugares em que o transporte público não é disponível.

E7 – Automóvel: isto não requer necessariamente um meio de transporte próprio, mas sim a disponibilidade de transporte pessoal regular. Caso o paciente não possua carteira de habilitação, deve ser registrado “Não” neste item. Os itens E6, E7 e E8 são utilizados como indicadores da capacidade do paciente para ir e voltar do trabalho.

E8 – Especificar que esta pergunta se refere somente ao meio de transporte.

E9 – Fazer a pergunta somente se ainda houver dúvida da capacidade do entrevistado. Caso contrário, codifique 1.

E10 – Codifique a condição que melhor explica a situação atual do paciente. A opção 4 deve ser assinalada se o paciente não trabalha, não procura ativamente por trabalho e não faz bicos de forma regular. A opção 5 deve ser escolhida caso o paciente esteja fazendo bicos numa frequência mínima de 1 vez por semana. Considera-se bico qualquer atividade exercida de modo irregular e sem horário fixo.

Trabalho de período integral (incluindo empregos não registrados) é regular e maior que 35 horas por semana. Trabalho regular de meio período é um emprego no qual o paciente tem uma escala de trabalho menor do que 35 horas por semana, porém é regular e mantido. Trabalho irregular de meio período refere-se a empregos nos quais o paciente trabalha em base de meio período, mas não há uma escala confiável, por exemplo, diaristas.

Obs: Indivíduos em licença saúde são considerados empregados.

E11 – O motivo relatado pelo paciente, que o afasta do mercado de trabalho, deve ser codificado nesse item. Se o paciente não está em busca de emprego devido a problemas com álcool e outras drogas, deve-se, em geral, codificar como 5 – Não procura por trabalho (e não como incapaz). Incapaz deve se referir à deficiência física ou possível incapacidade psíquica, as quais devem ter sido documentadas previamente (por outro serviço) ou com as quais o cliente persiste (e pode justificar), tornando-o incapacitado para o trabalho ou para procurar um emprego. A incapacidade não precisa necessariamente ser permanente.

Marque todas as opções que se aplicam aos pacientes codificados em E10 como 4 ou 5. Lembrando que, também são considerados como estudantes, indivíduos que estejam com sua matrícula trancada por período inferior a 6 meses desde que tenham cursado anteriormente pelo menos 1 semestre do curso referido.

E12 – MOSTRAR OU ENTREGAR AO PACIENTE A FOLHA DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE OCUPAÇÃO. Codificar a categoria que mais se aplica.

Habilidades: anote qual é a ocupação do cliente. Em geral, é considerado como ocupação qualquer habilidade ocupacional transferível que foi adquirida através de treinamento ou educação especializados.

Ocupação: codifique a categoria apropriada do anexo: Principais Grupos de Ocupação. Certifique-se de especificar em termos de categorias gerais de trabalho (por exemplo, se comerciante, então, venda de computadores, venda de carros usados, etc.). Caso o paciente esteja trabalhando recentemente em uma atividade diferente, registre a ocupação usual. Caso o paciente não possua uma ocupação usual, então anote o trabalho mais recente. Anote “N” apenas quando o paciente nunca tenha trabalhado.

E13 – Considera-se como trabalho informal, aquele que é sem carteira assinada.

E14 – Considerar o trabalho de maior duração em regime superior a 35 horas semanais (turno integral). O trabalho em questão pode ser formal ou informal, ou seja, se o paciente tiver como trabalho mais duradouro um bico regular, em turno integral, este deve ser codificado. Refere-se ao emprego mais duradouro com o mesmo empregador, mesmo que o paciente tenha sido promovido a posições ascendentes ao longo do tempo. Se o paciente teve múltiplos cargos, codifique o mais recente no item E16-Ocupação.

Período de emprego: enfatize o fato de que você está interessado no período mais longo em que o paciente manteve um emprego em período integral. Emprego no serviço militar será considerado apenas quando ultrapassa o período de alistamento do indivíduo.

E15 – Codificar o tempo, em meses, desde o término do trabalho de turno integral mais longo. Realizar as contas necessárias no momento da entrevista.

E16 – Codificar a ocupação/trabalho de turno integral mais longa de acordo com especificadores da questão/nota E12.

E17 – Codificar o número de semanas em que teve trabalho pago, sem desconsiderar períodos remunerados de licenças, férias, dias como autônomo e trabalho informal e bicos.

Codifique o número de semanas trabalhadas durante os últimos 6 meses. Se o paciente trabalhou apenas um dia por semana durante 2 semanas, equivale a 2 semanas. Um mês equivale a 4 semanas, mas 3 meses = 13 semanas e 6 meses = 26 semanas. Então, 4 meses = 17 semanas (13 semanas + 4 semanas) e 5 meses = 21 semanas. Essencialmente, 3 meses ou mais equivale a 13 semanas mais o número adicional de semanas (com 4 semanas equivalendo um mês); deve-se sempre seguir essa lógica, exceto quando o paciente trabalhou cada semana no período de 6 meses, isto é, o tempo inteiro, o que totaliza 26 semanas.

E18 – Considerar o total de dinheiro recebido nos últimos 6 meses como fruto de trabalho remunerado. Não computar as receitas provenientes de aposentadoria, atividades ilegais.

E19 – Codificar o número de dias remunerados nos últimos 30 dias, considerando também os dias remunerados de licença, férias, trabalho como autônomo e trabalho informal.

E20 – Considerar o total de dinheiro recebido por trabalho nos últimos 30 dias.

E21 – Computar o número de dias em que algum tipo de problema relacionado ao trabalho ocorreu. Considera-se como problema nesta questão qualquer tipo de situação que possa resultar em prejuízo no trabalho. Exemplos: baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, faltas.

Nos casos em que o paciente não teve a oportunidade para trabalhar, devido a encarceramento ou outro ambiente controlado, não é possível, por definição, que ele tenha tido problemas no trabalho. Em casos como este, em que o paciente não tenha tido a chance para preencher a definição de dia problemático, a resposta apropriada é “N” e a escore que segue do paciente também deve ser “N”, uma vez que ela depende da questão de dias problemáticos.

E22 – Nesta questão, procurar emprego implica em tomar uma atitude para atingir este objetivo, como, por exemplo, mandar currículo, preencher uma ficha de emprego, falar com um possível empregador.

E23 – Mostrar a escala de avaliação de intensidade para o entrevistado. Codificar o escore respondido pelo paciente. Deixar claro na pergunta que se refere à importância de uma assistência atual ou adicional em relação à área de emprego.

Escore do paciente: os escores são restritos aos problemas identificados pelo item E21. Para o item E23, enfatize que você está falando sobre ajuda para encontrar ou prepará-los para um trabalho – não dar um trabalho para eles.

Problemas de trabalho, últimos 30 dias: inclui incapacidade de arrumar emprego (apenas se o paciente tem tentado), ou problemas no trabalho atual (se o emprego está em perigo ou insatisfatório, por exemplo).

Não inclua problemas em “encontrar um emprego” que estejam diretamente relacionados apenas ao abuso de substâncias psicoativas por parte do paciente, tais como abstinência ou ressaca.

Não inclua sentimentos de insatisfação em relação às expectativas no emprego, ou o desejo comum de ganhar mais dinheiro ou mudar de trabalho, a menos que o paciente já tenha tentado, na prática, estas mudanças e não tenha conseguido.

E24 – Codifique “Sim” se o paciente mora em habitação financiada pelo governo (ex.: COHAB, Cingapura, etc.) ou está recebendo auxílio-moradia.

E25 – *Contribuição para o sustento*

Anote se o paciente está ou não recebendo algum suporte regular em forma de dinheiro, moradia ou alimentação de um amigo ou familiar, não de instituição. A contribuição do cônjuge para manutenção da casa é incluída.

Quando existir períodos equivalentes que se encaixam em mais de uma categoria, registre aquela que melhor representa a situação atual.

Refere-se a dinheiro proveniente da Previdência Social ou INSS, de fontes governamentais de pensão, seguro-social, seguro-desemprego.

Pensão, benefícios ou seguro social: aqui são incluídas pensões por invalidez ou aposentadoria, benefícios de veteranos de guerra, “SSI”, compensação por tempo de serviço.

E26 – Refere-se a auxílio financeiro público tipo bolsas.

E27 – Refere-se a outras formas de assistência governamental que não pensão, seguro-social, seguro-desemprego ou bolsas. Exemplos: comida, vale-refeição, vale-transporte e fomentos provenientes de campanhas governamentais.

E26/E27 – Assistência pública: refere-se à assistência pública ou social. Inclui aqui quantia em dinheiro e vales-refeição, assim como dinheiro para transporte fornecido pelo serviço que assiste o paciente, para ir e voltar do tratamento.

E28 – Aplica-se aos cuidadores da(s) criança(s), independentemente de serem pais biológicos ou não. Dinheiro do seguro social (INSS) ou da assistência pública (bolsa-família, bolsa-escola, etc) direcionado às crianças, entretanto, deve ser especificado nessas categorias nos itens E25 e E26, respectivamente.

E29 – Considera-se o dinheiro total proveniente de toda e qualquer atividade ilegal que o paciente tenha realizado no período determinado.

Ilegal: este inclui qualquer dinheiro obtido ilegalmente por tráfico de drogas, roubo, venda de objetos roubados, jogos ilícitos. As máquinas de caça-níqueis ilegais entram nesta categoria.

Caso o paciente tenha recebido drogas em troca de alguma atividade ilegal, não tente converter este valor em dinheiro (em reais). Simplesmente anote isto na seção de comentários deste item e na seção legal. Novamente, o enfoque é no dinheiro disponível para o paciente, não uma estimativa do valor líquido do paciente.

E30 – Refere-se a todas as outras fontes que não são melhor codificadas entre E25 e E29. Dinheiro recebido por trabalho na prisão ou em outro ambiente controlado não conta como trabalho pago (E17-E22), melhor se encaixando como renda inesperada (dinheiro proveniente de heranças, imposto de renda, empréstimo particular, jogos de azar, etc.); especifique então o valor recebido nos últimos 30 dias em E30 (dinheiro de outras fontes). Inclui também dinheiro recebido por participação em pesquisas.

A intenção desta pergunta é determinar a quantia adicional de dinheiro que o paciente tem recebido nos últimos 30 dias – não é para determinar se ele recebe ajuda em termos de alimentos, roupas e abrigo.

Anote apenas o dinheiro emprestado ou recebido de cônjuge, familiares ou amigos do paciente. Este se refere apenas a pagamentos em dinheiro dados ao paciente e não a uma estimativa do valor de fornecimento de alimentos e estadia.

Não anote simplesmente o salário do cônjuge neste item – apenas a quantia em dinheiro dada ao paciente para gastar.

Inclua aqui ganhos inesperados ou coincidentes de jogos lícitos, devolução de impostos, ou qualquer outra fonte de renda instável.

E31 – Marcar todas as opções que se aplicam ao paciente, ou seja, especifique todas as fontes de sustento financeiro atuais. Se o paciente não tem nenhuma fonte de sustento, assinale a opção 11 (nenhuma).

E32 – Marcar “Sim” apenas se houve falência legalmente declarada.

E33 – Considerar apenas empréstimos ao governo ou instituição privada. Mesmo que a dívida seja da empresa e o sujeito é dono ou sócio a resposta é SIM. Atraso não é considerado “deixar de pagar”.

E34 – Considerar atraso superior a 1 mês no pagamento de qualquer dívida, governamental ou não.

E35 – Refere-se ao número de pessoas que o entrevistado sustenta, sem contar com ele próprio. Considera-se sustento regular, a satisfação de necessidades básicas como moradia, alimentação, educação e saúde. Inclui os indivíduos que o entrevistado sustenta e também os indivíduos que o entrevistado teria a obrigação de sustentar.

Dependentes: enfatize que estas pessoas devem depender dele regularmente para suporte financeiro, não simplesmente pessoas para as quais o paciente ocasionalmente dá dinheiro. Não inclua o próprio paciente ou a esposa que se auto-sustenta.

Não inclua dependentes que são normalmente sustentados pelo paciente, mas que, devido a circunstâncias não usuais, não têm recebido ajuda recentemente. Pagamento de pensão e sustento dos filhos são incluídos como indicadores de pessoas que dependem do paciente.

E36 – Considerar se tem renda compatível para fornecer sustento aos dependentes. Contabilizam-se aqui também os indivíduos que o entrevistado tem a obrigação de sustentar, mas que, eventualmente não sustenta (por motivos financeiros ou outros).

Álcool ou outras drogas (página 14)

Alguns esclarecimentos sobre essa sessão

Se não houve uso de álcool nos últimos 6 meses (isto é, D12 = 0-Sem uso), pule para D20 e pergunte sobre fissuras ou desejos intensos de beber e continue. De forma semelhante, se não houve uso de drogas nos últimos 6 meses (isto, é D38 = 0-Sem uso), pule para D45.

Uso de Álcool

D1 – Considerar como tratamento consultas médicas para tratar o uso de álcool, internações e avaliações, mesmo que não tenham sido transformadas em tratamento. Não considerar a participação em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia na vida, passar para a questão D6. Quando necessário, é preciso esclarecer se o que ele está computando como duas coisas não se refere a um mesmo tratamento.

Não computar o tratamento atual se o sujeito estiver em avaliação.

D2 – Computar o número de tratamentos que tiveram como objetivo apenas a desintoxicação, não incluindo desintoxicações seguidas de tratamento adicional.

D3 – Considerar a idade do paciente no início de seu primeiro tratamento para álcool.

D4 – Computar o número de dias que o paciente participou de programas ambulatoriais e/ou consultas médicas, incluindo avaliações, somente com o objetivo de tratar o uso de álcool e/ou drogas. Não considerar internações e participações em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D5.

D5 – Codificar o número de dias que o paciente tomou medicação prescrita por médico para tratar o uso de álcool. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D6.

D6 – Computar o número de dias de participação em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D8.

D7 – Considerar o tempo contínuo mais longo de participação em reuniões de auto-ajuda, por pelo menos 2 dias na semana, em meses e anos.

D8 – Computar o número de anos em que o paciente ingeriu álcool por pelo menos 3 dias na semana, excluindo períodos sem álcool. Caso o paciente responda de forma ambígua computar a resposta que indica maior gravidade. Exemplo: se bebeu regularmente durante 5 ou 6 anos, considerar 6 anos. Se a resposta for inexata arredondar para o número mais alto, a não ser que o número de meses seja inferior a 6. Exemplo: se bebeu regularmente durante 10 meses, considerar como 1 ano. Se o período é menor do que 6 meses, não se considera como um ano. Ex.: Se o entrevistado bebeu por 4 anos e 3 meses, colocar somente 4 anos. Se não fechar pelo menos 1 ano codifique 00 e passe para a questão D10.

D9 – Considerar os anos em que o paciente bebeu, regularmente, 5 (se homem) ou 4 (se mulher) drinques, em pelo menos 3 dias da semana. Se não completar pelo menos 1 ano, passar para a questão D11.

D10 – Codificar “Sim” se o paciente ingeriu mais de 50 drinques por pelo menos 50 dias em sua vida.

D11 – Considera-se a idade que o paciente bebeu, pela primeira vez, com a intenção de sentir os efeitos do álcool ou pelo menos com a noção de que esses efeitos poderiam ocorrer. Não considerar episódios de ingestão acidental de álcool na infância.

D12/D38 – Se o entrevistado relata somente 1 semana de uso diário de álcool, faz-se a média para o período de pico de uso em 30 dias nos últimos 6 meses. Se o entrevistado usou diariamente durante uma semana e este foi o máximo que usou durante o período de 6 meses, codificar “2. 1-2 vezes por semana”. Se ele(a) usou uma semana diariamente, mas usou 1-2 vezes por semana por outras 3 semanas durante 30 dias/1 mês, então passa para “3. 3-6 vezes por semana”. Caso tenha usado diariamente por 2 semanas, é codificado como “3. 3-6 vezes por semana”. Se a pessoa

disse que usou quase todos os dias, quer dizer, 25 dias, deixando de usar um dia ou outro, talvez por falta de dinheiro, codificar “4-diariamente”.

D12 – Codificar a categoria que mais se aplica.

D13 – Computar os dias em que o paciente bebeu qualquer tipo e quantidade de bebida alcoólica. Se nenhum dia, passar para a questão D20.

D14 – Considerar o último episódio de ingestão de bebida alcoólica.

D15 – Computar os dias em que o paciente bebeu, pelo menos, 5 (se homem) ou 4 (se mulher) drinques, nos últimos 30 dias.

D16 – Computar a quantia, em reais, que o paciente gastou em álcool para o uso próprio.

D17 – Marcar a opção “sim” apenas se o entrevistado apresentou sintomas de abstinência (ansiedade, agitação, perturbação com a clareza ou sons altos, náuseas, vômitos, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial) nos últimos 30 dias. Sintomas de ressaca não são considerados.

D18 – Codificar “Sim” se apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

D19 – Codificar “Sim” se apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

D20 – Codificar “Sim” se o entrevistado apresentou, nos últimos 30 dias, “fissuras” (desejo intenso e quase incontrolável de utilizar uma substância, às vezes, acompanhada de sintomas e sinais como salivação, ansiedade ou pensamentos recorrentes em relação à substância) ou desejos intensos de beber. Para “fissura” ou urgência em usar, mesmo que leve, não contam memórias, pensamentos e sonhos, a não ser que sejam problemáticos de alguma forma para o entrevistado – esses elementos podem ou não contar como “fissura”, dependendo do que o cliente quer dizer com pensamentos, memórias, etc.

D21 – Considerar todos os dias em que entrevistado apresentou quaisquer das dificuldades relacionadas ao álcool, descritas ou não nas questões anteriores, nos últimos 30 dias. Se nenhum dia nos últimos 30 dias, passar para a questão D23. Este item inclui problemas específicos apontados pelos 4 itens precedentes (como por exemplo recaída, controle, conseqüências, “fissura”) ou quaisquer outros problemas/dificuldades que o entrevistado atribua ao álcool.

D22 – Computar a resposta que mais se aplica ao entrevistado, de acordo com a escala.

D23 – Considerar o tratamento (atual ou adicional) que, na opinião do entrevistado, é o mais importante. Exemplo, se ele responder que seria “levemente” importante um tratamento adicional, mas que seu tratamento atual é “extremamente” importante, colocar a opção “4” (extremamente).

D24 – Codificar a categoria que mais se aplica, de acordo com a escala.

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais MOSTRE OU ENTREGUE A TABELA PARA O PACIENTE

D25/D33 – A tabela de uso de drogas deve ser investigada da seguinte forma: “Você alguma vez já experimentou/usou...? Quantos anos você tinha quando experimentou pela primeira vez...? Então você experimentou quando você tinha X anos. Quantos anos você tinha quando usou regularmente pela primeira vez, quer dizer, 3 ou mais vezes por semana?”. O ponto principal deste exemplo é que nós não podemos, como rotina, investigar profundamente o histórico de uso de drogas, seqüenciando cada período de mais ou menos uso ou abstinência (quase como um histórico modificado, com linha de tempo estendida), pois isso tornaria a entrevista muito longa. Deve haver, é claro, investigação suficiente para que se obtenha informação segura e informações adicionais necessárias.

Uso de Substâncias – Categorias Problema

** Nicotina entra na categoria 11 – “Outras Substâncias”

Principal problema

O entrevistador deve determinar a principal droga de abuso baseado nos anos de uso, número de tratamentos, número de DT/superdosagem. Se as informações fornecidas não indicarem claramente a droga problema, então pergunte ao paciente qual é a principal substância que pensa ser causadora de maiores problemas. Anote um dos códigos seguintes:

- 01 – ÁLCOOL
- 02 – MACONHA (CANNABIS)
- 03 – SEDATIVOS
- 04 – COCAÍNA/CRACK
- 05 – ESTIMULANTES
- 06 – ALUCINÓGENOS
- 07 – HEROÍNA
- 08 – METADONA
- 09 – OUTROS OPIÓIDES
- 10 – INALANTES
- 11 – OUTRAS SUBSTÂNCIAS
- 12 – NENHUMA

D34/D36 – Geralmente, aparecem no relato do entrevistado. Pode-se ajudar o entrevistado revisando com ele o que disse previamente. Aqueles que se consideram abusadores de múltiplas substâncias (ou mencionam problemas equivalentes com substâncias) deveriam ser encorajados a enumerá-las. Mais uma vez, pode-se ajudar o entrevistado revisando o que ele já falou.

Rotas de administração

Foi adicionados uma coluna com um código para a via de administração para cada droga citada. O código para a via de administração está listado abaixo da lista de drogas, como segue:

- 1 – ingerida (uso oral)
- 2 – inalada
- 3 – fumada
- 4 – injetada (EV e não-EV, ex: intramuscular, intradérmica).
- 5 – outra (que não as listadas de 1 a 4)
- 6 – sem uso (nenhuma via de administração foi usada)

A via de administração usual ou a mais recente deve ser codificada. Nos casos em que duas ou mais vias são utilizadas rotineiramente, a via de maior gravidade deve ser a codificada.

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37 – Os períodos de uso de substância mesmo que não consecutivos de no mínimo 6 meses, devem ser computados como equivalentes há 1 ano. Ex: se o paciente relata ter usado cocaína durante 6 meses e, depois de abstinência, ter utilizado maconha 8 meses, deve-se computar 2 anos como resposta.

Droga de rua (exemplos): cola de sapateiro, loló, benzina, gasolina.

Droga ilegal (exemplos): maconha, cocaína, crack.

D38 – Se o entrevistado relata somente 1 semana de uso diário de drogas, faz-se a média para o período de pico de uso em 30 dias nos últimos 6 meses. Se o entrevistado usou diariamente durante uma semana e este foi o máximo que usou durante o período de 6 meses, codificar “2. 1-2 vezes por semana”. Se ele(a) usou uma semana diariamente, mas usou 1-2x/semana por outras 3 semanas durante 30 dias/1 mês, então passa para “3. 3-6 vezes por semana”. Caso tenha usado diariamente por 2 semanas, é codificado como “3. 3-6 vezes por semana”. Se a pessoa disse que usou quase todos os dias, quer dizer, 25 dias, deixando de usar um dia ou outro, talvez por falta de dinheiro, codificar “4-diarriamente”. Aqui, o uso de drogas deve ser contabilizado mesmo que sejam drogas diferentes. Ex: Se o paciente usou em uma semana maconha na segunda-feira, loló na quarta-feira e cocaína no sábado, mantendo esse padrão no mês de maior uso, codifique uma frequência de 3 vezes na semana.

Se nenhum dia, passar para a questão D45.

D39 – Aqui, da mesma forma que em D38, contabiliza-se o uso de drogas mesmo que sejam drogas diferentes.

D41 – Não deve ser contabilizado troca por sexo, venda de objetos pessoais, trabalho no tráfico de drogas sem envolvimento direto de dinheiro. Se o paciente recebeu dinheiro por esses comportamentos e comprou drogas, contabiliza-se as quantias gastas em drogas. Drogas prescritas não devem ser contabilizadas.

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

D42 – Marcar a opção “Sim” apenas se o entrevistado apresentou sintomas de abstinência (ansiedade, agitação, perturbação com a claridade ou sons altos, náuseas, vômitos, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial) nos últimos 30 dias. Sintomas de ressaca não são considerados.

D43 – Esse é um critério subjetivo que se assemelha a um dos critérios de dependência do DSM-IV-TR. Ele é importante para verificarmos o controle do indivíduo diante da droga e o grau de envolvimento do mesmo. Codificar “Sim” se o entrevistado apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

D44 – Essa questão avalia os prejuízos causados pela substância nas principais áreas da vida. Mesmo que o paciente identifique apenas uma dessas áreas, deve-se codificar “Sim” quando o paciente relata problemas importantes nas áreas referidas. Caso o paciente não tenha a percepção subjetiva de prejuízo mesmo tendo relatado um problema grave em uma das áreas, codifique X e anote a dúvida nos comentários da página.

D45 – Codificar “Sim” se o paciente apresentou, nos últimos 30 dias, fissuras (desejo intenso e quase incontrollável de utilizar uma substância, às vezes, acompanhada de sintomas e sinais como salivação, ansiedade ou pensamentos recorrentes em relação à substância). Para “fissura” ou urgência em usar, mesmo que leve, não contam memórias, pensamentos e sonhos, a não ser que sejam problemáticos de alguma forma para o entrevistado – esses elementos podem ou não contar como “fissura”, dependendo do que o cliente quer dizer com pensamentos, memórias, etc.

D46 – Considerar todos os dias em que o paciente apresentou quaisquer das dificuldades relacionadas às drogas, descritas ou não nas questões anteriores, nos últimos 30 dias. Se nenhum dia nos últimos 30 dias, passar para a questão D48. Este item inclui problemas específicos apontados pelos 4 itens precedentes (como por exemplo, recaída, controle, conseqüências, “fissura”) ou quaisquer outros problemas/dificuldades que o entrevistado atribua a drogas.

D47 – Computar a resposta que mais se aplica ao entrevistado, de acordo com a escala.

D48 – Considerar o tratamento (atual ou adicional) que, na opinião do paciente, é o mais importante. Exemplo, se ele responder que seria “levemente” importante um tratamento adicional, mas que seu tratamento atual é “extremamente” importante, colocar a opção “4” (extremamente).

D49 – Codificar a categoria que mais se aplica, de acordo com a escala.

D50 – O período de abstinência considerado é aquele em que não houve uso de nenhuma substância, inclusive álcool, por um período superior a um ano.

Se o código do item D34 foi “12-sem droga problema”, digite “N” na questão D50. Se o paciente tem mais de uma droga-problema, então a abstinência será referente a todas as drogas problemáticas.

D51 – Computar quantos meses e anos se passaram desde o término do período de abstinência total, se este for de no mínimo um ano.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS À SEÇÃO DE SUBSTÂNCIAS DE USO ABUSIVO

Primeiro, pergunte ao paciente o número de dias que ele usou álcool ou outras drogas nos últimos 30 dias. Esteja preparado para fazer o paciente lembrar com exemplos (utilizando gírias e nomes populares) de drogas de cada categoria específica.

É importante perguntar todas as questões referentes à história de abuso de substâncias psicoativas, independente do problema presente (por exemplo, um alcoolista pode estar associando drogas com álcool; um usuário de cocaína pode não considerar seu problema com álcool).

Medicações prescritas são consideradas na categoria genérica apropriada. Antagonistas, tais como Antabuse (dissulfiran) e Naltrexone não são registrados na seção de história do abuso de substâncias psicoativas, porém devem ser registrados como comentários na parte inferior da página.

Consulte o Apêndice III para obter a lista de agentes químicos mais comuns listados pelos nomes populares e categoria do ASI. Se o paciente refere uso regular recente e/ou passado de uma substância que não conste da lista, então deve ser registrado na seção de “Comentários”.

Álcool para intoxicação

Não significa necessariamente ficar bêbado. Na realidade, não é aconselhável utilizar a frase “para intoxicação” na formulação da pergunta, uma vez que as interpretações dos pacientes a esta frase variam amplamente. Em seu lugar, pergunte o número de dias em que o paciente sentiu os “efeitos” do álcool; por exemplo, ficou “tonto”, “alto” ou “bêbado”.

Caso o paciente dê evidências de beber consideravelmente ainda que negue sentir os efeitos do álcool, obtenha uma estimativa da quantidade que o paciente tem bebido (Ele pode estar negando os efeitos ou manifestando tolerância). Nestes casos, como regra geral, o equivalente a 3 ou mais drinques em um encontro ou em um curto período de aproximadamente uma a duas horas pode ser considerado como “álcool para Intoxicação” para o item D2.

Cocaína e suas diferentes formas

Cocaína é utilizada de várias formas e estas geralmente têm nomes diferentes. “Crack” ou cocaína em “pedra” é simplesmente a “base pura” (fumável) da cocaína misturada com bicarbonato de sódio. Todas as diferentes apresentações da cocaína (por exemplo, pó de cocaína – aspirado, base pura de cocaína – fumada, pó de cocaína – injetado) devem ser todas consideradas na categoria de cocaína. Caso mais de uma via de administração seja usada, anote a via mais grave (as vias de administração são numeradas em ordem de gravidade).

“Uso na vida”

É perguntado para determinar períodos prolongados de uso regular. A “regra geral” para uso regular é uma frequência de 3 ou mais vezes por semana. Porém, enquanto esta é uma regra geral, é verdade que a cocaína, o álcool e até mesmo outras drogas podem ter uso abusivo regularmente e grave em dois dias de uso compulsivo (binge drinking). Portanto, o entrevistador deve procurar evidências de uso regular problemático, geralmente até o nível de intoxicação e até o ponto em que compromete outras atividades normais como o trabalho, estudos ou vida familiar. Aqui, uso problemático geralmente será óbvio e deve ser considerado mesmo sendo menos que 3 vezes por semana.

Caso haja uso substancial, mas irregular de qualquer droga (menos que 3 vezes por semana por um mês ou mais), por favor, anote na parte de “Comentários”.

Múltiplas substâncias

Em relação aos “últimos 30 dias”, pergunte ao paciente em quantos dias ele utilizou mais de uma substância (categorias do ASI) incluindo álcool.

Em relação ao “Uso na Vida”, pergunte ao paciente por quanto tempo ele utilizou regularmente (isto é geralmente numa frequência de 3 vezes por semana por um mês ou mais) mais de uma substância por dia, incluindo álcool.

Consideramos que, na grande maioria dos casos de adultos, a duração do uso regular de substâncias psicoativas pode ser aproximada para anos, sem perder a informação. Por exemplo, 6 (seis) meses ou mais de uso problemático ou regular será considerado como um ano; menos de 6 (seis) meses de uso problemático deve ser codificado na seção de comentários, mas não será considerado como 1 (um) ano.

Escore

Nas entrevistas de seguimento (follow-up), registre qual a principal droga de uso abusivo que o paciente considere problema. Se, no seguimento, o paciente mantém a opinião de que não tem problemas com álcool ou outras drogas, porém refere a vivência de problemas por álcool ou outras drogas no item D22 ou D47, então esclareça o item D34 perguntando ao paciente se ele considera aquela substância como principal problema atual.

Abstinência

Pergunte ao paciente quanto tempo ele foi capaz de manter-se abstinente da principal(s) droga(s) de uso abusivo (item D34). Enfatize que isto é referente à última tentativa (por pelo menos um mês) de abstinência, não necessariamente o período mais longo.

Períodos de hospitalização ou encarceramento não são considerados como períodos de abstinência. No entanto, períodos de abstinência nos quais o paciente recebeu Metadona, Antabuse ou Naltrexone em tratamento ambulatorial são incluídos.

Digite “99” se o número de meses for equivalente a 99 ou mais.

Digite “00” caso o paciente não tenha permanecido abstinente por um mês.

Término do período de abstinência

Digite “00” se atualmente o paciente está abstinente. Digite “N” caso o paciente nunca tenha ficado abstinente desde que iniciou o uso.

Superdosagem (overdoses- OD) e DT's

Se houver dúvida a respeito de uma superdosagem referida, pergunte o que foi feito com o paciente para reanimá-lo.

Simplemente deixar o paciente “dormindo até passar o efeito” não constitui superdosagem. Caso o paciente descreva qualquer incidente no qual foi necessária a intervenção de alguém para re acordar, considere isto como superdosagem. A natureza da superdosagem irá diferir de acordo com o tipo de droga usado. Enquanto opiáceos e barbitúricos produzem efeito tipo-coma, superdosagem de anfetaminas frequentemente resulta em psicose tóxica.

Inclua tentativas de suicídio, caso tenham sido feitas por superdosagem da droga (Lembre-se disso na parte Psiquiátrica e esteja certo de verificá-la na parte Clínica para registrar hospitalizações).

Definição de delirium tremens (DTs)

DTs ocorrem entre 24 e 48 horas após a última ingestão da substância. Eles consistem de tremores (“tremedeiras”) e delirium (desorientação grave com alteração do nível de consciência). Geralmente eles são acompanhados de febre. Algumas vezes, mas não sempre, há alucinações. Os DTs verdadeiros são usualmente tão graves que requerem algum tipo de cuidado médico ou intervenção externa. Iminência de DT quando diagnosticado por um profissional também seria considerado grave o bastante para considerá-lo como DT.

Problemas algumas vezes confundidos com DTs: “as tremedeiras” que ocorrem cerca de 6 horas após a parada de ingestão de álcool e não incluem delirium.

Tratamentos

Considere qualquer tipo de tratamento para álcool e outras drogas, incluindo desintoxicações, hospital-dia, internações, aconselhamento ambulatorial, e AA e NA (se 3 ou mais seções) dentro de um período de um ano. Isto não inclui aconselhamento psicológico para abuso de drogas.

Importante: tratamento requer contato pessoal (pelo menos, telefônico) com o programa de tratamento. O fato de um paciente estar “oficialmente envolvido” em um programa não é considerado, caso ele não tenha comparecido a, no mínimo, 3 sessões.

Se o paciente foi tratado por problemas de álcool e outras drogas simultaneamente, considere o tratamento em ambas categorias.

Exclua “Reeducação de Motoristas” por violações de trânsito. Faça as questões sobre álcool e outras drogas separadamente. No caso de problema duplo, tente obter o número de tratamento em cada categoria.

Tratamentos de desintoxicação

O propósito de quantificar os tratamentos de desintoxicação é determinar em que extensão o paciente tem buscado por reabilitação duradoura em comparação com uma estabilização mínima ou cuidados para uma crise aguda. Portanto, registre no item D2 o número de tratamentos que foram apenas desintoxicações e não inclua tratamentos de seguimento (follow-up).

Despesas

Esta é, primariamente, uma medida do ônus financeiro, não a quantia usada. Portanto, anote apenas o dinheiro gasto, não o valor de mercado do que foi usado (por exemplo, traficante que utiliza, porém não compra; “barman” que bebe bastante, mas não compra, etc.).

Anote “X” apenas se o paciente não é capaz de fazer uma determinação razoável.

Dias com problemas

Certifique-se de que você enfatizou que você está interessado no número de dias nos quais o paciente apresentou problemas diretamente relacionados com uso de álcool ou outras drogas (questões D21 e D46). Inclua apenas “craving” por álcool ou outras drogas, sintomas de abstinência, efeitos perturbadores devido à intoxicação por álcool ou outras drogas, ou desejo de parar sem conseguir fazê-lo. Não inclua a incapacidade do paciente em encontrar álcool ou outras drogas como um problema.

Escore do paciente

Enfatize os últimos 30 dias como o período em análise. Nos itens D23 e D48, o paciente está avaliando a necessidade específica de tratamento para abuso de substância psicoativa, não terapia em geral. Enfatize que você está falando sobre problemas por abuso de substância psicoativa no presente e não avaliando a necessidade de tratamento dos piores problemas por uso de substâncias.

Riscos para a Saúde

D52 – Codificar qualquer uso injetável (intramuscular, endovenosa, sub-cutânea, e outras). Se o entrevistado não usou drogas injetáveis nenhuma vez na vida, pule para a questão 54.

D53 – Se o paciente nunca compartilhou drogas injetáveis codifique “NN NN”. Se houve compartilhamento no último mês codifique “00 00”.

D54 – O termo “diferentes”, neste item, pode ser confuso ou repetitivo para alguns, ao passo que esclarecedor para outros. Tente garantir que o paciente não perceba isso como diferente de esposa e, portanto, garanta que ele não exclua a esposa como uma das parceiras.

D55 – Se o paciente, com toda a certeza, não fez o teste HIV, codifique “NN NN”. Se ele não está certo sobre se fez o teste HIV, codifique “XX XX”. (Tome cuidado com esse item: algumas pessoas confundem testagem de HIV com TB/PPD (para tuberculose) ou hepatite. Não presuma que ele tenha feito o teste HIV por dizer que fez teste de sangue por razões indeterminadas/não lembradas).

Jogo

D59 – Entende-se por jogos: Bingo, Loteria, corrida de cavalos, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos ou jogo ilegal de qualquer natureza. São os chamados “jogos de azar”.

D60 – Deve ser contabilizado o número de dias em que o entrevistado se envolveu em um ou mais tipos de jogos.

Legal (página 18)

L1 – Não será considerado como detenção se o entrevistado não foi até a delegacia, e apenas foi abordado por policiais ou ficou circulando em uma viatura policial.

L2 – Prisão não significa ser detido em delegacia e sim ir para o presídio. Se a resposta for “Não”, pular para L18.

L3 – Se houver dúvida quanto à idade, marcar a menor idade mencionada.

L5 – No Brasil, a palavra condenação é legalmente utilizada para maiores de 18 anos. Nessa questão, considera-se condenação todas as vezes que o entrevistado for recolhido ou enviado a centros de detenção para menores infratores.

L6 – Computar o tempo total em meses.

L7-L14 – Se a resposta for “Não” para cada item (por exemplo: L7 “Você já foi preso por porte de drogas?”), resposta: “Não”), codificar “00” para A e passar direto para o próximo item.

Roubo

Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência física à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência. Não computar Furto (não envolve violência) neste item.

L15 – Aqui, codifique “00” se dentro do último mês, mesmo que tenha havido a prisão nos últimos 30 dias. Inclui qualquer tipo de crime.

L16 – Quantificar o número de crimes cometidos que levaram à condenação.

L17 – Computar o tempo total; se for de meses, codificar “00” para anos e colocar o número de meses.

Arrestamentos: anote o número total de meses passados na prisão (independente da transgressão ter resultado em condenação), penitenciária, ou centro de detenção durante a vida do paciente a partir dos 18 anos, a menos que o paciente tenha sido detido como adulto enquanto menor de idade. Se o número for equivalente a 100 ou mais, digite “99”. Considere como um mês qualquer período de detenção maior que duas semanas.

L18 – Ler a pergunta e o exemplo. Se a resposta for “Não”, mesmo assim, seguir perguntando L19-L25.

Ordenação para admissão: anote “Sim” se algum membro do sistema de justiça criminal foi responsável pela admissão atual do paciente ou, se, de forma geral, o paciente sofrerá consequências legais indesejáveis como resultado de sua recusa ou do não término do tratamento.

L19 – Significa estar sendo investigado pela autoridade policial, a fim de apurar a prática ou participação em algum tipo de infração criminal (furto, roubo, tráfico de drogas, etc.). Essa investigação ocorre anteriormente à abertura de um processo.

L20 – A suspensão do processo ocorre mediante o cumprimento de algumas condições estabelecidas pela justiça, como por exemplo: comparecer em cartório (Fórum) mensalmente para informar endereço e atividade laboral, indenização à vítima, não sair do Estado.

L21 – Ainda não foi julgado culpado ou inocente. Pode estar aguardando o julgamento preso ou em liberdade.

L22 – São formas de suspensão da pena que resultou na privação da liberdade do condenado, por um determinado período, desde que ele preencha alguns requisitos.

Sursis

As condições para o *sursis* são: a) que o condenado não seja reincidente em crime doloso; b) que a culpabilidade, os antecedentes, a conduta social e personalidade do condenado, bem como os motivos e as circunstâncias autorizem a concessão do benefício (*Sursis*).

Livramento condicional

As condições para o livramento condicional são: a) que o condenado tenha cumprido mais de um terço da pena e não seja reincidente em crime doloso, além de ter bons antecedentes; b) que o condenado tenha cumprido mais da metade da pena se for reincidente em crime doloso; c) que o condenado tenha comportamento satisfatório durante o cumprimento da pena, bom desempenho no trabalho que lhe foi atribuído e aptidão para prover a própria subsistência mediante trabalho honesto; d) que o condenado tenha reparado, salvo efetiva impossibilidade de fazê-lo, o dano causado pela infração; e) que o condenado tenha cumprido mais de dois terços da pena, nos casos de condenação por crime hediondo, prática de tortura, tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, e terrorismo, se não for reincidente específico em crimes dessa natureza.

A violação da condicional não é implica em uma nova condenação.

L25 – MOSTRAR A ESCALA DE INTENSIDADE

Escore do paciente: não inclua nenhum problema civil (por exemplo, processo por custódia, divórcio, etc.).

Para o item L25, o paciente é avaliado pela necessidade de ser encaminhado para aconselhamento legal ou defesa contra transgressões criminais.

L26-L30 – Ler todos os itens (inclusive os exemplos abaixo) perguntando nos últimos 6 meses e nos últimos 30 dias. Se a resposta para os últimos 6 meses for “Não”, codifica-se “000” para A e passa-se direto para o próximo item.

L28f – Significa ter falsificado moeda, títulos, papéis públicos, documentos, como: a) ter falsificado selo ou sinal público; b) ter falsificado documento público ou particular; c) ter omitido ou inserido declaração falsa em documento público (falsidade ideológica); d) ter feito falso reconhecimento de firma (assinatura); e) ter atestado ou certificado falsamente (até mesmo atestado médico falso); f) ter usado documento falso. Também ter atribuído a si ou a terceira identidade falsa e possuir ou comercializar algum aparelho utilizado para falsificação.

L28g – Significa ter praticado ato de má-fé como: contrabando, clandestinidade, fraudar um concurso, etc.

L28h – Significa ter destruído bens que, por sua importância tradicional, pela antigüidade ou pela beleza, merecem respeito.

L30 – Mencionar que não entram aqui posse de droga ou uso pessoal, bem como dirigir sob influência de álcool e/ou outras drogas.

L31 – Mais uma vez, não incluir dirigir sob efeito de álcool e/ou outras drogas, bem como uso de droga e posse.

L32 – A pergunta deve ser feita para os últimos 6 meses e, em caso afirmativo, para os últimos 30 dias.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A ÁREA LEGAL

Liberdade vigiada/ Liberdade condicional

Pode ser de alguma ajuda para estimar a duração e grau de liberdade condicional separadamente.

Transgressões oficiais

Este é um registro do número e tipos de oportunidades de prisão com transgressões oficiais (não necessariamente condenações) acumuladas pelo paciente ao longo de sua vida.

Certifique-se para incluir o número total de oportunidades e não só de detenções. Estes incluem somente penas formais, não períodos em que o paciente foi apenas detido ou interrogado.

Inclua detenções que tenham ocorrido durante o serviço militar, mas não inclua aquelas que não possuam equivalência na vida civil (por exemplo, insubordinação), porém anote-as na seção de “Comentários”.

Condenações

Lembre-se que condenações incluem multas, liberdade vigiada, sentenças suspensas e sentenças que requerem aprisionamento. Condenações também incluem petições de culpa. Transgressões por violação de liberdade vigiada e/ou condicional são automaticamente consideradas como condenações.

Transgressões

Nesta categoria podem incluir aquelas que se relacionam genericamente à perturbação da ordem pública sem o cometimento de um crime em particular.

Transgressões de trânsito

São transgressões de movimentação (alta velocidade, direção imprudente, abandonar cena de acidente, etc.). Este não inclui violação de veículos, infrações de registro, estacionamento proibido, etc.

Duração da detenção

Anote “N” caso o paciente nunca tenha sido encarcerado.

Detenção

Inclua estar detido; por exemplo, detido, mas liberado no mesmo dia.

Atividades ilegais recentes com fins lucrativos

Anote o número de dias que o paciente se envolveu em crimes para lucro.

Não considere posse simples de drogas ou uso de drogas. Entretanto, inclua tráfico de drogas, prostituição, roubos, venda de objetos roubados, etc.

Família/Social (página 19)

Apesar dos problemas familiares e sociais dos usuários de substâncias psicoativas estarem entre as partes mais importantes de qualquer avaliação clínica, não há um método satisfatório (incluindo o ASI) para capturar os aspectos mais importantes das relações familiares e sociais do paciente. Nos últimos anos, entretanto, tem sido feito um trabalho substancial nesta área e três aspectos importantes da vida familiar e social têm mostrado um papel importante na determinação do tipo de tratamento a ser oferecido e na predição de resposta ao tratamento de acompanhamento.

A seção de Relacionamentos Familiares e Sociais avalia os relacionamentos de forma quantitativa e qualitativa. O ASI6 contém uma série de questões que examinam o histórico do paciente com relação à sua capacidade de estabelecer relacionamentos. Deve estar claro que o ASI nunca foi desenhado para fornecer diagnósticos psiquiátricos. Entretanto, as informações do ASI sobre tipos de drogas utilizadas, histórico de emprego e crimes e padrões de relacionamentos dos pacientes usuários de drogas pode ser útil, clinicamente, para pessoal treinado a empregá-las na realização de diagnósticos do distúrbio de personalidade anti-social, e, talvez, em outros diagnósticos.

Abuso físico, emocional e sexual

A seção Familiar/Social revisada agora contém questões sobre episódios passados e presentes de qualquer tipo de abuso ou trauma que o entrevistado possa ter sofrido ao longo da vida. Problemas de abuso são muito prevalentes em uma população usuária de substâncias psicoativas (independente do sexo ou idade dos pacientes) e, se eles forem efetivamente abordados como parte do tratamento, podem se tornar importantes determinantes dos resultados.

F1 – Se o cliente tem esposa/parceira (G12 é casado ou está vivendo como casado), F1 é codificado 1 – Sim (mesmo que o cliente declare/reclame não ser um parceiro romântico/sexual). A questão básica é a de que, se está vivendo com uma esposa/parceira, não pode ser considerado como separado (o que, no mínimo, significaria um tipo de separação geográfica). Essa questão pode se relacionar com a H11 (quem morou junto com o cliente); se o cliente morou com esposa/parceira, então F1 também é codificada 1-Sim.

Se o cliente está brigado com a esposa/parceira nos últimos 30 dias, porém teve algum contato com a esposa/parceira com cunho de retomar a relação, F1 é codificado 1-Sim. F3A a F9A podem ser codificadas 1-Sim ou 0-Não, o que dependerá da história relatada pelo sujeito. Vale perguntar para o cliente se ele considera a relação com a outra pessoa como um relacionamento amoroso.

INSTRUÇÕES GERAIS **PARA O “QUESTIONÁRIO** **DE RELACIONAMENTOS”**

F3-F9 – É particularmente importante para o entrevistador fazer uso criterioso das respostas “N” e “X” nestas questões.

Em geral, uma resposta “Sim” deve ser registrada para qualquer categoria onde pelo menos um membro da categoria familiar preenche os critérios. Por exemplo, se o paciente tem dois irmãos e tem apresentado sérios problemas com um deles e tem desenvolvido um relacionamento afetivo, íntimo com o outro, então ambos os itens F5B e F6B são codificados como “Sim”. Em contraste, uma resposta “Não” deve ser considerada apenas se todos os familiares da categoria em questão não preenchem os critérios.

Um “N” deve ser registrado para todas as categorias em que não há familiares para a categoria. Entretanto, é possível que um paciente tenha apresentado problemas sérios com o pai no passado, mas, devido à morte deste, não apresentou problemas no último mês. O código correto, neste caso, seria “sim” no período de vida e “N” nos últimos 30 dias.

Um “X” deve ser usado em qualquer situação em que o paciente simplesmente não consiga recordar ou não tenha certeza, por qualquer razão. Em geral, é preferível utilizar um “X” do que registrar uma informação possivelmente inapropriada.

Importante: uma simples resposta afirmativa não é adequada para estas questões e alguma investigação será necessária para determinar, especificamente, se houve habilidade para sentir a proximidade e responsabilidade mútua pelo relacionamento. O paciente apresenta um senso de valorização da pessoa (dentro do simples benefício próprio)? O paciente está desejando trabalhar para reter/manter estes relacionamentos?

F2 – Amigos íntimos: enfatize que você se refere a íntimo no sentido de próximo, “verdadeiro”. Não inclua membros da família ou namorado (a), que é considerado como sendo membro da família/esposo(a).

F3 – Passar tempo com: esta resposta é, geralmente, fácil de interpretar. Familiares próximos e afastados, assim como aqueles com parentesco pela lei, são incluídos na “Família” para todos os itens que se referem à “Família”.

“Amigo” pode ser considerado qualquer pessoa próxima ao paciente que não membro da família, e os problemas relacionados devem ser considerados como “Sociais”.

Escore Geral: Alguns pacientes podem considerar um(a) namorado(a) com o qual eles têm tido um longo relacionamento, como um “membro da família”. Nestes casos, essas pessoas podem ser consideradas como membros da família.

F6 – No item F6 (A, B e C), caso o paciente não tenha tido contato com a pessoa nos últimos 30 dias, deve ser registrado “N”. Como indicado acima, “N” também deve ser registrado nas categorias em que não são aplicáveis, por exemplo, no caso do paciente não ter irmãos.

F7 – Esclareça o que quer dizer discussão no item F7. Explique que conflitos requerem contatos (mesmo que telefônicos) e enfatize que você está falando sobre conflitos sérios (por exemplo, sérias discussões, agressão verbal), não simplesmente de diferenças de opiniões rotineiras. Estes conflitos devem ser de tal magnitude que prejudiquem o relacionamento do paciente com a pessoa envolvida.

F8 – Uso de substância psicoativa no ambiente familiar: os itens F8 (A, B e C) avaliam se o paciente retornará ou não para uma situação de vida livre de álcool e outras drogas. Esta questão é vista como uma medida da integridade e do suporte do ambiente familiar e não se refere à vizinhança na qual o paciente reside. O ambiente familiar em questão é aquele no qual o paciente reside no momento (no caso da maioria dos serviços ambulatoriais de tratamento) ou o ambiente para o qual o paciente espera retornar após o tratamento.

F13 – Satisfação: uma resposta de “satisfação” em F13 deve indicar que o paciente, de uma forma geral, gosta da situação, e não que ele esteja meramente conformado com ela.

F14/F15 – Problemas de relacionamento: os itens F14 e F15 referem-se a problemas sérios, de duração e intensidade suficientes para prejudicar o relacionamento. Estes problemas incluem má comunicação extrema, completa falta de confiança ou entendimento, inimizade, discussões crônicas.

Escore geral: nesta seção, mais do que em qualquer outra, há dificuldades em determinar se o problema do relacionamento é conseqüente a problemas intrínsecos ou de efeitos de álcool e outras drogas. De forma geral, deve ser perguntado ao paciente se ele acredita ou não que “o problema com álcool ou outras drogas estava ausente”, caso exista algum problema de relacionamento. Esta é, geralmente, uma questão que requer algumas perguntas extras, porém o intuito destes itens é avaliar os problemas de relacionamento herdados mais do que a extensão da influência de álcool ou outras drogas nos relacionamentos.

Escores do paciente: estes se referem a qualquer insatisfação, conflito ou outro problema de relacionamento relatados na seção Familiar/Social.

Não inclua a necessidade do paciente em buscar tratamento para problemas sociais como solidão, inabilidade de socialização, e insatisfação com amigos.

Não inclua problemas que seriam eliminados se o problema de abuso que o paciente apresenta não existisse.

Para o item F15, tenha certeza de que o paciente está ciente de que ele não está avaliando se sua família concorda ou não em participar, mas sim, quanto ele necessita de aconselhamento para os problemas familiares, em qualquer forma.

F17 – A resposta é válida para o sujeito sem estar sob efeito de substância.

F19 – qualquer tipo de envolvimento religioso, conta como “religião”. Ex Santo Daime.

Trauma/Abuso

F23-37 – Estes itens foram acrescentados para acessar quais os aspectos da vida familiar precoce que podem ser importantes para estes pacientes (perguntas sobre período de vida) e para avaliar perigos no ambiente recente e, possivelmente, futuro (respostas sobre os últimos 30 dias). É importante fazer estas perguntas de modo a confortar o paciente, enfatizando a confidencialidade das informações e as oportunidades para o paciente abordá-las nas sessões subsequentes de tratamento com o profissional adequado.

Abuso emocional será codificado, geralmente, de acordo com o relato do paciente e é entendido que será difícil julgar se o abuso “real” relatado (ou a falta dele) seria assim considerado, ou não, por outra pessoa. Nenhuma tentativa deve ser feita neste sentido, uma vez que a intenção aqui é registrar o julgamento do paciente.

Abuso físico deve seguir as mesmas instruções gerais do abuso emocional. Cabe lembrar que simples palmadas ou outras punições não devem ser consideradas como abuso, a menos que tenham sido (ao ver do paciente) exageradas e desnecessárias.

Abuso sexual não se restringe à relação sexual, devendo ser considerado como tal quando o paciente referir qualquer tipo de abordagem de natureza sexual não desejada.

De modo geral, não conte duas vezes um incidente/evento traumático. Pode haver exceções, mas essa é a regra geral. No entanto, se o paciente sofreu abuso sexual e abuso físico pelo mesmo autor, mas foram incidentes/eventos diferentes, ambos devem ser codificados. Para F35, traumas como ter visto cadáveres (por exemplo, um atendente da emergência, ou veterano de guerra que tenha feito identificação de corpos) também contam mesmo que o cliente não tenha corrido risco de vida.

F38 e F39 – Relembre ao paciente quais são os eventos a que se refere esta seção: qualquer tipo de abuso que tenha sofrido, inclusive sexual e traumas (situações de risco de vida que o entrevistado tenha enfrentado de crime violento na posição da própria vítima ou numa posição passiva de assistir alguém sendo vítima de um crime violento).

Filhos ou qualquer criança vivendo com o cliente

F41 – Codifique a idade atual. Não arredonde para cima: se um filho tem < 1 ano, codifique 00 para idade.

Os enteados não adotados legalmente não são considerados como filhos.

F43 – Os filhos podem estar sob a guarda de parentes por determinação judicial. Isso conta aqui neste item.

Nota após F44/F45 – O tema chave é: sem crianças nos últimos 30 dias. Nenhum dos itens precisa ser codificado 00, porque pode realmente ser que F44 deva ser pulado/00 e F45 é 00. Incluir qualquer parente menor de 18 anos, inclusive irmãos.

F46/F47 – Estes são itens contingentes. Se não houver problemas (F46), então pode não haver necessidade de assistência profissional (F47). Não existe um padrão de pulo, então os dois itens podem servir para conferência mútua. Exemplo: se F46 é 00, então fale de outro jeito e pergunte F47 – se F47 recebe uma resposta diferente de 0-Não, então esclareça ambos F46/47. Se houver contradição nas respostas do cliente, esclareça o caso.

F47 – Relembre o cliente sobre quais os problemas a que se refere esta questão: afastamento de filhos, ou de qualquer outra criança, por decisão judicial, processo de guarda da criança, problemas de saúde, de comportamento ou de aprendizado de algum filho ou de alguma criança que tenha morado com o sujeito, etc.

Psiquiátrico (página 21)

Esta seção tem o objetivo de identificar sintomas de alguma doença psiquiátrica grave que o cliente possa ter por um período de tempo significativo (pelo menos 2 semanas). Os problemas psicológicos/psiquiátricos relatados se referem aos transtornos mentais descritos pelo DSM-IV-TR: transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência; esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; transtornos do humor, transtornos de ansiedade; transtornos alimentares; transtornos do controle dos impulsos; etc.

P2 – Medicação: deve ter sido prescrita por um médico para um problema emocional ou psiquiátrico. Registre “Sim” caso tenha sido prescrita medicação, mesmo que o paciente não tenha tomado.

P4/P5 – Atendimento psiquiátrico inclui avaliações, atendimento individual/terapia de grupo/sessões de aconselhamento, bem como monitorização de medicação psiquiátrica, etc. O foco deve ser o problema psicológico.

P8 – Este item não deve ser considerado como um problema emocional ou psicológico para os itens P18-P21. Se for preciso, o cliente pode ser informado disso. A nota após o item 17 deve ser lida exatamente como se encontra: “Se todas P9-P17 são 0-Não, isto é, sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pular para P21”.

P8/P17 – Estas questões podem ser perguntadas como se encontram. Para muitas perguntas (P9, P10, P13, P14) as palavras entre parênteses são para a duração de uma vida toda (coluna A). No caso de P9 e P10, a questão pode ser lida como está escrita, incluindo as palavras em parênteses para a duração da vida toda. Para os últimos 30 dias, excluir as palavras entre parênteses e falar “em qualquer período”.

Também para P8-17, se o cliente responder “Sim”, a menos que o cliente responda oferecendo informações suficientes, isto deve ser seguido de algo tipo “Você se sentiu desse jeito somente quando estava “alto” ou numa recaída, ou em outros momentos também?”. Codificar apropriadamente, com base nas informações ou na investigação.

P9/P17 – Refere-se aos dias em que o cliente experimentou problemas psiquiátricos.

P9 – Depressão: sugerida por tristeza, desesperança, perda significativa de interesse falta de energia, dificuldade com funções diárias, culpa, “crises de choro”, entre outros sintomas característicos da síndrome depressiva.

P10 – Ansiedade: sugerida por tensão, nervosismo, incapacidade de relaxar, preocupado sem razão ou com trivialidades, entre outros.

P11 – Delírios: pensamentos que não condizem com a realidade, como ter certeza de que o estão perseguindo, sem nenhum dado concreto. Alucinações: explicar ao paciente o que são alucinações. Por exemplo, perguntar se o paciente viu coisas ou ouviu vozes que não estavam lá ou que outras pessoas não viram ou ouviram.

P12 – Problemas cognitivos: sugeridos por séria dificuldade em se concentrar, lembrar e/ou compreender.

P13 – Dificuldade de controle (ou perda de controle): raiva ou violência.

P14 – As ameaças a outrem, a partir de um determinado ponto, podem configurar violência física, contando aqui neste item. Se o respondente ameaçou alguém com uma arma, isto deve ser codificado aqui e L-29 – “ameaçou ou agrediu” e L-29d devem ser codificados devidamente (se o período se encaixa). Ameaças que envolvem intimidação física devem ser contadas em ambos os itens. Por exemplo: bloquear a saída de um local e gritar com alguém; perseguir alguém para machucá-lo.

Ameaças meramente verbais, até uma certa intensidade, devem ser codificadas no L29c, mas não devem ser codificadas no P14 (e podem acabar sendo codificadas no P13).

P15 – Pensamentos suicidas: períodos em que o paciente considerou seriamente um plano para tirar sua vida.

P16 – Tentativas de suicídio: incluem atitudes ou tentativas suicidas discretas. Importante: pergunte ao paciente se ele/ela tem considerado suicídio recentemente. Se a resposta a essa questão é “Sim”, e/ou o paciente dá a impressão distinta de estar deprimido e que o suicídio talvez se torne uma possibilidade, notifique um membro da equipe de tratamento a respeito desta situação assim que possível.

P20/P21 – Escores do paciente: faça com que o paciente dê escore para a gravidade daqueles problemas nos últimos 30 dias. No item P21, certifique-se de que o paciente compreenda que você não necessariamente quer dizer transferência para uma enfermaria psiquiátrica, ou medicação psicotrópica.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A SEÇÃO PSIQUIÁTRICA

TRATAMENTOS

Aqui se inclui qualquer tipo de tratamento para qualquer tipo de problema psiquiátrico. Isto não inclui aconselhamento para abuso de substâncias, emprego ou familiar. A unidade de medida é um episódio de tratamento (geralmente uma série mais ou menos contínua de visitas ou dias

de tratamento), não o número de visitas ou dias de tratamento em si.

Se o paciente está ciente de seu diagnóstico, registre isto na seção de comentários.

Pensão

Pensões para problemas físicos do sistema nervoso (p. ex., epilepsia, etc.) devem ser contados no item M18 na Seção Médica, não aqui.

Sintomas psiquiátricos

Os itens considerados ao longo da vida, P8 C a P17C se referem a sintomas psiquiátricos graves por um período de tempo significativo (pelo menos 2 semanas). Portanto, os itens referentes à depressão, ansiedade e concentração (itens P9, P10 e P12) estão avaliando períodos de transtorno significativos, não simplesmente um dia.

Certifique-se de que o paciente entenda que está se querendo que ele consiga diferenciar se estes sintomas ocorreram apenas em momentos em que estava sob efeitos diretos do álcool, outras drogas ou abstinência (código 2) ou também fora destas circunstâncias (1). Tem sido nossa experiência que o paciente quase sempre conseguirá diferenciar um período sustentado de problemas emocionais de um efeito induzido por droga ou álcool. Conseqüentemente, em situações em que existem dúvidas, o paciente deve ser questionado direta e geralmente sobre sua percepção dos sintomas ou problemas.

Geralmente, relatos de tentativas recentes de suicídio ou pensamentos devem chamar a atenção do supervisor da equipe de tratamento assim que possível, mesmo que isto viole as normas comuns de confidencialidade.

Importante: compreenda que os “últimos 30 Dias” e os intervalos “Ao Longo da Vida” são desenhados para serem considerados separadamente. Os últimos 30 dias fornecerão informações sobre problemas recentes enquanto ao longo da vida indicará problemas ou uma história de problemas anterior aos últimos 30 dias.

É recomendado que o entrevistador pergunte a questão ao longo da vida para cada par, primeiro. Por exemplo, “Você já teve um período significativo em sua vida, vamos dizer, aproximadamente duas semanas ou mais, em que você tenha experimentado depressão grave?” Independentemente da resposta, o entrevistador deve perguntar sobre os últimos 30 dias. Por exemplo: “E mais recentemente? Você experimentou depressão severa nos últimos 30 dias?”.

ASSUNTOS VARIADOS QUE APARECEM NAS SEÇÕES

Unidade de atendimento para tratamento de comorbidades psiquiátricas

Não devemos contar duas vezes. Uma unidade que trate tanto os transtornos por uso de substâncias conta como um tratamento de abuso de substância. As sessões psiquiátricas de

uma unidade que trate ambas as doenças não contam como sessões psiquiátricas ambulatoriais no ASI6. No entanto, medicação psiquiátrica prescrita em uma unidade desse tipo conta como medicação psiquiátrica. Desta forma, mesmo que pareça contraditório, um cliente pode ter recebido medicação psiquiátrica, tendo uma idade de primeiro tratamento psiquiátrico, apesar dos itens de internação psiquiátrica e de consultas psiquiátricas ambulatoriais serem codificados 0.

Medicação para dormir

A menos que prescrito rotineiramente para recaída, é codificado como medicação psiquiátrica. Remédios para dormir são prescritos freqüentemente na internação (médica, psiquiátrica ou de álcool e outras drogas) e, algumas vezes, para recaídas em tratamento de álcool e outras drogas. Quando prescritos para recaída, os remédios para dormir podem ser codificados em medicação para álcool e outras drogas. Caso prescritos rotineiramente, mas não para recaída ou sintomas psiquiátricos (como ansiedade, depressão), devem ser contados na seção psiquiátrica.

Consultas ambulatoriais (médicas, para álcool e outras drogas, psiquiátricas)

Regra geral – se há visitas, sessões ou consultas para problemas médicos, de álcool e outras drogas, ou problemas psiquiátricos em um paciente internado ou detento, estes serviços não são contados como consultas de atendimento ambulatorial. Por exemplo, visitas a um médico na prisão não contam como consultas ambulatoriais nos últimos 6 meses/30 dias. Um outro exemplo: visitas psiquiátricas de um interno da unidade de álcool e outras drogas não contam como visitas/sessões psiquiátricas durante a vida toda/nos últimos 6 meses/nos últimos 30 dias. Uma outra situação é a da pessoa que recebe tratamento para álcool e outras drogas enquanto presa (às vezes, tem unidade separada de tratamento de álcool e outras drogas dentro da própria prisão). Este tipo de tratamento conta como episódio de tratamento na seção de álcool e outras drogas. Se esse tratamento é recente, quer dizer, nos últimos 6 meses, aparece zero dias de internação ou consultas ambulatoriais de álcool e outras drogas, porque isso é computado como dias na prisão (apesar de grupos de auto-ajuda serem codificados).

CHECAGEM DOS ERROS DE PREENCHIMENTO E INCONSISTÊNCIAS DO ASI

O ASI funciona melhor quando checado regularmente para maior precisão, consistência e completude. A pessoa encarregada de checar o ASI deve ter tido experiência prévia como entrevistador, estando familiarizado com as relações entre os itens dentro de uma mesma seção e através de diferentes seções.

O ideal é que as entrevistas sejam checadas o mais breve possível após seu término, para que a memória do entrevistador esteja fresca para solucionar dúvidas. O máximo de tempo para checagem deve ser de uma semana.

Em primeiro lugar, deve-se verificar se o instrumento está completamente preenchido e sem erros de codificação; em segundo, se há consistência entre os itens que se relacionam. Inconsistências aparentes devem ter sido registradas na forma de comentários pelo entrevistador, sob pena de ser considerado incompleto o instrumento, caso isso não tenha sido feito. As alterações de informações devem ser feitas sempre consultando o entrevistador.

Aquele que estiver fazendo a checagem, ao encontrar questões inconsistentes, deve contatar o entrevistador. Caso este último não se lembre da situação, este deve contatar o paciente para esclarecê-la. Se o entrevistador não conseguir fazer contato com o paciente, o responsável pela checagem deve anular as questões inconsistentes.

ITENS PARA CHECAGEM CRUZADA DA ACURÁCIA DA ENTREVISTA

1. O estado conjugal referido em G12 deve se manter o mesmo ao longo de todo o instrumento. Se o paciente é casado ou vive como casado, deve aparecer em H (Habitação/Moradia) que vive com parceira. Em E (Emprego/Sustento), isso pode constar como ajuda no sustento; em F1 (Família/Social) também deve ser relatado relacionamento amoroso nos últimos 30 dias.
2. Em H, dependendo de com quem o paciente morou nos últimos 30 dias (filhos, outras crianças), isso deve aparecer em F. Se o paciente conta na página 10, na seção de Moradia que esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias, certifique-se de que esta informação está refletida na área apropriada do ASI (p.ex., se o paciente esteve na prisão, isto estaria refletido na seção Legal; se no hospital – na seção Médica, etc.).
3. Se o paciente relata em H que esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias, certifique-se de que esta informação está descrita na área apropriada do ASI (p. ex., se o paciente esteve na prisão, isto estaria descrito na seção Legal; se no hospital – na seção Médica, etc.).
4. Se em H foi reportado que o paciente esteve em ambiente controlado no último mês e, no entanto, há registro de que usou diariamente álcool ou outras drogas, verificar se isso está correto e, em caso afirmativo, registrar isso na forma de comentário. Vale lembrar que mesmo em ambientes controlados é possível que ocorra o uso de álcool ou outras drogas. O número de dias que o paciente esteve em ambiente controlado deve ser levado em conta através

de toda a entrevista. Por exemplo, se o paciente passou 10 dias na prisão nos últimos 30 dias, deve haver 20 dias de abuso de substância nos últimos 30 dias, exceto se o paciente usou drogas durante seu encarceramento. Se o tempo de uso de substância englobar o tempo de estadia em ambiente controlado, investigar isso com o paciente e, se isso estiver correto, registrar como comentário.

5. Se o paciente conta na seção Médica que recebe uma pensão, certifique-se de que você anotou a quantidade de dinheiro que ele ganha por mês na seção Emprego/Sustento (item E25). O paciente pode ter complicações médicas que, se existentes, devem aparecer em M.

6. O paciente relatou problemas médicos nos últimos 30 dias e diz não estar incomodado com esses problemas ou achando que precisa tratá-los. Verificar com o paciente se é assim mesmo e, em caso afirmativo, registrar comentário.

7. O paciente não referiu problemas clínicos nos últimos 30 dias, mas disse estar incomodado com a saúde ou precisando de tratamento médico. Verificar isso, voltando a M20 (quantos dias apresentou problemas clínicos) e investigando quantos dias pode ter se sentido de fato incomodado com problemas de saúde. Se a resposta do paciente permanecer a mesma, escrever comentário.

8. O item referente a quantas vezes o paciente foi hospitalizado pode oferecer informações sobre: a) problemas médicos crônicos; b) overdoses; c) acidentes de carro (que podem aparecer em L – dirigir intoxicado); d) abuso de substâncias (dor no peito devido ao uso de cocaína, danos aos órgãos causados pelo uso de álcool, problema no pulmão acarretado pelo cigarro); e) incapacidade que tenha resultado em pensão (deveria constar na área médica e em emprego/sustento); f) comportamento violento (deveria constar na área legal – agressões, conduta desordeira; na área família/social – problemas de relacionamento; na área psiquiátrica – ansiedade, comportamento violento).

9. Cheque a idade do paciente, contra o número de anos que ele/ela vem usando álcool ou outras drogas regularmente, e contra o número de anos que ele/ela esteve preso. Compare o total de anos de uso regular de substâncias relatadas (itens D8 e D37) e o número total de anos de prisão (itens L6 e L17) para ver se o paciente tem idade suficiente para ter usado as substâncias pelo tempo relatado. Se isto parece improvável, uma pergunta adicional pode ser: “Você usou álcool ou outra droga regularmente enquanto esteve encarcerado?”.

10. O paciente não acha que o álcool é um problema para o qual precisa de tratamento. No entanto, consumiu álcool 15 dias no último mês. Revisar isso com ele e se mantiver a posição negativa, anotar comentário.

11. O tempo de uso de álcool e outras drogas não pode conflitar com o tempo de abstinência.

12. Se o paciente consumiu álcool ou outras drogas, mas não gastou dinheiro com esses itens, conferir com ele. Caso isso seja verdade, escrever comentário.

13. Se o paciente teve problemas com álcool nos últimos 30 dias e não está incomodado com esses problemas, ou não reconhece a necessidade de tratamento, conferir isso com ele. Se for mesmo o caso, escrever comentário.

14. O paciente relatou não ter tido problemas com álcool nos últimos 30 dias, mas diz estar incomodado com problemas com álcool ou precisar de tratamento para esses problemas. Volte ao D21 e pergunte novamente o número de dias que se sentiu incomodado com problemas com álcool.

15. Informações sobre rota de administração das substâncias deveriam resultar em registros na área médica como HIV, hepatite, problemas nasais, complicações respiratórias.

16. Se um paciente conta que gastou muito dinheiro com álcool ou outras drogas (seção Álcool e outras Drogas, item D16), verifique a seção Emprego/Sustento (itens E18, E20 e E25 a E30) para ver se o paciente relatou renda suficiente para cobrir o valor gasto. Se a renda do paciente for menor do que o gasto com álcool ou outras drogas, verificar se houve atividades ilegais para posteriormente codificar na área legal e registrar isso na forma de comentário.

17. Às vezes, pacientes informarão na seção Álcool e outras Drogas (item D1) sobre uma overdose que necessitou de hospitalização, que eles esqueceram de contar na seção Médica. Volte e esclareça os itens M25 e M26 na seção Médica.

18. Períodos de abstinência podem fornecer informações importantes sobre tratamentos de álcool ou outras drogas ou psiquiátricos.

19. O paciente diz em L21 estar aguardando sentença ou julgamento. A infração que ocasionou tal situação tem que constar na listagem L7-L14.

20. As infrações cometidas podem aparecer na seção família/social como problemas de relacionamento e na área psiquiátrica como comportamento violento.

21. Se o paciente admite se engajar em atividades ilegais por lucro na seção Legal verifique a seção Emprego/Sustento (item E29) para certificar-se de que você anotou a quantidade de dinheiro que ele ganhou ilegalmente no mês passado. Se a atividade ilegal não resultou em renda, isso deve aparecer na forma de comentários.

22. Às vezes, um paciente admitirá estar vivendo atualmente com alguém na seção Familiar/Social, entretanto pode não ter informado sobre isto na seção Emprego/Sustento. Algumas perguntas que você pode querer fazer são: “Esta pessoa trabalha?”, “Esta pessoa ajuda a pagar as contas?” (itens E28, E30 e E31). Se o paciente de fato lhe conta sua situação de vida atual, na seção Familiar/Social (item F1), cheque também se essa informação se correlaciona com o item G12.

**DICAS PARA AS ENTREVISTAS
DE SEGUIMENTO (FOLLOW-UP)
– AINDA EM DEFINIÇÃO**

23. O paciente teve conflitos familiares nos últimos 30 dias, mas não se sente incomodado ou reconhecendo precisar de tratamento para esses problemas. Verificar isso com ele e, se for assim mesmo, redigir um comentário.

24. O paciente nunca foi tratado para problemas psiquiátricos e, no entanto, tem medicação psiquiátrica prescrita. Verificar se está correto.

25. O paciente nunca foi tratado para problemas psiquiátricos, mas já tentou suicídio. É possível que tenha passado por um tratamento após essa tentativa de suicídio. Revisar isso com o paciente.

26. Se o paciente conta a respeito de uma pensão psiquiátrica na seção Psiquiátrica (item P7), cheque a seção Emprego/Sustento (item E25A) para se certificar de que você anotou a quantidade de dinheiro recebido no mês passado pela doença.

27. O paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias em P18, mas aparecem anteriormente problemas psiquiátricos de P8 a P17. Revise isso com o paciente.

28. O paciente teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, mas não está incomodado com esses problemas e não acha que precisa de tratamento. Revisar isso com ele e, se a contradição persistir, anotar comentário.

29. O paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, mas afirmou sentir-se incomodado com problemas psiquiátricos ou precisar de tratamento. Revisar isso, voltando ao P18.

30. O paciente tem comportamento violento em P13 e P14. Isso deveria constar em L (Legal) na forma de ameaças ou agressões, ou em F (Família/Social), como conflitos com outras pessoas.

31. Se o paciente teve medicação psiquiátrica prescrita em P (Psiquiátrica) e abusa desta medicação, isso deve constar em D (álcool ou outras drogas).

Importante: ****Cheque se a entrevista completa faz sentido.****

Diferem das avaliações iniciais de muitas maneiras

1. Somente uma parte dos itens é aplicada e usada.
2. Conseqüentemente, as entrevistas de follow-up são mais breves, duram de 15 a 20 minutos.
3. Você pode obter boa informação fazendo os seguimentos até mesmo por telefone.
4. Somente os itens circundados são usados na entrevista de follow-up.
5. Itens com asteriscos precisam ser refeitos para registrar dados cumulativos desde a época da última entrevista.
6. Questões ao longo da vida não são perguntadas nos itens 1-13 da D/A, itens 11-19 da F/S, ou itens 3-10 da seção psiquiátrica.
7. Como alcançar altas taxas de seguimento:

A – Informe o paciente na entrevista inicial que a avaliação de follow-up será realizada x meses mais tarde.

B – Anote nomes, endereços e números de telefone de mais de um membro familiar e/ou amigos. Certifique-se de que são endereços e números diferentes. Cheque estes números e endereços imediatamente, enquanto o paciente está em tratamento.

C – Colete informações sobre outras pessoas com as quais o paciente está envolvido, como Oficial de Condicional, outras Agências de Tratamento, etc.

D – Garanta confidencialidade – um número de telefone não revelado para o paciente chamar quando você deixar mensagens para ele. Além disso, faça o paciente saber que as referências não serão questionadas em relação ao estado do paciente, mas somente serão usadas para localizá-lo.

E – Tenha registros detalhados de todas as tentativas de follow-up, inclusive horários tentados e os resultados. Isto ajuda a reduzir perda de tentativas e ajuda a ampliar esforços.

F – Também é possível enviar uma carta não reveladora, mas personalizada, afirmando horários nos quais o paciente possa contatá-lo ou para que ele possa enviar informações de quando você pode contatá-lo. **Obs.:** Certifique-se de que as pessoas que realizam os seguimento não estejam envolvidas no tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alterman AI, Brown LS, Zaballero A, McKay JR. Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look. *Drug Alcohol Depend* 1994 Feb;34(3):201-9.
- (2) Alterman AI, McDermott PA, Cook TG, Cacciola JS, McKay JR, McLellan AT, et al. Generalizability of the clinical dimensions of the Addiction Severity Index to nonopioid-dependent patients. *Psychol Addict Behav* 2000 Sep;14(3):287-94.
- (3) Alterman AI, Mulvaney FD, Cacciola JS, Cnaan A, McDermott PA, Brown LS, Jr. The validity of the interviewer severity ratings in groups of ASI interviewers with varying training. *Addiction* 2001 Sep;96(9):1297-305.
- (4) Alterman AI, Bovasso GB, Cacciola JS, McDermott PA. A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. *Psychol Addict Behav* 2001 Jun;15(2):159-62.
- (5) Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins DJ. Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *J Nerv Ment Dis* 1997 Mar;185(3):159-65.
- (6) Argeriou M, McCarty D, Mulvey K, Daley M. Use of the Addiction Severity Index with homeless substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1994 Jul;11(4):359-65.
- (7) Brown LS, Jr., Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, Zaballero AR. Addiction Severity Index scores of four racial/ethnic and gender groups of methadone maintenance patients. *J Subst Abuse* 1993;5(3):269-79.
- (8) Brown TG, Seraganian P, Shields N. Subjective appraisal of problem severity and the ASI: secondary data or second opinion? *Addiction Severity Index. J Psychoactive Drugs* 1999 Oct;31(4):445-9.
- (9) Cacciola JS, Alterman AI, Fureman I, Parikh GA, Rutherford MJ. The use of case vignettes for Addiction Severity Index training. *J Subst Abuse Treat* 1997 Sep;14(5):439-43.
- (10) Cacciola JS, Alterman AI, O'Brien CP, McLellan AT. The Addiction Severity Index in clinical efficacy trials of medications for cocaine dependence. *NIDA Res Monogr* 1997;175:182-91.
- (11) Cacciola JS, Alterman AI, McLellan AT, Lin YT, Lynch KG. Initial evidence for the reliability and validity of a "Lite" version of the Addiction Severity Index. *Drug Alcohol Depend* 2006 Oct 10.
- (12) Calsyn DA, Saxon AJ, Bush KR, Howell DN, Baer JS, Sloan KL, et al. The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug Alcohol Depend* 2004 Nov 11;76(2):165-71.
- (13) Campbell WG. Evaluation of a residential program using the Addiction Severity Index and stages of change. *J Addict Dis* 1997;16(2):27-39.
- (14) Carise D, McLellan AT, Cacciola J, Love M, Cook T, Bovasso G, et al. Suggested specifications for a standardized Addiction Severity Index database. *J Subst Abuse Treat* 2001 Apr;20(3):239-44.
- (15) Currie SR, El-Guebaly N, Coulson R, Hodgins D, Mansley C. Factor validation of the addiction severity index scale structure in persons with concurrent disorders. *Psychol Assess* 2004 Sep;16(3):326-9.
- (16) Daeppen JB, Burnand B, Schnyder C, Bonjour M, Pecoud A, Yersin B. Validation of the Addiction Severity Index in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 1996 Nov;57(6):585-90.
- (17) DeJong CA, Willems JC, Schippers GM, Hendriks VM. The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch alcoholic population. *Int J Addict* 1995 Apr;30(5):605-16.
- (18) Esquivel LES, Corrales KA. Adaptación y validez del índice de gravedad de la adicción en un grupo de población costarricense. *Bol of Sanit Panam* 1989;107(6):561-7.
- (19) Fureman I, McLellan AT, Alterman A. Training for and maintaining interviewer consistency with the ASI. *J Subst Abuse Treat* 1994 May;11(3):233-7.
- (20) Gerevich J, Bacskai E, Ko J, Rozsa S. Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology* 2005 Nov;38(6):301-9.
- (21) Grissom GR, Bragg A. Addiction Severity Index: experience in the field. *Int J Addict* 1991 Jan;26(1):55-64.
- (22) Hendriks VM, Kaplan CD, van LJ, Geerlings P. The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *J Subst Abuse Treat* 1989;6(2):133-41.
- (23) Hodgins DC, El-Guebaly N. More data on the Addiction Severity Index. Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *J Nerv Ment Dis* 1992 Mar;180(3):197-201.
- (24) Joyner LM, Wright JD, Devine JA. Reliability and validity of the addiction severity index among homeless substance misusers. *Subst Use Misuse* 1996 May;31(6):729-51.
- (25) Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. Concurrent validity of the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 1983 Oct;171(10):606-10.
- (26) Krenz S, Dieckmann S, Favrat B, Spagnoli J, Leutwyler J, Schnyder C, et al. French version of the addiction severity index (5th Edition): validity and reliability among Swiss opiate-dependent patients. French validation of the Addiction Severity Index. *Eur Addict Res* 2004;10(4):173-9.

- (27) Langeland W, van den BW, Draijer N, Hartgers C. Sensitivity of the Addiction Severity Index physical and sexual assault items: preliminary findings on gender differences. *Eur Addict Res* 2001 Dec;7(4):193-7.
- (28) Langeland W, Draijer N, van den BW. Assessment of lifetime physical and sexual abuse in treated alcoholics. Validity of the Addiction Severity Index. *Addict Behav* 2003 Jul;28(5):871-81.
- (29) Leonhard C, Mulvey K, Gastfriend DR, Shwartz M. The Addiction Severity Index: a field study of internal consistency and validity. *J Subst Abuse Treat* 2000 Mar;18(2):129-35.
- (30) Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict* 1991 Aug;86(8):1017-28.
- (31) Makela K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction* 2004 Apr;99(4):398-410.
- (32) Makela K. Commentaries on Mäkelä. 2004. Ref Type: Personal Communication
- (33) Martin C, Grabot D, Auriacombe M, Brisseau S, Daulouede JP, Tignol J. [Descriptive studies of the use of the Addiction Severity Index in France]. *Encephale* 1996 Sep;22(5):359-63.
- (34) McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980 Jan;168(1):26-33.
- (35) McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Barr HL, Evans F. The addiction severity index in three different populations. *NIDA Res Monogr* 1984;55:217-23.
- (36) McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, et al. New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985 Jul;173(7):412-23.
- (37) McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1992;9(3):199-213.
- (38) McLellan AT. Addiction Severity Index. In: Hersen M, Belack AS, editors. *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: Pergamon; 1988.
- (39) Najavits LM, Weiss RD, Reif S, Gastfriend DR, Siqueland L, Barber JP, et al. The Addiction Severity Index as a screen for trauma and posttraumatic stress disorder. *J Stud Alcohol* 1998 Jan;59(1):56-62.
- (40) Petry NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 2003 Jun;191(6):399-407.
- (41) Reelick NF, Wierdsma AI. The Addiction Severity Index as a predictor of the use of mental health care. *Psychol Addict Behav* 2006 Jun;20(2):214-8.
- (42) Rikoon SH, Cacciola JS, Carise D, Alterman AI, McLellan AT. Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *J Subst Abuse Treat* 2006 Jul;31(1):17-24.
- (43) Rogalski CJ. Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample. *Int J Addict* 1987 Oct;22(10):981-92.
- (44) Rogalski CJ. The Addiction Severity Index: predicting relationship to a hospital and a professional. *Int J Addict* 1990 Feb;25(2):179-93.
- (45) Rosen CS, Henson BR, Finney JW, Moos RH. Consistency of self-administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores. *Addiction* 2000 Mar;95(3):419-25.
- (46) Sandi Esquivel LE, Avila CK. Validity of the Addiction Severity Index (adapted version) in a Costa Rican population group. *Bull Pan Am Health Organ* 1990;24(1):70-6.
- (47) Scheurich A, Muller MJ, Wetzel H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, et al. Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *J Stud Alcohol* 2000 Nov;61(6):916-9.
- (48) Senoo E, Ogai Y, Haraguchi A, Kondo A, Ishibashi Y, Umeno M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2006 Aug;41(4):368-79.
- (49) Spear SE, Brown AH, Rawson RA. "Painting a picture of the client": implementing the Addiction Severity Index in community treatment programs. *J Subst Abuse Treat* 2005 Dec;29(4):277-82.
- (50) Stoffelmayr BE, Mavis BE, Kasim RM. The longitudinal stability of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1994 Jul;11(4):373-8.
- (51) Thomas MA, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The addiction severity index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 2006 Mar;15(2):113-24.
- (52) Tremereau F, Darreya A, Khidichian F, Weibel H, Kempf M, Greth P, et al. [The impact of substitution treatment by methadone among opiate-dependent subjects evaluated by Addiction Severity Index and by urine tests]. *Encephale* 2002 Sep;28(5 Pt 1):448-53.
- (53) Weisner C, McLellan AT, Hunkeler EM. Addiction severity index data from general membership and treatment samples of HMO members. One case of norming the ASI. *J Subst Abuse Treat* 2000 Sep;19(2):103-9.
- (54) Wertz JS, Cleaveland BL, Stephens RS. Problems in the application of the Addiction Severity Index (ASI) in rural substance abuse services. *J Subst Abuse* 1995;7(2):175-88.
- (55) Zanis DA, McLellan AT, Cnaan RA, Randall M. Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *J Subst Abuse Treat* 1994 Nov;11(6):541-8.
- (56) Zanis DA, McLellan AT, Corse S. Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? *Community Ment Health J* 1997 Jun;33(3):213-27.