

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Miriam Almeida Nahas

**USO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE PORTADORES
DE TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL:
UM ESTUDO MULTICÊNTRICO NACIONAL**

Belo Horizonte

2015

Miriam Almeida Nahas

**USO DE DROGAS ILÍCITAS ENTRE PORTADORES
DE TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL:
UM ESTUDO MULTICÊNTRICO NACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Ana Paula Souto Melo

Co-orientador: Mark Drew Crosland Guimarães

Belo Horizonte

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof.^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenadora

Prof.^a Ada Ávila Assunção

Colegiado

Prof.^a Ada Ávila Assunção

Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Prof.^a Mariângela Leal Cherchiglia

Flávia Soares Peres

Aos pacientes que a mim confiaram suas histórias e me ensinaram sobre a vida.

“Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem o perigo de ódio, se a gente tem amor.

Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.”

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Ana Paula Souto Melo, meus maiores e sinceros agradecimentos, por orientar meu trabalho de forma presente, exigente e afetuosa. Um exemplo de equilíbrio entre a necessária exigência acadêmica e o precioso suporte na construção de um novo trabalho.

Ao Prof. Mark Drew Crosland Guimarães, por me apresentar o Projeto PESSOAS, pelas orientações decisivas ao longo do trabalho e por incentivar a dar sempre mais um passo a caminho do conhecimento.

À Prof.^a Luana Giatti, pela leitura dedicada do estudo e contribuições na qualificação.

Aos professores Milton Wainberg, Francine Cournos e Karen McKinnon pela disponibilidade e colaboração na elaboração do artigo científico.

Ao Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Serviços de Saúde (GPEAS) da Faculdade de Medicina/UFMG e a todos que construíram e realizaram o Projeto PESSOAS, permitindo a realização deste trabalho.

Ao CERSAM Leste por ter sido minha grande escola em saúde mental, com todas as suas cores e tensões. À equipe amiga com quem trabalhei por ajudar em minha formação profissional e pessoal.

Ao CERSAM AD Barreiro e equipe pelo empenho em construir e sustentar uma assistência humana e de qualidade, onde tenho aprendido sobre o mundo da toxicomania e as múltiplas vivências que o circundam.

Aos amigos e familiares que compreenderam minhas ausências e sempre me acolheram, tornando minha caminhada mais leve. À Gabi e Mercedes pela semente da saúde pública que cultivamos na graduação. À minha madrinha Maria Inês pela disponibilidade na preparação para a defesa e pelo incentivo ao mestrado.

Ao Tânios, meu companheiro que tanto amo, por estar sempre ao meu lado. Obrigada pela paciência e pelo carinho. Cada abraço e incentivo nessa jornada me deram força e coragem para seguir mais calma e mais confiante. Admiro a forma determinada e apaixonada que se dedica aos seus projetos, um exemplo para mim neste trabalho e na vida.

À minha irmã Juliana, por quem tenho um amor único, pela cumplicidade e amizade. Ao Arnaldinho, querido cunhado, pela amizade e segurança. À Cecília e Letícia, lindas e divertidas sobrinhas, por todo o amor que me completa. A presença de vocês é essencial em minha vida.

Aos meus pais Manoel e Aparecida, pela forma que me criaram. Cresci sabendo o verdadeiro valor das coisas simples e consciente do respeito com o qual devemos tratar todas as pessoas. Tenho enorme gratidão pelo amor e suporte que sempre recebi de vocês em todos os momentos de minha vida. Tenho muito orgulho de vocês serem meus pais. Obrigada!

“As palavras só têm sentido se nos ajudam a ver o mundo melhor.

Aprendemos palavras para melhorar os olhos.”

Rubem Alves

RESUMO

O presente estudo estimou a prevalência do uso de drogas ilícitas na vida e fatores associados em pacientes com transtornos mentais no Brasil, estratificada por sexo. Trata-se de um estudo de corte transversal, no qual uma amostra representativa de pacientes psiquiátricos (n=2.475) foi selecionada aleatoriamente em 11 hospitais e 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dados sobre o uso de drogas ilícitas, características sócio-demográficas, clínicas e comportamentais foram obtidos através de entrevistas face-a-face. Foi utilizada regressão logística para verificar associações com o uso de drogas ilícitas na vida. A prevalência de uso de qualquer droga ilícita na vida foi de 25,4%. Os homens apresentaram prevalência mais elevada do que as mulheres para todas as substâncias (36,8% e 14,7%, respectivamente). Ser solteiro e ter história de violência física e sexual se mostraram associados ao uso de drogas apenas entre os homens; não ter uma religião está associado ao uso de drogas apenas em mulheres. Para homens e mulheres, ter idade mais jovem, baixa escolaridade, história de internação, história de doença sexualmente transmissível, uso de álcool e tabaco, ter morado na rua, história de encarceramento, início da vida sexual precoce e ter mais parceiros sexuais foram fatores de risco estatisticamente associados ao uso de drogas ilícitas. A prevalência de uso de drogas ilícitas na vida entre pacientes psiquiátricos foi maior do que a encontrada na população geral brasileira e mostrou-se associada a vários fatores de risco e marcadores de pior prognóstico. Nossos dados indicam a necessidade de desenvolvimento de intervenções quanto ao uso de drogas entre pacientes psiquiátricos no Brasil baseadas em gênero. A integração das estratégias de tratamento para usuários de drogas ilícitas e portadores de transtornos mentais deve ser uma prioridade para a política pública.

Palavras-chaves: Transtornos mentais – droga ilícita – gênero – estudo multicêntrico – Brasil

ABSTRACT

The present study estimates the prevalence of lifetime illicit drug use and associated factors among patients with mental illness in Brazil, stratified by gender. A cross-sectional representative sample of psychiatric patients (2,475 individuals) was randomly selected from 11 hospitals and 15 public mental health outpatient clinics (CAPS). Data on self-reported illicit drug use, socio-demographic, clinical and behavioral were obtained through face-to-face interviews. Logistic regression was used to estimate associations with lifetime illicit drug use. The prevalence of any lifetime illicit drug use was 25.4%. Men had higher lifetime prevalence than women for all substances (36.8% and 14.7%, respectively). Being single and having a history of physical and sexual violence was associated with drug use among men only; and not professing a religion was associated with drug use in women only. For both men and women, younger age, lower education, prior hospitalization, having a sexually transmitted disease, alcohol and tobacco use, history of homelessness and incarceration, younger age at sexual debut, and having more sexual partners were statistically associated with illicit drug use. Lifetime illicit drug use among psychiatric patients was higher than among the general Brazilian population and was associated with multiple factors including markers of poor prognosis. Our data indicate the need for the development of gender-based drug-use interventions among psychiatric patients in Brazil. Integration of substance use treatment strategies with mental health treatment should be a priority.

Key words: Mental illness – Illicit Drug – Gender – Multicenter Study – Brazil

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

QUADRO 1:	Estudos brasileiros sobre a prevalência do uso de drogas ilícitas	28
FIGURA 1:	Modelo ecológico para o uso drogas entre portadores de transtorno mental	39

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Comparativo das prevalências de uso de drogas ilícitas: Projeto PESSOAS e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, 2007)	65
-------------------	--	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Descrição das variáveis de caracterização.	49
TABELA 2:	Descrição das variáveis explicativas analisadas.....	50
TABELA 3:	Análise descritiva das variáveis, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475).....	55
TABELA 4:	Características do uso de drogas ilícitas, Projeto PESSOAS, 2006-2007 (n=2.475).....	57
TABELA 5:	Análise univariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475).....	59
TABELA 6:	Análise multivariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DALY	Disability Adjusted Life Years
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GPEAS	Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde
HBC	Vírus da hepatite C
HbsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HBV	Vírus da hepatite B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
PESSOAS	Pesquisa em soroprevalência de HIV na Saúde Mental
PPGSP	Programa de Pós Graduação em Saúde Pública
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SMI	Several Mental Illness
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	19
2. REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 Definições e critérios diagnósticos do consumo de substâncias psicoativas..	23
2.1.1 Definição de comorbidade.....	24
2.2 O consumo de drogas no mundo	25
2.3 O consumo de drogas no Brasil.....	27
2.4 Vulnerabilidade dos indivíduos com transtornos mentais	29
2.5 O consumo de drogas na população psiquiátrica	31
2.6 A Rede de Atenção Psicossocial.....	33
3. HIPÓTESE E MODELO CAUSAL	36
4. JUSTIFICATIVA	40
5. OBJETIVOS	43
5.1 Objetivo geral.....	44
5.2 Objetivos específicos.....	44
6. MÉTODOS.....	45
6.1 Delineamento.....	46
6.2 População	46
6.3 Plano amostral	46
6.4 Coleta de dados	47
6.5 Variáveis de Exposição e evento.....	48
6.6 Análise Estatística.....	52
6.7 Aspectos éticos	52
7. RESULTADOS	53

8. DISCUSSÃO	64
9. LIMITAÇÕES	72
10. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	74
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	88
Anexo A – Comprovante de submissão do artigo ao Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	89
Anexo B - Artigo submetido: “<i>Illicit drug use among psychiatric patients: a national representative study</i>”	90
Anexo C - aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG, Etic 125/03).	110
Anexo D - aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP 592/2006) do Ministério da Saúde.	111
Anexo E – Questionário de Entrevista do Projeto PESSOAS	112

Esta dissertação insere-se no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/UFMG). É parte integrante da “*Pesquisa em Soroprevalência de HIV na saúde Mental – Projeto PESSOAS*”, um estudo multicêntrico nacional de corte transversal realizado no Brasil em 2006 sob a coordenação do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS). Fizeram parte do Projeto PESSOAS 2.475 pacientes adultos com transtornos mentais em tratamento em 26 serviços (hospitais psiquiátricos ou Centros de Atenção Psicossociais – CAPS) entre junho e setembro de 2006. O projeto foi desenvolvido com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais através do Projeto de Cooperação Técnica 914/BRA/1101 entre o governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO.

Esta dissertação é apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública pelo PPGSP/UFMG, área de concentração em epidemiologia, no qual objetiva-se explorar o tema: uso de substâncias ilícitas entre as pessoas com transtorno mental, fatores associados e diferenças de gênero. A dissertação foi desenvolvida em formato tradicional, de acordo com o regulamento do PPGSP/UFMG e previu a elaboração de um artigo científico. No artigo foi estimada a prevalência do consumo de drogas ilícitas na vida entre os pacientes portadores de transtorno mental em atenção nos CAPS e hospitais psiquiátricos, investigados os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentos de risco associados e descritas as diferenças de gênero através da análise estratificada por sexo.

Este volume está composto por:

1. *Introdução*: apresentação do panorama a respeito do uso de drogas ilícitas no mundo, no Brasil e especificamente na população psiquiátrica, evidenciando as diferenças de gênero e seu impacto para a saúde pública e a relevância do tema.
2. *Revisão da Literatura*: fundamentação teórica do tema.
3. *Hipóteses e Modelos Causais*: ilustração de modelo que busque evidenciar a complexidade das relações de causalidade relacionadas ao uso de drogas ilícitas.
4. *Justificativa*: síntese dos principais achados na literatura e discussões a respeito que buscam justificar a realização do projeto.
5. *Objetivos*: geral e específicos a serem alcançados com a realização do projeto.
6. *Métodos*: descrição da metodologia, das variáveis e da análise proposta para o estudo.

7. *Resultados*: explicitação dos principais resultados encontrados descritivamente, assim como nas análises univariadas e multivariadas.
8. *Discussão*: destaque dos principais pontos encontrados, comparando com resultados encontrados previamente na literatura assim como a discussão de suas repercussões clínicas e no âmbito da saúde pública
9. *Limitações*: restrições do estudo quanto à generalização e outras limitações.
10. *Conclusão e recomendações*: principais considerações a partir dos resultados e sugestões aos serviços e gestores a partir dos dados da pesquisa.
11. *Referências Bibliográficas*
12. *Anexos*: Artigo submetido e comprovante, aprovação do Projeto PESSOAS pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde e entrevista semiestruturada utilizada na coleta de dados.

O uso abusivo e a dependência de drogas ilícitas compõem um significativo problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que os transtornos por uso de substância e os transtornos mentais são, juntos, a principal causa de anos vividos com incapacidade (22% dos YLDs) em todo o mundo e a quinta maior causa de anos perdidos por morte prematura ou vividos com incapacidade (7,4% dos DALYs) (WHITEFORD et al., 2013).

Em 2010, estimou-se que 3,4 a 6,6% da população mundial de 15 a 62 anos havia usado alguma substância ilícita ao menos uma vez no último ano, sendo que destes, 10-13% apresentavam dependência ou transtornos relacionados ao consumo. (UNODC, 2012). Alguns fatores de risco encontrados na população geral foram ser homem, alterações de conduta na infância, relação familiar conflituosa, episódios de violência, baixo nível socioeconômico e normas sociais tolerantes ao uso (DÍAZ NEGRETE et al., 2008; FERGUSSON et al., 2008; DEGENHARDT; HALL, 2012).

No Brasil, levantamento domiciliar nacional de 2005 mostrou que a droga ilícita mais consumida na vida foi a maconha (8,8%), seguida dos solventes (6,1%) e cocaína (2,9%) (CARLINI et al., 2007). Estudo mais recente encontrou que a prevalência de uso na vida de maconha foi de 7% e de cocaína (somando as formas intranasal e fumada) foi de 4% (LARANJEIRA, 2014). O uso na vida compreende todos os indivíduos que fizeram uso da substância em questão alguma vez na vida. Outros indicadores comumente utilizados são “último ano” e “último mês”. À semelhança das evidências para a população mundial, o uso destas substâncias tem sido apontado como fator que aumenta significativamente a probabilidade de participação em comportamentos de risco à saúde, tais como atividade sexual de risco, violência e suicídio (BRASIL, 2009).

A diferença do consumo de drogas entre os gêneros se mostra bastante expressiva, sendo significativamente maior entre os homens para todas as drogas, exceto os sedativos e tranquilizantes (UNODC, 2012). A comorbidade entre transtornos mentais severos e transtornos por uso de substância se mostrou mais prevalentes entre os homens (KESSLER et al, 2002). Mulheres com transtornos associados ao álcool ou droga apresentavam risco duas vezes maior que os homens de apresentar transtornos depressivos e ansiosos (TEESSON, 2000).

Os portadores de transtorno mental apresentam em sua condição de vida - tanto do nível individual quanto social - vários destes fatores de risco com os quais está associado o consumo de drogas ilícitas. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010b) define a população portadora de sofrimento mental como um grupo vulnerável, compreendendo sua exposição à discriminação, violência e abuso, restrição no exercício dos direitos civis, políticos e na participação social, acesso reduzido a serviços de saúde e assistência social, menor oportunidade de escolarização e de emprego, maior vulnerabilidade à morte prematura. Phillips e Johnson (2001) argumentam que as dificuldades em se engajar em atividades satisfatórias, em relacionamentos e papéis sociais são importantes motivos na iniciação e continuidade do uso da droga na população portadora de sofrimento mental.

A associação entre os transtornos mentais e o consumo de substâncias psicoativas é bastante abordada na literatura, com evidências de que o abuso ou dependência de substâncias dentre os portadores de transtorno mental é superior ao da população geral (REGIER, 1990; MENEZES et al, 1996; MERIKANGAS et al, 1998; RACHBEISEL et al, 1999; KESSLER, 2004; FRISHER, 2005; CARRÀ; JOHNSON, 2008), com variações conforme o país em estudo e suas particularidades (PHILLIPS; JOHNSON, 2001). No Brasil, poucos estudos foram encontrados sobre esse tema. Em São Paulo, Menezes (2004) realizou estudo de prevalência do consumo de substâncias psicoativas na população de portadores de transtorno mental em tratamento. Não foi encontrada publicação com amostra representativa da população adulta brasileira, assim como estudos de abrangência nacional referente às especificidades de gênero quanto ao uso de drogas ilícitas nesta população.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Definições e critérios diagnósticos do consumo de substâncias psicoativas

A Organização Mundial de Saúde define o diagnóstico dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, como aqueles que têm sua atribuição ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico (WHO, 2010). Para caracterizá-los, faz-se necessário definir qual substância é a maior responsável pelo quadro e identificar se foi consumida em quantidade suficiente para provocar prejuízos. Os transtornos são descritos pela Classificação Internacional de Doenças (CID10), podendo preencher critérios para:

0. Intoxicação aguda
1. Uso nocivo para a saúde
2. Síndrome de dependência
3. Síndrome (estado) de abstinência
4. Síndrome de abstinência com *delirium*
5. Transtorno psicótico
6. Síndrome amnésica
7. Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
8. Outros transtornos mentais ou comportamentais
9. Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Nos estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas, os quadros comumente pesquisados são “síndrome de dependência” e “uso nocivo”. A síndrome de dependência é definida como:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado a um forte desejo ou senso de compulsão de consumir a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. (WHO, 2010).

O uso nocivo para a saúde como:

Modo de consumo de uma substância psicoativa que está causando dano à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite

consequente ao uso de drogas injetáveis) ou mentais (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool) (WHO, 2010).

Para o uso nocivo também se utiliza o termo “abuso”, que assim como a dependência é definido conforme descrito anteriormente pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010). O uso é entendido como a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa (SENAD, 2011), incluindo aqui uso esporádico.

No presente estudo definimos o uso de qualquer droga ilícita na vida como evento, considerando na composição do mesmo todos os participantes que responderam sim à pergunta “você já fez uso (experimentou) alguma das seguintes drogas alguma vez na vida? ”. Este evento contempla a participação tanto dos pacientes com transtorno mental que apresentam uso esporádico, abuso ou dependência no passado, mas não o apresentam atualmente (carecem de atenção em caráter preventivo), quanto dos pacientes que apresentam a comorbidade no momento da entrevista (carecem de atenção em caráter reabilitador).

2.1.1 Definições de comorbidade (*dual diagnosis*)

O termo “*dual diagnosis*” tem sido usado para referir-se a um grupo de pessoas que apresentam concomitantemente os diagnósticos de transtorno mental e transtorno por uso de substâncias. (BANERJEE, 2002). É importante estar claro que, mais do que a descrição dos diagnósticos em si, este termo envolve a identificação na natureza de cada uma destas condições e a complexidade desta população (BANERJEE, 2002). Em revisão dos estudos sobre esta comorbidade, diferentes categorizações ou definições são encontradas na literatura (KANAWAY; MARKES, 2010). Em relação aos transtornos por uso de drogas, são considerados desde o uso nocivo de uma única substância, até coquetéis de álcool e múltiplas drogas. Quanto aos transtornos mentais, há variações que abrangem desde os transtornos com alta prevalência e baixo impacto, como depressão e quadros ansiosos, até aqueles com baixa prevalência e alto impacto, como as psicoses e os transtornos maiores do humor (CROTON, 2005). Definições mais restritas costumam limitar a comorbidade como a presença de transtornos mentais severos ocorrendo de forma simultânea ao transtorno por uso de substâncias (SIMS et al, 2003), enquanto as mais abrangentes consideram a ocorrência de todos os tipos de transtornos mentais com qualquer transtorno por uso de substância

(KANAWAY; MARKES, 2010). Estudos também mostram uma especificidade da incidência e do tipo de comorbidade por gênero, com as mulheres mais propensas a apresentar transtornos ansiosos, afetivos e alimentares, enquanto os homens apresentam chance duas vezes maior de apresentar transtornos psicóticos associados ao uso de substâncias (COLE; SACKS, 2008).

A maneira como a comorbidade é definida traz impactos nas pesquisas, especialmente quando estas visam estimar prevalência, uma vez que a definição utilizada irá determinar a amplitude dos participantes incluídos nos estudos (DAWE et al, 2002). A falta de estimativas uniformizadas e confiáveis limita, por sua vez, a construção de evidências sobre as comorbidades, dadas as dificuldades de comparação e generalização dos estudos (KANAWAY; MARKES, 2010). A falta de uma classificação consistente na literatura indica ainda que não há uma terminologia comum entre os profissionais que atuam diretamente nesta clínica, o que pode acarretar em barreiras que limitam o acesso ao tratamento ou a colaboração entre serviços, uma vez que não ficam claros os critérios de elegibilidade para cada unidade de tratamento (KANAWAY; MARKES, 2010).

2.2 O consumo de drogas ilícitas no mundo

O Relatório Mundial sobre Drogas do United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) de 2013 mostra que embora tenha havido algum aumento do número total estimado de usuários de alguma substância ilícita, o número de usuários com dependência tem se mantido estável (UNODC, 2013). Em relatório do ano anterior, a prevalência de uso foi estimada em 3,4 a 6,6% da população mundial de 15 a 62 anos (uso no último ano) (UNODC, 2012).

A *cannabis* é a substância ilícita de maior consumo no mundo, com prevalência no último ano de 3,9% (2,8 a 5%), seguida das anfetaminas com 0,7% (0,3 a 1,2%), opióides com 0,7% (0,6 a 0,8%), cocaína com 0,4% (0,3 a 0,5%) e êxtase com 0,4% (0,2 a 0,6%). A prevalência de usuários de drogas injetáveis varia entre os países, tendo um cálculo global estimado em 0,31%. Destes, 11,5% são infectados por HIV e 51% vivem com hepatite C (UNODC, 2013), evidenciando os riscos de transmissão de doenças infecciosas associado ao uso de injetáveis.

Em recente revisão bibliográfica, Degenhart e Hall (2012) identifica que os principais fatores de risco sociais e contextuais para o uso de drogas ilícitas incluem a disponibilidade da droga, o uso de tabaco e álcool quando adolescentes jovens, normas sociais tolerantes ao uso de álcool e drogas e baixo nível socioeconômico. Ressalta a importância de outros estudos sobre condições estruturais como pobreza e fatores culturais. As relações familiares são apontadas como fatores de risco nos casos onde há relação pai-filho conflituosa e uso de drogas por parte dos pais ou irmãos (DEGENHARDT; HALL, 2012; DÍAZ NEGRETE; GARCÍA-AURRECOECHEA, 2008). Ferguson et al. (2008) em estudo prospectivo realizado com 1.265 crianças na Nova Zelândia encontrou ainda associação com episódios de abuso sexual infantil, abuso físico e violência interparental. Os principais fatores individuais encontrados foram ser homem, alterações de conduta na infância e pobre aproveitamento escolar (GOLDSMITH, 1999; FERGUNSON et al, 2008; DEGENHARDT; HALL, 2012; UNODOC, 2012). O consumo de drogas ilícitas entre as mulheres é inferior ao dos homens, com diferenças que variam numa proporção de 3:4 nos Estados Unidos até 1:10 na Índia e Indonésia (UNODC, 2012). Esta lacuna entre os gêneros é mais acentuada nos países em desenvolvimento (UNODC, 2012). Conviver e filiar-se a grupo com comportamento antissocial ou usuário de drogas foi o fator de risco com associação mais forte. É importante perceber que estes fatores de risco - familiares, sociais e individuais - muitas vezes estão associados e ocorrem simultaneamente, aumentando o risco do uso e da dependência (DEGENHARDT; HALL, 2012).

Levantamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que os níveis de consumo de drogas ilícitas geralmente são maiores nos países desenvolvidos, onde o nível de renda é mais alto. O entendimento é de que o crescimento significativo da renda disponível, principalmente entre os jovens, nas últimas décadas, é um dos fatores que facilita o aumento do consumo (UNODOC, 2012). Outros estudos revelam, no entanto, maior taxa de experimentação de cocaína nas comunidades que vivem em condição de pobreza (PETRONIS; ANTHONY, 2003; ALBEDAÑO et al., 2013). Albedaño et al (2013), em estudo realizado em dez províncias argentinas encontraram maior prevalência no consumo de substâncias ilícitas na vida dentre aqueles que tinham renda familiar entre \$1 e 2.000 (77,81%), decrescendo proporcionalmente à medida que se aumentou o rendimento familiar mensal. Destaca-se, porém, que a menor prevalência (0,32%) foi encontrada dentre aqueles que não possuíam nenhuma renda.

2.3 O consumo de drogas ilícitas no Brasil

No Brasil, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizou em 2001 o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al, 2002), possibilitando a obtenção de dados nacionais acerca do consumo de drogas entre adultos brasileiros. Em 2005, foi promovido o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes (CARLINI et al, 2007) e realizada a pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids” (BASTOS et al., 2008) que estimaram o uso de drogas ilícitas na vida na população brasileira. Estudos recentes foram desenvolvidos pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, que publicou dados do II Levantamento Nacional de álcool e Drogas - II LENAD (LARANJEIRA, 2014) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) publicou as pesquisas “Estimativa do número de usuários de *crack* e/ou similares nas capitais do país” e “Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil (FIOCRUZ, 2013).

Conforme dados do II Levantamento Domiciliar, a prevalência do uso na vida de qualquer substância psicoativa – incluindo aqui as medicações não prescritas - foi 22,8% (CARLINI et al., 2007). Na pesquisa de Bastos et al., realizada no mesmo ano (2005), o uso de drogas (que não o álcool ou tabaco) na vida foi relatado por 8,9% dos entrevistados. Entre 2001 e 2005, observou-se estabilidade na prevalência do consumo de diversas substâncias, com diferença estatisticamente significativa apenas para aumento do uso dos estimulantes, de 1,5% para 3,2% (BRASIL, 2009). Dados publicados em 2013, mostram prevalências de uso na vida de 7% para a maconha, 4% para a cocaína na forma intranasal e 1,4% para a cocaína na forma fumada (*crack*/merla/oxi) (LARANJEIRA, 2014).

Alguns estudos brasileiros mostram uma variação na prevalência do uso de drogas ilícitas que variam entre 8,9% e 48,7% para uso na vida e 9,9% e 28,4% para uso no último ano (Quadro1). Estas diferenças podem ser compreendidas pelas diferentes populações abordadas, específicas do local onde os estudos foram realizados e da metodologia utilizada nos estudos.

Quadro 1 - Estudos brasileiros sobre a prevalência do uso de drogas ilícitas				
Autores e ano	Local	População	Prevalência do uso	
			Na vida	Último ano
Nóbrega et al. (2012)	Santo André, São Paulo	Universitários Ciências da Saúde (n=275).		Policonsumo: 27,9%
Brasil (2010)	Brasil	Estudantes de Instituições de ensino superior, públicas e particulares (n=12.711).	48,7%	27,8%
Carlini et al (2010)	Brasil	Estudantes do ensino fundamental e médio, escolas públicas e particulares (n=50.890).	25,5%	Público: 9,9% Privado: 13,6%
Bastos et al. (2008)	Brasil	Brasileiros entre 16 e 65 anos (n=5.040).	8,9%	
Carlini et al. (2006)	Brasil	População de 12 a 65 anos de cidades com 200 mil habitantes (n=7.939).	22,8%	10,3%
Silva et al. (2006)	São Paulo, São Paulo	Universitários Ciências Biológicas (n=926).		28,4%
Silva et al. (2006)	São José do Rio Preto, São Paulo	Estudantes secundaristas (n=1.041).	solventes- 18,1% maconha- 12,1% anfetamina- 3,7% cocaína- 3,3% alucinógenos- 3,1% crack- 1,4%	
Pillon et al (2005)	Ribeirão Preto, São Paulo	Universitários do 1º ano da Universidade de São Paulo (n=200).	maconha- 28,5% medicamento- 26,5% inalantes-14,5% anfetamina- 10% cocaína- 5,5% LSD- 5,5% Excstasy-5,5% Merla-1%	
Guimarães et al.(2004)	Assis, São Paulo	Estudantes das escolas públicas e particulares da cidade (n=20% dos estudantes).	solventes-10% maconha-6,6% ansiolítico-3,8% anfetamínicos- 2,6% cocaína-1,6% anticolinérgicos- 1%	

CARLINI et al (2007) evidenciam que a porcentagem de uso de drogas ilícitas na vida é maior entre os jovens, com maior concentração de usuários de maconha e solventes entre 18-24 e de cocaína e anorexígenos entre 25 e 34 anos. Em todas as faixas etárias o consumo é

francamente maior para o sexo masculino. Em relação à maconha, esta relação é de 3:1 e a diferença no total de usuários de solventes foi 10,3% para o masculino contra 3,3% para o feminino. O Levantamento de 2013 confirma esta diferença quanto ao gênero e revela ainda que para 62% dos usuários a idade do primeiro uso foi antes dos 18 anos (LARANJEIRA, 2014).

O uso de drogas ilícitas tem sido apontado como fator que aumenta significativamente a probabilidade de participação em comportamento de risco à saúde e está associado a vários agravos como overdoses, suicídio, violência, infecções por HIV e atividades sexuais de risco (UNODC, 2012; BRASIL, 2009). Em estudo realizado em Salvador-BA com usuárias de *crack*, 37% das entrevistadas relataram ter trocado sexo por dinheiro ou drogas e 58% tiveram relação sexual desprotegida no último mês (NUNES et al., 2007). Usuários de drogas injetáveis apresentam risco ainda maior de adquirir doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue, como HIV e as hepatites, devido ao compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas (UNODC, 2012).

Algumas populações específicas apresentam em sua condição de vida vários destes fatores com os quais foram associados o uso de alguma substância. Os portadores de transtorno mental enfrentam um estigma social e apresentam muitas vezes características individuais e contextos sociais que os definem como uma população vulnerável. A precária condição socioeconômica frequentemente presente dentre as pessoas com transtornos mentais associada à adoção de comportamentos sexuais de risco por esta população e ao uso de substâncias psicoativas constituem, por sua vez, fatores de riscos para outras comorbidades, como a infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (CAMPOS et al., 2008).

2.4 Vulnerabilidade dos indivíduos com transtornos mentais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica alguns grupos sociais como “vulneráveis”, entendendo que neles estão contidas pessoas que vivenciam, em consequência de sua condição, uma série de desvantagens como maior pobreza, pior saúde e morte prematura; pessoas que não têm condições de exercer seu pleno potencial e, conseqüentemente, de garantir sua prosperidade e bem-estar (WHO, 2010b). Define a população de pessoas com transtorno mental como um grupo vulnerável, ressaltando a

importância do suporte dos programas de desenvolvimento que por vezes ignoram esta condição apesar de sua alta prevalência e de seu alto impacto econômico e social. Como critérios de vulnerabilidade, ressalta a presença de estigma e discriminação, violência e abuso, restrição no exercício dos direitos civis e políticos, exclusão da plena participação social, acesso reduzido a serviços de saúde e assistência social, acesso reduzido a serviços de emergência, menor oportunidade de escolarização, exclusão das oportunidades de emprego e geração de renda, maior deficiência e morte prematura. Outras evidências na literatura respaldam os critérios definidos pela OMS.

Há evidências de que os indivíduos com transtorno mental devem ser considerados vítimas de violência em maior medida do que perpetradores e que a sofrem em maior proporção do que a população geral, ressaltando a vulnerabilidade desta população à violência (OLIVEIRA, 2012). Em estudo brasileiro com amostra representativa dos usuários de serviços de saúde mental em âmbito nacional, Oliveira (2012) encontrou nesta população uma prevalência de 19,8% de violência sexual, 57,8% de violência física e 68,4% de violência verbal, atingindo de maneira global 79% dos entrevistados. Ressalta-se ainda que 20% das mulheres e 10% dos homens relataram ter sofrido os três tipos de violência.

Pessoas com transtorno mental muitas vezes vivem situação de falta de moradia, apresentando trajetória de rua por maior tempo que outras populações que vivem nesta condição. No momento em que se encontram desabrigados, dentre os adultos comumente após o falecimento dos pais, encontram pouco ou nenhum suporte social, indo direto para pensões ou abrigos (CHAMBERLAIN, 2011). Estudo australiano encontrou que 15% dos moradores de rua de Melborn apresentavam transtorno mental antes de irem para as ruas e 16% o desenvolveram após, sendo que nestes últimos os principais diagnósticos foram os transtornos ansiosos e a depressão (CHAMBERLAIN, 2011).

Outra relação comumente discutida na literatura é a associação entre doença mental e pobreza. Hudson (2005) desenvolveu estudo longitudinal com pacientes que tiveram passagem numa unidade de urgência psiquiátrica a fim de estabelecer uma direção de causalidade e encontrou consistente relação inversa entre condição socioeconômica e adoecimento mental, na qual quanto mais pobre é o paciente, maior o risco de adoecer e de precisar de internação psiquiátrica. Outros estudos mostram associação entre maior

desigualdade econômica e maior prevalência de doenças mentais (DEL RIO, 2013; FRYERS et al., 2005), além baixa escolaridade, desvantagem material e desemprego dentre pessoas com transtornos mentais comuns (FRYERS et al., 2005; LUDERMIR, 2008; WILK et al., 2006).

Para além das questões socioeconômicas, aqueles que apresentam transtornos mentais severos, aqui entendidos como uma gama de diagnósticos psiquiátricos graves que incluem esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior com sintomas psicóticos (SCHIMNAR et al., 1990) estão mais propensos a diferentes comorbidades clínicas não psiquiátricas e apresentam índice de mortalidade duas a três vezes maior que o da população geral. Algumas comorbidades clínicas são infecção por HIV, complicações obstétricas, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hipertensão, obesidade, síndrome metabólica e hiperlipidemia (DE HERT, 2011). Em estudo com amostra representativa da população brasileira de portadores de transtorno mental, Guimarães et al. (2009) encontraram soroprevalências de sífilis (1,12%), HIV (0,80%), HbsAg (1,64%), anti-HBc (14,7%) e anti-HCV (2,63%) maiores que as relatadas em outros estudos com populações não psiquiátricas no país, resultados que podem estar associados, dentre outros fatores, à prática de sexo desprotegido, realizada por 80,3% desta população em algum momento da vida (GUIMARÃES et al., 2010).

Wilk et al. (2006) encontrou em seu estudo um índice de 29,4% de incapacidade para o trabalho nas pessoas com algum transtorno mental e de 23,3% para pobre funcionalidade, sendo ambos maiores nos quadros de esquizofrenias, seguidos dos transtornos relacionados ao álcool, relacionados às drogas, transtorno bipolar e depressão. Os pacientes com diagnósticos psiquiátricos que tinham abuso ou dependência de substância associado apresentaram maior incapacidade para o trabalho, com índice de 45%.

2.5 O consumo de drogas ilícitas na população psiquiátrica

A associação entre os transtornos mentais e o consumo de substâncias psicoativas é bastante abordada na literatura, com importantes contribuições encontradas a partir da década de 1990. Estudo clássico realizado com 20.291 adultos da comunidade e institucionalizados nos Estados Unidos (REGIER et al., 1990) avaliou a comorbidade de uso abusivo de álcool,

drogas e outros transtornos mentais. Dentre os indivíduos que não possuíam história de transtorno mental, 3,7% apresentaram história de uso abusivo ou dependência a alguma droga. Quando comparados àqueles que receberam na vida algum diagnóstico de transtorno mental, a prevalência sobe para 14,7% (OR=4.7; IC: 3.5-6.3). Na Europa, Menezes et al. (1996) realizaram estudo na região Sul de Londres com 171 adultos com diagnóstico clínico para qualquer forma de psicose, encontrando prevalência de 43,3% para uso de drogas na vida e 15,8% no último ano. No Reino Unido, Frisher et al. (2005) mostram que pacientes que possuem transtornos mentais tem 2.09 mais chances de desenvolver um transtorno por uso de substância quando comparados aos que não os possuem. Phillips e Johnson (2001) ressaltam que as prevalências encontradas nas diferentes pesquisas de comorbidade entre transtornos mentais e transtorno por uso de substância variam conforme o país do estudo e que poucos estudos estimaram tais prevalências comparadas com as da população geral, sendo necessários outros estudos para possibilitar melhor mensuração da magnitude desta associação.

No Brasil, estudo realizado na cidade de São Paulo com pacientes adultos que possuíam algum transtorno mental grave que estiveram em tratamento encontrou que 4,7% das pessoas apresentavam comorbidade para abuso de drogas ilícitas e 8,3% haviam feito uso de drogas ilícitas no ano anterior (MENEZES, 2004). Outros estudos brasileiros pesquisaram sobre o uso de substâncias psicoativas pelos portadores de transtorno mental, mas não foi encontrada publicação com amostra representativa da população adulta brasileira.

Uma discussão importante é a associação do consumo de diferentes substâncias conforme o diagnóstico e os sintomas psiquiátricos. Regier et al. (1990) observou que a prevalência de transtornos relacionados às drogas ilícitas varia conforme o diagnóstico, prevalência de 27,5% para aqueles com esquizofrenia, 42% para os transtornos de personalidade antissocial, 11,9% para os transtornos de ansiedade e 19,4% para transtornos afetivos do humor. Ao considerar apenas o diagnóstico de Bipolar Tipo I dentre os transtornos afetivos do humor, a prevalência sobe para 40,7% (OR=11).

À semelhança da população geral, dentre os portadores de transtorno mental observou-se maior consumo de drogas entre homens, jovens (MENEZES et al., 1996; KESSLER, 1994; DEGENHARDT, 2012; JANE´LLOPIS; MATYTSINA, 2006), solteiros (BOSCOLO, 1999,

MENEZES et al., 1996), inativos, com antecedentes de uso entre familiares (BOSCOLO, 1999; DEGENHARDT, 2012), com história de morar na rua ou que pertencem à população carcerária (ROSENTHAL et al., 2012; REGIER, 1990).

A comorbidade entre transtornos mentais severos e transtornos por uso de substância se mostrou mais prevalente entre os homens (KESSLER et al., 2002). Mulheres com transtornos associados ao álcool ou droga apresentavam risco duas vezes maior que os homens de apresentar transtornos depressivos e ansiosos (TEESSON, 2000). Menezes et al (1996) encontraram na população de portadores de transtorno mental que os homens foram 2.7 vezes mais propensos a apresentar transtornos relacionados ao uso de drogas do que as mulheres. Tanto os homens quanto as mulheres apresentaram diminuição do consumo de drogas à medida que se aumentou a faixa etária, com significância estatística apenas entre os homens. OFFORD et al (1996) também sugerem uma possível relação entre gênero e idade, com maior prevalência da comorbidade de uso de drogas ilícitas e transtornos mentais entre homens jovens e mulheres entre 25 e 44 anos.

O investimento em tais estudos faz-se necessário uma vez que esta associação possui significativas implicações, como baixa adesão ao tratamento, piores prognósticos e comumente requerem tratamentos mais intensivos e atendimentos nos serviços de emergência, levando por sua vez a um aumento do custo da assistência (RACHBEISEL, 1999; MEYER, 2009). Conforme evidenciado na revisão bibliográfica, a relação do consumo de substâncias pelos portadores de transtorno mental é permeada por múltiplas possibilidades causais, e está associada a diversos fatores de risco que podem estar presentes tanto ao nível do indivíduo quanto ao contexto da comunidade e sociedade nos quais estão inseridos, o que nos faz pensar em um modelo de multicausalidade.

2.6 A Rede de Atenção Psicossocial

No Brasil, foi iniciada na década de 90 uma mudança expressiva na assistência às pessoas com transtorno mental, nomeada “Reforma Psiquiátrica”, que trouxe importantes avanços e enfrenta novos desafios. Um novo modelo de cuidado extra-hospitalar, de base comunitária, que fomenta o protagonismo, a autonomia e a corresponsabilidade de gestores, trabalhadores, usuários e rede local baseou-se em princípios fundamentais como a inclusão social,

convivência familiar e atendimento integral. A própria condição de vulnerabilidade a diversos agravos de saúde desta população impõe a necessidade de articulação dos serviços de saúde mental com uma rede mais ampla, compreendendo a Reforma Psiquiátrica na Perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (POSSAS et al., 2008).

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Compõem esta rede as unidades da atenção básica, os centros especializados, as urgências, os serviços residenciais transitórios (unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas), unidades hospitalares, serviços de desinstitucionalização (residências terapêuticas) e de reabilitação psicossocial (cooperativas de trabalho, entre outras).

Os CAPS são constituídos por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas. Possuem diferente estrutura e complexidade conforme o número de habitantes da cidade e a especificidade e são responsáveis pelo tratamento em regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2011). A Portaria nº 3.088 e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2011) preveem unidades específicas para atendimento das pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de alguma substância psicoativa, denominados Centros de Atenção Psicossociais – Álcool e Drogas (CAPS ad). Em 2011 somavam-se 1.316 CAPS e 277 CAPS AD (BRASIL, 2012).

O atendimento hospitalar pode se dar em Hospital Geral, com enfermarias especializadas para atenção a casos graves relacionados aos transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; e em serviço Hospitalar de Referência, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciam indicativos de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Funcionam em regime integral, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2011).

É importante destacar que os serviços de saúde do SUS específicos para o acompanhamento a usuários de álcool e drogas são mais recentes que aqueles destinados aos transtornos mentais, o que torna necessário planejamento político e programas de educação continuada para que as unidades de tratamento se apropriem da responsabilidade pelos cuidados referentes ao uso de substâncias psicoativas. A formação dos profissionais para lidar com as comorbidades e a articulação entre os serviços torna-se essencialmente importante quando observamos a alta prevalência do consumo de substâncias psicoativas na população de pessoas com transtorno mental e os fatores de risco associados.

3. HIPÓTESE E MODELO CAUSAL

Na tentativa de compreender a alta prevalência da associação entre uso de drogas ilícitas e transtornos mentais, diferentes hipóteses e teorias quanto à etiologia dos mesmos são encontradas na literatura (CANAWAY; MARKES, 2010; GREGG et al., 2007; KESSLER, 2004; MUESER et al., 1998):

* *Vulnerabilidade neurológica*: onde o uso da substância precipita o aparecimento ou recidiva da doença mental em indivíduos vulneráveis;

* *Fatores de risco acumulados*: onde causas genéticas ou ambientais levam ao aparecimento ou persistência de comorbidade;

* *Automedicação*: onde transtornos mentais levam ao aparecimento e/ou persistência de transtornos por uso de substâncias, como forma de reduzir os sintomas próprios do transtorno ou diminuir os efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos; e

* *Compensação da disfunção de circuitos cerebrais*: O uso de substâncias estimula o sistema de recompensa do cérebro em pessoas com transtornos mentais, permitindo os sentimentos "normal" de recompensa ou prazer que são de outra maneira ausente ou embotados.

Compreender a relação temporal entre o início do abuso das substâncias e o início do transtorno mental ajuda a esclarecer a etiologia dos mesmos. Diehl et al (2010) afirmam que estudos mais recentes sinalizam para evidências mais consistentes da relação causal entre o uso de *cannabis* e consequente quadros de psicoses (principalmente esquizofrenia), apesar de ainda controversas. Gregg et al (2007) ressaltam a complexidade desta discussão e observam que apesar de alguns estudos prospectivos sugerirem uma relação causal entre uso de *cannabis* e psicose, nos países onde são registrados índices elevados de consumo na população geral, como na Austrália, não se observa aumento correspondente nos índices de esquizofrenia. Discute-se que apesar de haver evidências de relação causal, a maioria das pessoas que utilizam a droga não desenvolvem o transtorno mental, o que faz considerar a possibilidade de alguns indivíduos serem mais vulneráveis ao efeito que os demais.

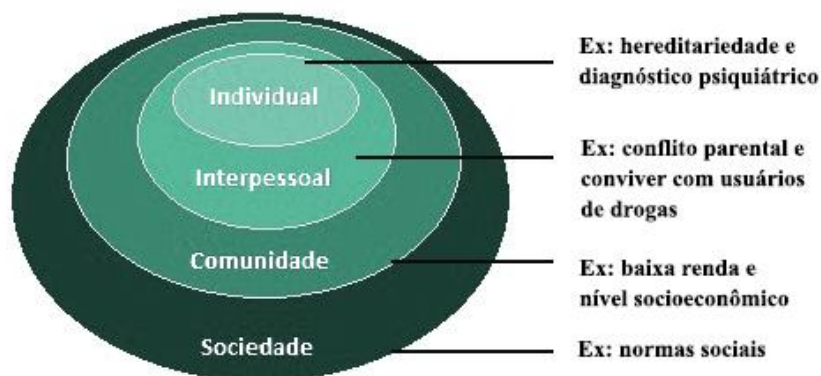
Giantz et al. (2009), por outro lado, mostram os transtornos mentais como fator de risco para posterior dependência de substâncias. Em seu estudo os transtornos ansiosos precederam a

dependência da nicotina (81,5%), do álcool (80%) e das substâncias ilícitas (81,7%), enquanto nos transtornos do humor esta relação foi evidenciada apenas para a nicotina (56,5%), precedendo menor parte dos casos com dependência de álcool (46%) e de drogas ilícitas (45,9%). Kessler (2004) ressalta que vários levantamentos epidemiológicos coletaram informações sobre a idade de início dos transtornos, com consistente evidência de que os transtornos mentais tipicamente são desencadeados em idade prévia aos transtornos por uso de drogas. Outros estudos apontam o uso de drogas como forma de automedicar sintomas negativos, as alterações do humor como a disforia, a ansiedade e a insônia ou aliviar efeitos da medicação. Evidências de relatos em relação aos sintomas positivos são menos consistentes (PHILLIPS; JOHNSON, 2001;) e apesar da tentativa de alguns estudos em estabelecer a relação entre a severidade dos sintomas e o nível de consumo da substância, os dados encontrados são contraditórios (GREGG et al., 2007).

Em estudo de revisão bibliográfica, Gregg et al. (2007) comentam que apesar de haver evidências de relação entre fatores genéticos e neuropatológicos comuns aos transtornos mentais e ao uso abusivo de substâncias, não existem estudos suficientes para amparar tal hipótese. Fatores sociais e de desenvolvimento como conflitos familiares, desvantagem social e econômica e abusos físicos e sexuais na infância também foram considerados como potenciais causas comuns entre o uso de substância.

Uma forma ampliada de pensar a causalidade seria buscar um modelo explicativo das doenças que considere o fator de risco como a associação de múltiplos fatores causais, considerando tanto os aspectos individuais quanto as condições específicas de vulnerabilidades discutidas para essa população. O conceito de epidemiologia ecológica criado por March e Susser se aproxima do complexo modelo explicativo das doenças, no qual os fatores dependem uns dos outros e normalmente incluem vários níveis de influência apresentados como círculos concêntricos (Figura 1) que começam ao nível do indivíduo, seguido pelos níveis das relações interpessoais, da vizinhança ou comunidade e, por fim, da sociedade (SCRIBNER et al., 2010).

Figura 1 – Modelo ecológico para o uso de drogas entre portadores de transtorno mental



Fonte: Adaptado de SCRIBNER et al, 2010.

Considerando a especificidade da população portadora de transtornos mentais, observa-se portanto, a possibilidade do consumo de substâncias ser influenciado por características próprias ao transtorno, assim como pelo contexto de vulnerabilidade que esta população vive, uma vez que neste contexto estão presentes diversos fatores que foram evidenciados como sendo de risco para o consumo de drogas.

Neste sentido, o presente estudo visa, a partir de uma análise exploratória, evidenciar o papel dos fatores individuais e de vulnerabilidade específicos desta população quanto ao uso de drogas ilícitas. No presente estudo serão analisadas variáveis ao nível do indivíduo, que abordam por sua vez características sociodemográficas, clínicas e comportamentos de risco.

4. JUSTIFICATIVA

Conforme evidenciado pela revisão bibliográfica, estudos sobre uso abusivo de drogas ilícitas e os transtornos mentais se fazem necessários tendo em vista sua relevância, uma vez que apresenta importantes repercussões para a saúde pública e está associado a expressivos indicadores de mortalidade e agravos da saúde. Evidências da literatura sugerem que as pessoas com transtorno mental apresentam alta prevalência para uso abusivo e dependência de drogas ilícitas, o que está relacionado por sua vez em piores prognósticos e maiores riscos às violências, suicídio, comportamentos sexuais de risco e infecções por doenças sexualmente transmissíveis. Estas repercussões apresentam importante impacto na economia, uma vez que aumenta os anos de vida potencialmente perdidos por incapacidade e mortes prematuras.

O presente estudo tem fundamental importância na literatura científica ao preencher uma lacuna no campo do conhecimento científico. No Brasil, não foi encontrado estudo sobre o consumo de substâncias psicoativas com amostra representativa da população brasileira de portadores de transtorno mental em atenção nos serviços de saúde, sendo, portanto relevante a realização do mesmo a fim de conhecer a magnitude deste evento no país. Na literatura mundial, poucos levantamentos sobre a associação entre uso de drogas ilícitas e transtornos mentais foram realizados em países em desenvolvimento (JANÉ-LLOPIS; MATYSINA, 2006).

Outra contribuição essencial deste trabalho é fornecer insumo para a gestão da assistência e do tratamento. O cuidado aos usuários de substâncias psicoativas tem sido estruturado no Brasil em rede especializada de Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD) e hospitais psiquiátricos. As pessoas com transtorno mental mantêm, todavia, seu acompanhamento nas unidades de saúde mental (CAPS) e hospitais psiquiátricos. É necessário evidenciar a prevalência e o perfil da população que apresenta as duas condições, permitindo melhor planejamento da estrutura e recursos das unidades e capacitação das equipes. A diferença de gênero no consumo de drogas ilícitas aponta para maior vulnerabilidade entre os homens, sendo necessário compreender esta especificidade na população brasileira a fim de estruturar ações devidamente direcionadas.

A partir da Reforma Psiquiátrica brasileira o número de hospitalizações reduziu significativamente e a rede de atenção vem sendo estruturada de forma a tratar o paciente sem

restrição de sua circulação na comunidade. Este ganho de autonomia permite o acesso a bens culturais, sociais e de saúde, assim como também permite a exposição a diversos fatores de risco que a vida em sociedade se impõe. Faz-se necessário acompanhar esta população a fim de estruturar os serviços de forma a contemplar as necessidades que forem se configurando por esta população ao longo do tempo.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência do uso de drogas ilícitas na vida entre a população brasileira com transtorno mental em atenção nos CAPS e hospitais psiquiátricos e investigar fatores associados, estratificando por sexo.

5.2 Objetivos específicos

- a) Estimar a prevalência do consumo de drogas ilícitas na vida entre os pacientes portadores de transtorno mental em atenção nos CAPS e hospitais psiquiátricos e descrever suas principais características.
- b) Investigar se fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentos de risco estão associados de forma independente ao uso de drogas ilícitas na vida entre os pacientes com transtorno mental nos serviços de saúde mental.
- c) Investigar as diferenças de gênero no que se refere à prevalência do uso de drogas ilícitas e aos fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentos de risco associados.

6.1 Delineamento

Este trabalho faz parte da Pesquisa de Soroprevalência de AIDS em Saúde Mental – Projeto PESSOAS (GUIMARÃES et al., 2008), que é um estudo multicêntrico nacional de corte transversal realizado no Brasil em 2006 sob a coordenação do Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS/UFMG), cujo principal objetivo foi determinar as prevalências da infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B e C em uma amostra de pacientes psiquiátricos internados em hospitais psiquiátricos ou em atendimento nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

6.2 População

Fizeram parte do estudo, adultos (18 anos ou mais) com transtornos mentais internados em hospitais psiquiátricos ou em atendimentos nos CAPS entre junho e setembro de 2006. Os participantes poderiam apresentar qualquer diagnóstico psiquiátrico e deveriam estar aptos a responder ao questionário e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os pacientes internados observou-se período mínimo de sete dias para estabilização antes de proceder ao convite de participação. Os pacientes recrutados foram inicialmente avaliados quanto à capacidade de responder aos questionários e condição para assinatura do termo de consentimento por meio da aplicação de um instrumento de avaliação adaptado do *Minimal State Examination* (MMSE) realizada por profissionais de saúde mental devidamente treinados. Somente após esta avaliação foram convidados a assinar o termo de consentimento e dar prosseguimento com a entrevista e demais procedimentos.

6.3 Plano amostral

A amostra foi estratificada por região do país, com partilha proporcional de acordo com a distribuição dos casos de AIDS notificados até dezembro de 2003 e com o tipo de atendimento (hospitais e CAPS). O número de leitos hospitalares e capacidade de atendimento dos CAPS, até janeiro de 2004, foi estimado em, respectivamente, 49.290 (38%) e 81.505 (62%), totalizando 130.795 pacientes, sendo essa a partilha por centros (BRASIL, 2004b). Até dezembro de 2003, 69% dos casos de aids notificados no Brasil proviam da região Sudeste (BRASIL, 2004c). As regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte contribuíam com

16%, 9%, 5% e 2%, respectivamente. Foram excluídos deste estudo os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD), específicos para tratamento de uso abusivo de álcool ou drogas. Considerando os objetivos do Projeto PESSOAS de se estimar a prevalência de quatro diferentes infecções, optou-se pelos parâmetros: estimativa média das condições de 50%, nível de precisão de 0,2%, nível de confiabilidade de 5%, considerando perda de 40%. O plano amostral foi conduzido em dois estágios, sendo o primeiro uma seleção aleatória dos centros dentro de cada região e o segundo a seleção aleatória dos participantes dentro de cada centro.

O número amostral final foi calculado em 3.362 pacientes, distribuídos em 26 serviços de saúde mental, sendo estes 11 hospitais psiquiátricos e 15 CAPS. Foram recrutados 3.255 pacientes, dos quais 2.763 (84,9%) foram considerados aptos a participar da pesquisa. Dentre os aptos, 288 (10,4%) não participaram do projeto por motivos variados como recusa, não localização, não comparecimento, óbito e ser interditado, totalizando em 2.475 (90%) pacientes que realizaram a primeira entrevista e 2.238 (81%) pacientes participaram de entrevista e coleta de sangue. De uma forma geral, a perda de pacientes para a entrevista (26%) em relação ao total recrutado foi aceitável e inferior à estimativa inicial de 40%. O índice geral de participação incluindo a realização de ambos os procedimentos, entrevista e coleta de sangue, foi de 69% (GUIMARÃES et al., 2008). Participantes e não-participantes diferiram somente em relação ao local da pesquisa ($p < 0,0001$), enquanto que indivíduos não-aptos eram principalmente pacientes hospitalizados ($p < 0,0001$), homens ($p < 0,0001$), com idade maior que 35 anos ($p < 0,0001$), e baixa escolaridade ($p < 0,0001$). Nenhuma diferença foi encontrada entre participantes e não-participantes ou não-aptos com relação aos diagnósticos psiquiátricos graves (esquizofrenias, transtorno bipolar e depressão com sintomas psicóticos).

6.4 Coleta de Dados

Todos os pacientes aptos a participar da pesquisa, e que concordaram com essa participação, foram submetidos a uma entrevista face-a-face usando um questionário semiestruturado para coletar as informações sobre atenção à saúde, características comportamentais e perfil sociodemográfico. Dados clínicos complementares como diagnóstico, medicação em uso e características do tratamento foram coletados do prontuário e as características dos serviços por meio de entrevistas com profissionais responsáveis pelos centros participantes. O

questionário foi avaliado e testado em estudo piloto preliminar (GUIMARÃES et al., 2008), sendo considerado como instrumento confiável e válido para a pesquisa. As entrevistas foram aplicadas por profissionais da área da saúde que trabalhavam nos serviços, especificamente treinados para o projeto e supervisionados em todas as etapas pelo responsável local pela pesquisa. Os instrumentos estão disponíveis no endereço eletrônico <<http://www.medicina.ufmg.br/cpq/projPessoas.php>>.

6.5 Variáveis de exposição e evento

O evento de interesse neste trabalho é o “uso de drogas alguma vez na vida”. Esta informação foi coletada via questionário, sendo considerado como “uso de drogas” aqueles que responderam ter feito uso de maconha, cocaína, *crack*, alucinógenos, anfetaminas, opiáceos, solventes ou outra droga a especificar, alguma vez na vida.

A fim de caracterizar a variável drogas ilícitas, será considerado o uso na vida e no último ano de cada uma das substâncias, o uso de múltiplas substâncias e de droga injetável, uso durante as práticas sexuais, troca de dinheiro ou drogas por sexo e o consumo dentro dos serviços de saúde (Tabela 1).

As variáveis explicativas estão divididas em três grupos, sendo o primeiro composto por características *sociodemográficas* que incluem faixa etária, cor, situação conjugal, escolaridade, ter renda nos últimos 6 meses, moradia e ter alguma religião. Para idade, o ponto de corte definido foi 40 anos, idade média da amostra. A cor foi dicotomizada em não brancas e brancas. Para a situação conjugal, agrupou-se os solteiros, separados e viúvos, comparando com os demais. O ponto de corte para a escolaridade foi 5 anos (1º ciclo do ensino fundamental). Em relação à moradia, agrupou-se as estáveis (casa ou apartamento) e as instáveis (pensão, albergue, rua).

O segundo grupo, de *características clínicas* incluiu diagnóstico principal, história de internação, comorbidades clínicas autorrelatadas e história de DST. O diagnóstico psiquiátrico principal foi classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estabelecido por profissional médico registrado no prontuário. A variável foi dicotomizada entre transtornos psiquiátricos severos (SMI) e os demais. Como transtornos mentais severos

foram incluídos os diagnósticos de esquizofrenias, transtornos bipolares e depressão com sintomas psicóticos (SCHIMNAR, 1990). A história de internação foi analisada dividindo a amostra em três categorias. A primeira é composta por aqueles que estão internados atualmente em hospital psiquiátrico, a segunda por aqueles que não estão internados, mas já estiveram no passado e a terceira por aqueles que não estão nem nunca estiveram internados. As comorbidades clínicas autorrelatadas foram consideradas para aqueles que responderam que já tiveram algum outro problema de saúde além do problema psiquiátrico.

O terceiro grupo é composto pelos *comportamentos de risco*, no qual foram incluídas as variáveis uso de tabaco na vida, uso de álcool na vida, história de ter morado na rua, história de violências física e sexual, história de encarceramento, idade da primeira relação sexual, número de parceiros e prática de sexo desprotegido. A idade de corte para a primeira relação sexual foi 18 anos (maioridade). Em relação ao número de parceiros, foram estabelecidas duas categorias: quem teve um ou nenhum parceiro ao longo da vida e os que tiveram 2 ou mais parceiros. Como prática de sexo desprotegido foram considerados aqueles que negam ter usado camisinha em todas as práticas sexuais na vida.

Tabela 1 – Descrição das variáveis de caracterização

Variáveis de caracterização	Descrição
<i>Drogas ilícitas</i>	
Uso na vida	Maconha Cocaína Solventes <i>Crack</i> Alucinógenos Anfetaminas Opióides Qualquer droga
Uso no último ano	Maconha Cocaína Solventes <i>Crack</i> Alucinógenos Anfetaminas Opióides Qualquer droga

Tabela 1 – Descrição das variáveis de caracterização (continuação)

Variáveis de caracterização	Descrição
Caracterização do uso	Nenhuma vez Uma droga Múltiplas drogas
Uso de droga injetável alguma vez	Sim Não
Uso durante as práticas sexuais	Sim Não
Troca de dinheiro ou drogas por sexo	Sim Não
Consumo dentro dos serviços de saúde	Sim Não

Tabela 2 – Descrição das variáveis explicativas analisadas

Variáveis explicativas	Descrição
<i>Sociodemográficas</i>	
Idade	< 40 anos 40 anos ou mais
Cor	Não branca Branca
Situação conjugal	Solteiro/separado/viúvo Casado/em união/outro
Escolaridade	<5 anos ≥5 anos
Renda individual nos últimos 6 meses	Sim Não
Local de moradia	Instável Estável
Possui religião	Sim Não

Tabela 2 – Descrição das variáveis explicativas analisadas

Variáveis de caracterização	Descrição
<i>Clínicas</i>	
<i>Diagnóstico principal (CID-10)</i>	Transtornos mentais severos (SMI) Outros
Internações psiquiátricas	Atual Prévia Nunca internou
Comorbidades clínicas referidas	Sim Não
Doenças sexualmente transmissíveis	Sim Não
<i>De comportamento/situação de risco</i>	
Uso de tabaco (na vida)	Sim Não
Uso de álcool (na vida)	Sim Não
História de morar na rua	Sim Não
História de ter sofrido violência física	Sim Não
História de ter sofrido violência sexual	Sim Não
História de encarceramento	Sim Não
Idade da primeira relação sexual	< 18 anos ≥ 18 anos
Número de parceiros sexuais	1 ou nunca fez sexo 2 ou mais
Sexo desprotegido	Sim Não

6.6 Análise Estatística

As análises do estudo foram realizadas separadamente para cada gênero a fim de caracterizar e compreender o perfil e fatores associados ao uso de drogas dentre os homens e as mulheres, assim como poder compará-los. Para a construção do perfil dos participantes foi realizada a distribuição de frequência das variáveis descritivas. A prevalência de uso de drogas ilícitas na vida foi calculada dividindo-se o número de pessoas que relataram ter feito uso de drogas na vida pelo número de participantes, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Na análise univariada, as diferenças de proporção foram avaliadas pelo qui-quadrado de Pearson e a magnitude das associações foi estimada pela razão de chances (*odds ratio*, OR) com IC95%. A determinação do efeito independente entre as variáveis selecionadas e o desfecho foi realizada por meio de modelo multivariado logístico. Para esta análise foram incluídas, inicialmente, as variáveis que apresentaram valor $p < 0,20$ na análise univariada. A seguir, foi feita a deleção sequencial de acordo com a importância estatística de cada variável, por meio do teste de Wald. Permaneceram no modelo final aquelas com valor- $p < 0,05$. A adequação do modelo foi feita pelo teste de Hosmer-Lemeshow. Para análise estatística foram utilizados o EPI-INFO 7 e STATA 12.

6.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado em todas as instâncias, incluindo os centros participantes, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG, Etic 125/03) (ANEXO C) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP 592/2006) do Ministério da Saúde (ANEXO D). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo a identificação dos questionários, soros e demais materiais feita exclusivamente por número único, garantindo assim a confidencialidade das informações.

7. RESULTADOS

Todos os participantes que responderam o questionário foram incluídos no estudo (n=2.475), sendo 51,6% mulheres (n=1277) e 48,4% homens (n=1198). Conforme apresentado na Tabela 3, a maior parte dos homens e das mulheres possuem 40 anos ou mais, são solteiros, não tiveram renda nos últimos 6 meses, tem moradia estável e possuem alguma religião. Ao comparar os grupos por gênero, observa-se maior prevalência entre os homens em relação a ser solteiro (75,8%) e possuir moradia instável (17,5%) e maior prevalência entre as mulheres em relação a ter religião (87,8%). Quanto às características clínicas, a maioria das pessoas recrutadas possui diagnóstico de transtorno mental severo (57,1%), com maior prevalência entre os homens (61%). Estes também apresentaram maior prevalência de internações, sendo que 45% estavam internados no momento da pesquisa e 34,4% tinham história pregressa de internação. No total da amostra também foram encontradas altas prevalências de comorbidades clínicas autorrelatadas (45,3%) e história de DST (23,3%). Em relação aos comportamentos de risco, destaca-se a alta prevalência do consumo de drogas lícitas na vida, ressaltando que em todas elas a prevalência de uso foi maior entre os homens quando comparados às mulheres, sendo respectivamente, 81,3% e 62,9% para o tabaco, 77,5% e 52,7% para o álcool. Uma parcela expressiva da amostra já morou na rua (21,5% homens e 15% mulheres), e tem história de encarceramento (41,3% homens e 10,6% mulheres). As mulheres apresentam maior prevalência de história de abuso sexual (26,8%) e prática de sexo desprotegido (83,5%). A maior parte dos homens possui dois ou mais parceiros na vida (74%) e 65% daqueles sexualmente ativos iniciaram a prática sexual antes dos 18 anos.

A prevalência de uso de alguma droga ilícita na vida foi de 25,4% e no último ano de 11,4% (Tabela 4). A substância psicoativa de maior consumo na vida e no último ano foi respectivamente a maconha (21,9% e 8,8%) seguida da cocaína (10,6% e 3,4%). Uma pequena parte da amostra (2,9%) relatou ter feito uso de drogas injetáveis e uma parcela expressiva relatou ter feito uso de mais de uma droga na vida (24,1% dos homens e 5,7% das mulheres). Os homens apresentaram prevalência maior que as mulheres em relação ao uso de todas as substâncias. Apenas em relação à anfetamina a diferença não foi significativa. Foram observados comportamentos de risco associados às práticas sexuais como usar drogas durante o ato sexual (9,3%) e trocar dinheiro ou drogas por sexo (26,3%) (Tabela 4).

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475).

CARACTERÍSTICAS	Total (n=2475)	Homens (n=1198)	Mulheres (n=1277)	X ²
	n (%) ¹	n (%) ¹	n (%) ¹	
Sociodemográficas				
Idade				
< 40	1124 (45.4)	594 (49.6)	530 (41.5)	16.3**
40 ou +	1351 (54.6)	604 (50.4)	747 (58.5)	
Cor/Raça				
Não branco	1200 (48.5)	613 (51.2)	587 (46.0)	6.6**
Branco	1273 (51.2)	584(48.8)	689 (54.0)	
Estado civil				
Solteiro/divorciado/viúvo	1653 (66.8)	907(75.8)	746 (58.4)	83.9**
Casado/em união/outra	927 (33.2)	290 (24.2)	531 (41.6)	
Escolaridade				
<5 anos	1253 (50.6)	593 (49.5)	660 (51.7)	1.2
≥5 anos	1222 (49.4)	605 (50.5)	617 (48.3)	
Renda nos últimos 6 meses				
Sim	932 (37.8)	438 (40.6)	449 (35.2)	7.4**
Não	1533 (62.2)	708 (59.4)	825 (64.8)	
Local de residência				
Instável	318 (12.9)	209 (17.5)	109 (8.6)	43.8**
Estável	2153 (87.1)	987 (82.5)	1166 (91.5)	
Religião				
Sim	2053 (83.4)	935 (78.7)	1118 (87.8)	37.0**
Não	408 (16.6)	253 (21.3)	155 (12.2)	
Clinicas				
Diagnóstico psiquiátrico				
SMI	1413 (57.1)	731 (61.0)	682 (53.4)	14.6**
Non-SMI	1062 (42.9)	467 (39.0)	595 (46.6)	
Internação				
Atual	898 (36.4)	537 (45.0)	361 (28.3)	139.6**
Prévia	789 (32.0)	411 (34.4)	378 (29.7)	
Nunca internou	782 (31.7)	247 (20.7)	535 (42)	
Comorbidades médicas autorrelatadas				
Sim	1109 (45.3)	483 (40.8)	626 (49.4)	18.2**
Não	1341 (54.7)	700 (59.2)	641 (50.6)	
História de DST				
Sim	568 (23.3)	311 (26.4)	257 (20.4)	12.1**
Não	1872 (76.7)	869 (73.6)	1003 (79.6)	

Tabela 3. Análise descritiva das variáveis, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475) (continuação).

CARACTERÍSTICAS	<i>Total</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>X</i> ²
	<i>(n=2475)</i>	<i>(n=1198)</i>	<i>(n=1277)</i>	
	n (%)¹	n (%)¹	n (%)¹	
Comportamento de risco				
Uso de tabaco na vida				
Sim	1768 (71.8)	970 (81.3)	798 (62.9)	102.6**
Não	693 (28.2)	223 (18.7)	470 (37.1)	
Uso de álcool na vida				
Sim	1591 (64.7)	924 (77.5)	667 (52.7)	164.4**
Não	867 (35.3)	269 (22.5)	598 (47.3)	
Já morou na rua				
Sim	444 (18.1)	255 (21.5)	189 (15.0)	17.1**
Não	2005 (81.9)	934 (78.6)	1071 (85.0)	
Violência física				
Sim	1431 (58.0)	695 (58.2)	736 (57.9)	0.0
Não	1035 (42.0)	499 (41.8)	536 (42.1)	
Violência sexual				
Sim	489 (19.9)	150 (12.6)	339 (26.8)	77.1**
Não	1968 (80.1)	1040 (87.4)	928 (73.2)	
História de encarceramento				
Sim	628 (25.5)	493 (41.3)	135 (10.6)	304.6**
Não	1836 (74.5)	701 (58.7)	1135 (89.4)	
Idade da primeira relação sexual				
< 18 anos	1193 (57.3)	632 (65.0)	561 (50.6)	43.7**
≥ 18 anos	889 (42.7)	341 (35.0)	548 (49.4)	
Número de parceiros sexuais				
1 ou nunca fez sexo	805 (34.6)	292 (26.0)	513 (42.6)	71.1**
2 ou mais	1523 (65.4)	832 (74.0)	691 (57.4)	
Sexo desprotegido				
Sim	1964 (80.2)	909 (76.8)	1055 (83.5)	17.3**
Não	484 (19.8)	275 (23.2)	209 (16.5)	

¹ Os totais variam conforme ignorados.

**p<0,01

Tabela 4. Características do uso de drogas ilícitas. Projeto PESSOAS. 2006-2007 (n=2.475).

CARACTERÍSTICAS	<i>Total</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>X²</i>
	<i>(n=2475)</i>	<i>(n=1198)</i>	<i>(n=1277)</i>	
	n (%)¹	n (%)¹	n (%)¹	
Uso na vida				
Maconha	541 (21.9)	403 (33.6)	138 (10.8)	188.7**
Cocaína	262 (10.6)	205 (17.1)	57 (4.5)	104.5**
Solventes	244 (9.9)	198 (16.5)	46 (3.6)	116.2**
<i>Crack</i>	212 (8.6)	164 (13.7)	48 (3.8)	77.8**
Alucinógenos	106 (4.3)	86 (7.2)	20 (1.6)	47.5**
Anfetamina	104 (4.2)	60 (5.0)	44 (3.5)	3.8
Opióides	29 (1.2)	22 (1.8)	7 (0.6)	8.9**
Qualquer droga	629 (25.4)	441 (36.8)	188 (14.7)	159.1**
Uso no último ano				
Maconha	217 (8.8)	170 (14.2)	47 (3.7)	85.3**
Cocaína	85 (3.4)	67 (5.6)	18 (1.4)	32.6**
Solventes	59 (2.4)	47 (3.9)	12 (0.9)	23.6**
<i>Crack</i>	133 (5.4)	105 (8.8)	28 (2.2)	52.5**
Alucinógenos	21 (0.9)	18 (1.5)	3 (0.2)	11.8**
Anfetamina	40 (1.6)	21 (1.8)	19 (1.5)	0.3
Opióides	9 (0.4)	7 (0.6)	2 (0.2)	3.1
Qualquer droga	281 (11.4)	210 (17.5)	71 (5.6)	88.0**
Caracterização do uso na vida				
Nunca usou	1835 (75.2)	752 (64.1)	1083 (85.6)	
Uma droga	249 (10.2)	138 (11.8)	111 (8.8)	184.8**
Múltiplas drogas	355 (14.6)	283 (24.1)	72 (5.7)	
Uso de injetáveis na vida				
Sim	72 (2.9)	53 (4.5)	19 (1.5)	
Não	2380 (97.1)	1134 (95.5)	1246 (98.5)	18.9**
Uso de drogas durante práticas sexuais				
Sim	192 (9.3)	132 (13.4)	60 (5.6)	
Não	1870 (90.7)	853 (86.6)	1017 (94.4)	37.4**
Troca dinheiro/drogas por sexo				
Sim	652 (26.3)	484 (40.4)	168 (13.2)	
Não	1823 (73.7)	714 (59.6)	1109 (86.8)	236.5**
Uso de droga no serviço				
Sim	42 (1.7)	26 (2.2)	16 (1.3)	
Não	2433 (98.3)	1172 (97.8)	1261 (98.8)	3.1

¹Os totais variam conforme ignorados.

**p<0.01

Na análise univariada, a maioria das variáveis investigadas mostrou-se estatisticamente significativa com o uso de drogas ilícitas na vida (Tabela 5). Em relação às variáveis sociodemográficas, tanto para homens quanto para mulheres foi encontrado valor-p $<0,05$ na associação do uso de drogas com pessoas jovens, solteiras, com baixa escolaridade. Dentre os homens encontrou-se ainda associação significativa com a categoria raça/cor não-branca e dentre as mulheres com aquelas que não possuíam religião. As características clínicas apresentaram associações com uso de drogas estatisticamente significativas comuns aos homens e mulheres, sendo elas: ter diagnóstico de SMI, história prévia de internação e de DSTs. Todas as variáveis de comportamento de risco foram significativas em ambos os sexos.

No modelo final encontrado a partir da análise multivariada (Tabela 6) permaneceram associadas de forma independente e estatisticamente significativa (valor-p $<0,05$) para ambos os sexos as variáveis faixa etária (<40 anos), escolaridade (<5 anos); história positiva de internação, história positiva para DST; uso de tabaco na vida, uso de álcool na vida, história de ter morado na rua, história de encarceramento, idade da primeira relação sexual (<18 anos) e número de parceiros sexuais (2 ou mais). No modelo das mulheres também permaneceu significativa a associação entre uso de drogas e não ter religião. No modelo dos homens a situação conjugal (solteiro) e as histórias de violências física e sexual.

Tabela 5. Análise univariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475).

CARACTERÍSTICAS	<i>Homens (n=1198)</i>					<i>Mulheres (n=1277)</i>				
	Total ¹	Uso de droga	OR	IC (95%)	Valor p	Total ¹	Uso de droga	OR	IC (95%)	Valor p
<i>Sociodemográficas</i>										
Idade										
< 40	594	302 (50.8)	3.46	2.7;4.44	0.000	530	103 (19.4)	1.88	1.38;2.57	0.000
40 ou +	604	139 (23.1)	1.00			747	85 (11.4)	1.00		
Cor/Raça										
Não branco	613	248 (40.5)	1.38	1.09;1.75	0.008	587	96 (16.4)	1.27	0.93;1.73	0.158
Branco	584	193 (33.1)	1.00			689	92 (13.4)	1.00		
Estado civil										
Solteiro/divorciado/viúvo	907	370 (40.8)	2.13	1.58;2.86	0.000	746	132 (17.7)	1.82	1.30;2.55	0.000
Casado/em união/outra	290	71 (24.5)	1.00			531	56 (10.6)	1.00		
Escolaridade										
<5 anos	593	276 (46.5)	2.32	1.82;3.0	0.000	660	120 (18.2)	1.79	1.30;2.47	0.000
≥5 anos	605	165 (27.3)	1.00			617	68 (11.0)	1.00		
Renda nos últimos 6 meses										
Sim	483	179 (37.1)	1.02	0.80; 1.30	0.867	449	66 (14.7)	0.99	0.72;1.37	0.966
Não	708	259 (36.6)	1.00			825	122 (14.8)			
Local de residência										
Instável	209	72(34.5)	0.88	0.64;1.2	0.424	109	13 (11.9)	0.77	0.42;1.41	0.398
Estável	987	369 (37.4)	1.00			1166	174 (14.9)	1.00		
Religião										
Sim	935	353 (37.8)	1.00			1118	154 (13.8)	1.00		
Não	253	87 (34.4)	0.86	0.65;1.16	0.325	155	34 (21.9)	1.76	1.16;2.67	0.007

Tabela 5. Análise univariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475) (continuação).

CARACTERÍSTICAS	<i>Homens (n=1198)</i>					<i>Mulheres (n=1277)</i>				
	Total ¹	Uso de droga	OR	IC (95%)	Valor p	Total ¹	Uso de droga	OR	IC (95%)	Valor p
<i>Clinicas</i>										
Diagnóstico psiquiátrico										
SMI	731	286 (39.1)	1.29	1.01;1.65	0.038	682	115 (16.9)	1.45	1.06;2.0	0.021
Non-SMI	467	155 (33.2)	1.00			595	73 (12.3)	1.00		
Internação										
Atual	537	246 (45.8)	3.17	2.23;4.5	0.000	361	93 (25.8)	4.81	3.18;7.26	0.000
Prévia	411	140 (34.1)	1.94	1.34;2.8	0.000	378	59 (15.6)	2.56	1.65;3.97	0.000
Nunca internou	247	52 (21.1)	1.00			535	36 (6.7)	1.00		
Comorbidades médicas autorrelatadas										
Sim	483	186 (38.5)	1.13	0.89;1.43	0.327	626	83 (13.3)	0.79	0.58;1.08	0.137
Não	700	250 (35.7)	1.00			641	104 (16.2)	1.00		
História de DST										
Sim	311	165 (53.1)	2.48	1.89;3.22	0.000	257	68 (26.5)	2.65	1.89;3.71	0.000
Não	869	273 (31.4)	1.00			1003	120 (12.0)	1.00		
<i>Comportamento de risco</i>										
Uso de tabaco na vida										
Sim	970	414 (42.7)	5.41	3.54;8.24	0.000	798	165 (20.7)	5.57	3.48;8.92	0.000
Não	223	27 (12.1)	1.00			470	21 (4.5)	1.00		
Uso de álcool na vida										
Sim	924	403 (43.6)	4.85	3.35;7.03	0.000	667	147 (22.0)	4.05	2.79;5.88	0.000
Não	269	37 (13.8)	1.00			598	39 (6.5)	1.00		
Já morou na rua										
Sim	255	153 (60.0)	3.43	2.58;4.57	0.000	189	62 (32.8)	3.69	2.59;5.28	0.000
Não	934	284 (30.4)	1.00			1071	125 (11.7)	1.00		

Tabela 5. Análise univariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (n=2475) (continuação).

CARACTERÍSTICAS	<i>Homens (n=1198)</i>					<i>Mulheres (n=1277)</i>				
	Total ¹	Uso de droga	OR	IC (95%)	Valor p	Total ¹	Uso de droga	OR	IC (95%)	Valor p
<i>Comportamento de risco</i>										
Violência física										
Sim	695	330 (47.5)	3.23	2.5;4.2	0.000	736	148 (20.1)	3.21	2.21;4.66	0.000
Não	499	109 (21.8)	1.00			536	39 (7.3)	1.00		
Violência sexual										
Sim	150	86 (57.3)	2.62	1.84;3.70	0.000	339	84 (24.8)	2.7	1.96;3.72	0.000
Não	1040	353 (33.9)	1.00			928	101 (10.9)	1.00		
História de encarceramento										
Sim	493	263 (53.4)	3.41	2.67;4.36	0.000	135	51 (37.8)	4.46	3.02;6.6	0.000
Não	701	176 (25.1)	1.00			1135	136 (12.0)	1.00		
Idade da primeira relação sexual										
< 18 anos	632	299 (47,3)	1.94	1.47;2.56	0.000	561	125 (22.3)	2.68	1.89;3.79	0.000
≥ 18 anos	341	108 (31.7)	1.00			548	53 (9.7)			
Número de parceiros sexuais										
1 ou nunca fez sexo	292	43 (14.7)	1.00			513	21 (4.1)	1.00		
2 ou mais	832	372 (44.7)	4.68	3.3;6.7	0.000	691	159 (23.0)	7.00	4.4;11.54	0.000
Sexo desprotegido										
Sim	909	378 (41.6)	2.78	2.02;3.8	0.000	1055	169 (16.0)	2.15	1.28;3.63	0.003
Não	275	56 (20.4)	1.00			209	17 (8.13)	1.00		

¹Os totais variam conforme ignorados.

Tabela 6. Análise multivariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007.

CARACTERÍSTICAS	Homens (n=1146)			Mulheres (n=1212)		
	OR	IC (95%)	Valor p	OR	IC (95%)	Valor p
<i>Sociodemográficas</i>						
Idade						
< 40	5.59	3.94;7.93	0.000	1.61	1.09;2.38	0.017
40 ou +	1.00			1.00		
Estado civil						
Solteiro/divorciado/viúvo	1.76	1.21;2.57	0.003	-	-	-
Casado/em união/outra	1.00			-	-	-
Escolaridade						
<5 anos	2.25	1.64;3.12	0.000	2.03	1.37;3.01	0.000
≥5 anos	1.00			1.00		
Religião						
Sim	-	-	-	1.00		
Não	-	-	-	1.83	1.11;3.05	0.019
<i>Clinicas</i>						
Internação						
Atual	1.82	1.17;2.84	0.008	3.65	2.25;5.94	0.000
Prévia	1.59	1.0;2.52	0.051	2.03	1.24;3.34	0.005
Nunca internou	1.00			1.00		
História de DST						
Sim	2.13	1.48;3.06	0.000	1.92	1.28;2.88	0.002
Não	1.00			1.00		
<i>Comportamento de risco</i>						
Uso de tabaco na vida						
Sim	5.93	3.51;10.1	0.000	3.52	2.11;5.9	0.000
Não	1.00			1.00		
Uso de álcool na vida						
Sim	2.65	1.66;4.23	0.000	2.11	1.37;3.25	0.001
Não	1.00			1.00		
Já morou na rua						
Sim	2.27	1.57;3.29	0.000	1.94	1.25;3.03	0.003
Não	1.00			1.00		
Violência física						
Sim	1.54	1.1;2.16	0.011	-	-	-
Não	1.00			-	-	-
Violência sexual						
Sim	1.72	1.09;2.71	0.019	-	-	-
Não	1.00			-	-	-
História de encarceramento						
Sim	2.49	1.78;3.5	0.000	1.72	1.04;2.84	0.034
Não	1.00			1.00		

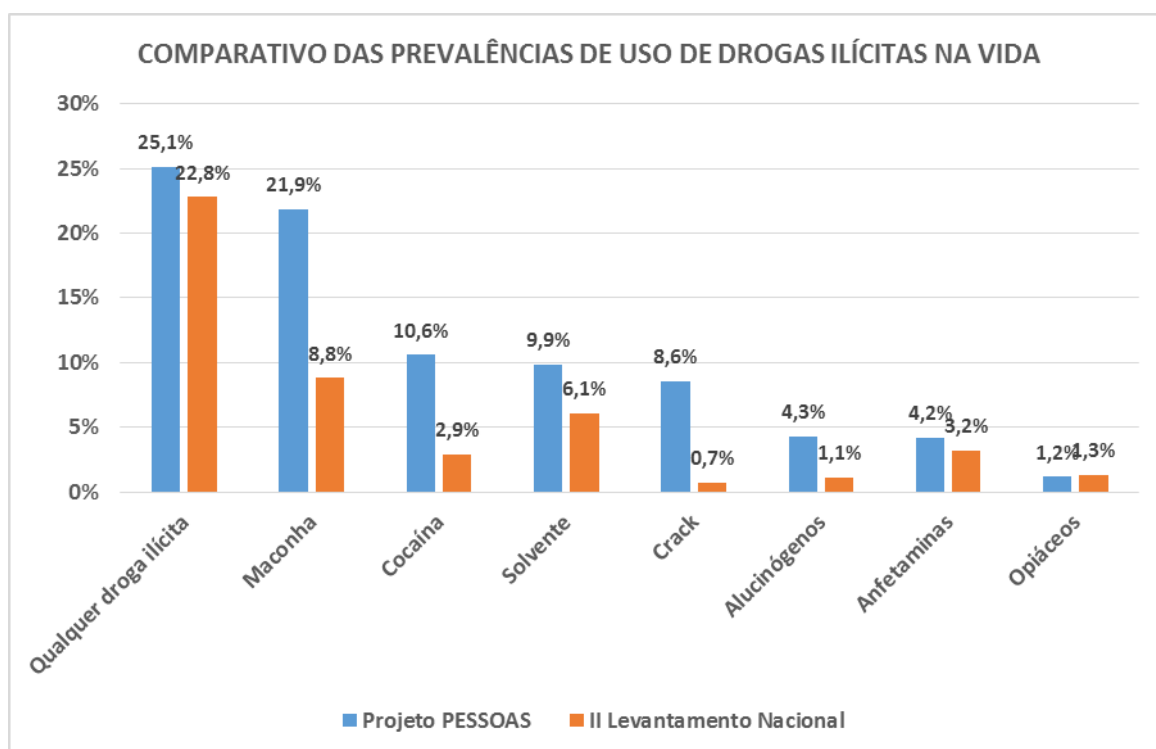
Tabela 6. Análise multivariada estratificada por gênero, Projeto PESSOAS, 2006–2007 (continuação).

CARACTERÍSTICAS	Homens (n=1146)			Mulheres (n=1212)		
	OR	IC (95%)	Valor p	OR	IC (95%)	Valor p
Idade da primeira relação sexual						
< 18 anos	1.44	1.01;2.05	0.043	1.80	1.18;2.72	0.006
≥ 18 anos	1.00			1.00		
Número de parceiros sexuais						
1 ou nunca fez sexo	1.00			1.00		
2 ou mais	1.95	1.19;3.19	0.008	3.34	1.90;5.87	0.000

Prevalência e características sociodemográficas

O uso de alguma droga ilícita na vida (25,4%) e no último ano (11,4%) encontrado neste estudo é superior à prevalência encontrada para a população geral brasileira, à semelhança de evidências encontradas na literatura para outros países (REGIER, 1990; MENEZES et al., 1996; MERIKANGAS et al., 1998; RACHBEISEL et al., 1999; KESSLER, 2004; FRISHER, 2005; CARRÀ; JOHNSON, 2009). Ao comparar os resultados específicos deste estudo com o levantamento brasileiro de base populacional em 2005 (CARLINI, 2007), foram encontradas diferenças no uso na vida: 21,9 e 8,8% para maconha, 10,6 e 2,9% para cocaína, 9,9 e 6,1% para solventes e 8,6 e 0,7% para o crack. A comparação do uso de qualquer substância se mostra limitada devido à inclusão de medicamentos não prescritos como drogas no levantamento brasileiro (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Comparativo das prevalências de uso de drogas ilícitas: Projeto PESSOAS e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, 2007)



No que se refere ao uso no último ano, as diferenças foram 8,8 e 2,6% para maconha, 3,4 e 0,7% para cocaína, 2,4 e 1,2% para solventes e 5,4 e 0,1% para o *crack*. Em pesquisa desenvolvida em Londres, Menezes (1996) encontrou que 43,3% dos pacientes com transtornos psicóticos usaram alguma droga na vida e 4,7% apresentam algum transtorno por uso de droga no último ano. Revisão bibliográfica de pesquisas com psicóticos no Reino Unido (CARRÀ; JOHNSON, 2009) mostrou prevalências referentes a transtornos por uso de drogas que variam entre 16 e 68% na vida e entre 15 e 45% no último ano. Em estudo italiano, 43,5% dos psicóticos preencheram critério para transtornos por uso de drogas na vida (BIZZARRI et al., 2009). Nos Estados Unidos da América (EUA) 14,7% dos portadores de transtorno mental apresentaram abuso-dependência de drogas ilícitas na vida (REGIER, 1990) e 50,9% apresentaram algum transtorno por uso de substância (álcool ou drogas) na vida (KESSLER, 1996).

Para todas as substâncias pesquisadas, os homens apresentaram prevalência de uso maior que as mulheres, sendo respectivamente: maconha (33,6 e 10,8%), cocaína (17,1 e 4,5%), solvente (16,5 e 3,6%) e *crack* (13,7 e 3,8). Menezes (1996) encontra resultado na mesma direção, na qual os homens com transtornos mentais graves apresentaram 2.7 vezes mais chance de ter problemas relacionados ao uso de drogas que as mulheres.

A prevalência do uso na vida de substâncias lícitas encontrado neste estudo também é muito alta, sendo 64,7% para o álcool e 71,8% para o tabaco. A análise dos valores encontrados para a população geral em 2005 (74,6% para o álcool e 44,5% para o tabaco) sugere que, entre os portadores de transtorno mental, o consumo de álcool seja menor e o de tabaco maior quando comparados à população geral. Estudo anterior do Projeto PESSOAS (BARROS et al., 2014) encontrou resultado nesta direção no que se refere ao tabaco. O uso de drogas ilícitas na vida mostrou-se forte e significativamente associado com uso de álcool e tabaco, para homens e mulheres. Hasin et al. (2007) apontam para a consistência das associações entre o abuso de drogas, dependência de nicotina e transtornos por uso de álcool, mesmo quando controlado por características sociodemográficas e outras comorbidades. De Leon et al. (2005) indicam que a sobreposição dos distúrbios tem implicações importantes para o tratamento, uma vez que pacientes com SMI que também abusam de drogas ilícitas e álcool, por exemplo, raramente interrompem o uso de apenas um deles.

As características sociodemográficas associadas ao uso de drogas na população com transtornos mentais assemelha-se às encontradas na população geral e vai ao encontro de resultados de estudos anteriores no que se refere a ser significativamente maior entre homens, jovens (MENEZES, 1996), solteiros e com baixa escolaridade (JANÉ-LLOPIS; MATYSINA, 2006; BOSCOLO, 1999; CARRÀ; JOHNSON, 2009). Ser solteiro foi um fator de risco apenas para os homens e ter religião foi um fator de proteção para as mulheres. Praticar uma religião pode representar uma potencial rede de segurança social que estabelece valores, restrições ou imposições sobre certos comportamentos (YEUNG, 2000; ROOM, 2004; WRAY-LAKE, 2012), exercendo este efeito protetivo em relação ao uso de drogas ilícitas. Em relação às características clínicas, chama atenção que os diagnósticos de SMI não apresentaram associação significativa com o uso de drogas. Isto nos faz questionar se o uso estaria associado a características individuais e aspectos da condição de vida mais do que à gravidade dos sintomas psiquiátricos em si.

Drogas ilícitas e comportamento sexual de risco

Estudos mostram que grande parte da população portadora de transtorno mental é sexualmente ativa e apresenta altas taxas de comportamentos sexuais de risco (MEADE; SIKKEMA, 2007; GUIMARÃES et al., 2009; McKINNON et al., 2001; OLIVEIRA et al., 2012), evidências que dão suporte aos dados encontrados neste estudo. História de DST e número de parceiros sexuais estão associados ao uso de drogas ilícitas em ambos os sexos, o que pode ser entendido pelos possíveis efeitos destas sobre os impulsos e comportamentos sexuais, como aumento da libido, desinibição ou a prática de sexo desprotegido (McKINNON et al., 2001). Estudos anteriores evidenciam a relação entre o uso de drogas e prática de sexo desprotegido (McKINNON et al., 2001; GUIMARÃES et al., 2010). No Brasil, a prevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C se mostrou maior na população psiquiátrica quando comparada com outras populações (GUIMARÃES et al., 2009). O uso de drogas injetáveis tem-se mostrado um fator de risco comum para as infecções sexualmente transmissíveis, mas a proporção de usuários de drogas injetáveis no Brasil é baixa tanto na população geral - considerada inexpressiva no levantamento de 2005 - (CARLINI et al., 2007) quanto na população psiquiátrica brasileira (2.9% neste estudo).

Pacientes portadores de transtorno mental possuem um risco maior que o da população geral de sofrer algum tipo de violência, com maior prevalência de abuso sexual entre as mulheres (VAN DORN et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; KHALIFEH; DEAN, 2010; O'HARE et al., 2010, RACHBEISEL et al., 1999). No entanto, quando avaliamos a associação entre agressão sexual com o uso de drogas ilícitas, é no modelo dos homens que ela se mostrou estatisticamente significativa. Outros estudos encontraram associação entre o uso de drogas ilícitas e abuso sexual (VAN DORN et al., 2012, ALEXANDER, 1996; OLIVEIRA et al., 2012; O'HARE et al, 2010) e diferenças no contexto onde as mesmas mais comumente ocorrem respaldam o resultado encontrado. Entre as mulheres os episódios são causados mais comumente por parceiros no ambiente doméstico, enquanto nos homens são causados por estranhos na rua (OLIVEIRA et al., 2012), ambiente que se mostra mais susceptível à presença de drogas ilícitas. Como apontado por Chartier et al. (2009), os comportamentos de risco à saúde podem estar relacionados com o abuso físico na infância e transtornos mentais. Estudos de revisão indicam que, a longo prazo, o abuso de substâncias é frequentemente relatado por aqueles que sofreram abuso sexual infantil (BROWNE, 1986).

Drogas ilícitas, vulnerabilidade social, violência e encarceramento

O uso de drogas ilícitas está associado de forma independente à história de morar na rua e encarceramento em ambos os sexos e à violência física dentre os homens, fatores que apontam para um contexto de vulnerabilidade desta população. À semelhança dos dados encontrados, Kanaway e Markes (2010) explicam que pessoas que apresentam comorbidade de transtornos mentais e uso de drogas estão mais expostas a riscos como agressão, falta de moradia, encarceramento, entre outros. Estudos anteriores mostram que a população portadora de transtorno mental está mais exposta à violência física que a população geral e que a mesma está associada ao uso de drogas ilícitas, à moradia em situação instável ou na rua (HIDAY et al., 1997; OLIVEIRA et al., 2012; GOLDSMITH, 1999) e à história de encarceramento (OLIVEIRA, 2012; McGUIRE et al., 2004). Há evidências de que os indivíduos com transtorno mental devem ser considerados vítimas de violência em maior medida do que perpetradores (OLIVEIRA, 2012), no entanto alguns autores sugerem aumento de comportamentos violentos quando o uso de drogas ilícitas está presente (CARRÀ; JOHNSON, 2009; STEADMAN et al., 1998; RASANEN et al., 1998). Levantamento britânico revela que de 16 a 42% da população carcerária psicótica apresentou dependência em alguma

droga no ano anterior à prisão (FARELL, 2002). Outros estudos forenses revelam que até dois terços da população carcerária fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e que a presença de transtornos mentais e uso destas substâncias entre eles significou aumento do risco de ser agredido quando comparados àqueles que não possuem transtornos mentais (YOUNG, 2006).

Esta realidade coloca para a gestão pública a importância de desenvolver programas de assistência que possam acessar esta população nos momentos mais vulneráveis, como no período em que estão morando na rua, por exemplo. No Brasil tem sido implementado em âmbito nacional o programa denominado “consultório de rua”, uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Trata-se de um dispositivo clínico-comunitário que oferta cuidados em saúde aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa e promove a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada para acompanhamento continuado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Uso de drogas ilícitas no serviço de saúde

Um dado que chama atenção e traz uma discussão importante é o uso de drogas ilícitas dentro dos serviços de saúde (1,7%). Diferente do que acontece com o tabaco que por ser substância lícita e com alta prevalência tem seu uso permitido dentro de algumas instituições psiquiátricas, o uso de drogas ilícitas não é autorizado nas mesmas. Estudo realizado no estado de Minas Gerais/Brasil revela que poucas instituições possuem, entretanto, alguma norma escrita que norteie a intervenção (GUIMARÃES et al., 2012). Em estudo qualitativo realizado em São Paulo, Lima et al. (2007) ressaltam a invisibilidade dos usuários de drogas dentro de um serviço de atenção a portadores de HIV por parte da equipe de profissionais. Embora reconheçam que lidar com o uso de drogas seja importante, acham estes pacientes mais difíceis de tratar por “tumularem o serviço” ou acreditam que esta abordagem foge às suas atribuições ou não se sentem capacitados para o manejo desses casos.

Uso de drogas ilícitas e prognóstico

Os diversos comportamentos de risco e situações de vulnerabilidade citados evidenciam a gravidade do quadro dos portadores de transtorno mental associado ao uso de drogas, o que se reflete nos índices de internação encontrados. Dados deste estudo mostram que há um gradiente na associação entre uso de substâncias psicoativas e história de internação, no qual os homens e as mulheres que estão internados atualmente apresentam chances maiores de ter usado alguma substância do que aqueles com história de internação, que por sua vez apresentam chances maiores que aqueles que nunca internaram. Estudos revelam que portadores de transtornos mentais que possuem transtorno por uso de drogas associado apresentam baixa adesão ao tratamento, piores prognósticos, pobre suporte social, e comumente requerem tratamentos mais intensivos e atendimentos nos serviços de emergência (MEYER, 2009; CARRÀ; JOHNSON, 2009; KANAWAY; MARKES, 2010; RACHBEISEL, 1999).

Implicações para a assistência ao indivíduo com transtorno mental e uso de drogas

A otimização do serviço e tratamento à comorbidade de transtornos mentais e transtornos por uso de drogas encontra na prática algumas barreiras clínicas, atitudinais e do próprio sistema (TODD et al., 2002). A associação entre transtornos mentais e o uso de drogas geralmente está relacionada a uma complexidade de problemas e necessidades mentais, físicas e sociais, motivo pelo qual os *settings* de tratamento e a estrutura dos serviços podem apresentar grande variabilidade (KANAWAY; MARKES, 2010). As diferentes percepções sobre a etiologia da comorbidade (como vulnerabilidade neurobiológica, fatores genéticos, fatores ambientais, automedicação ou outras) influenciam na escolha das estratégias de prevenção e tratamento, orientando a filosofia e os métodos adotados pelos serviços (TEESSON; BURNS, 2001; McCARTY et al., 2008).

Uma dificuldade frequentemente notada é a separação do tratamento de transtornos mentais e transtornos por uso de substâncias em serviços distintos (BURNAM; WATKINS, 2006; PHILLIPS, 1999). Como consequência, pode haver pouco conhecimento em ambos os serviços sobre os quadros comorbidos (COLE; SACKS, 2008; WATKINS et al., 2001) e alguns indivíduos podem cair no limbo entre os dois serviços e ficar desassistido por ambos compreenderem que o mesmo não preenche

critérios para tratamento na unidade (PHILLIPS, 1999; BARNES; RUDGE, 2003). Quando o paciente recebe tratamento nas duas unidades mas estas não o fazem de maneira coordenada entre os profissionais, as intervenções podem ser incompatíveis, inconsistentes ou incompletas (DRAKE et al, 2008).

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) determina que os portadores de transtornos mentais e por uso de substâncias sejam atendidos no mesmo serviço em cidades menores onde haverá a princípio apenas um dispositivo. Nas cidades com mais de 200 mil habitantes, estão previstos atendimento separados nos CAPS (transtornos mentais) e CAPS AD (transtornos por uso de álcool ou drogas), sendo que ambos pertencem, todavia, à mesma rede de atenção (BRASIL, 2011).

Tendo em vista os frágeis mecanismos de colaboração intersetoriais, a criação de mecanismos de aproximação entre os serviços para oferecer um tratamento de forma integrada tem sido incentivada (HOLT et al., 2007; BURNAM; WATKINS, 2006). Apesar de ainda não definido operacionalmente, a estratégia “no wrong door” ou “sem porta errada” tem sido igualmente incentivada, um princípio orientador que, idealmente, leva todos os clientes a recebem o tratamento adequado, não importando o serviço que eles procurem primeiro (CROTON, 2008; CLARK et al, 2008).

O presente estudo é o primeiro a abordar o uso de drogas ilícitas em uma amostra representativa de pacientes psiquiátricos que recebem cuidados públicos de saúde mental no Brasil. Algumas limitações devem ser, no entanto destacadas. Os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados para todos os pacientes psiquiátricos devido à exclusão de pacientes mais graves que não estavam em condições de participar no momento da entrevista. Os diagnósticos e sintomas psiquiátricos não foram obtidos diretamente, mas a partir de registros no prontuário. Além disso, foram excluídos pacientes que tratavam exclusivamente nos CAPS AD, o que pode ter levado a uma subestimação da prevalência e fatores associados. Nota-se que os dados foram coletados em 2006, podendo haver diferença na estimativa da prevalência em relação ao valor atual. O delineamento transversal deste estudo limita a sua capacidade de estabelecer causalidade direta, sendo necessários estudos com delineamentos prospectivos ou retrospectivos para tal.

10. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo nos permite concluir que, no Brasil, o uso de drogas ilícitas entre pacientes com transtornos mentais é um evento com alta prevalência, apresentando valores mais elevados que o da população geral. Este dado em si coloca a necessidade das equipes das unidades de saúde estarem preparadas para lidar com estes pacientes não como uma exceção, mas como uma condição presente e prevalente que deve ser investigada e tratada no cotidiano dos serviços.

O uso de drogas ilícitas entre os portadores de transtornos mentais está associado à presença de diversos fatores de risco, a situações de vulnerabilidade, assim como a marcadores de gravidade clínica e prognóstica. A fim de abranger a complexidade envolvida, a articulação entre os serviços da saúde e serviços intersetoriais deve ter fluxo pactuado e mesmo privilegiado quando o paciente apresentar múltiplos fatores de risco. A articulação próxima com serviços da assistência social ou Centros de Testagem e Aconselhamento, por exemplo, é essencial para pacientes que estão em situação de rua ou possuem doenças sexualmente transmissíveis.

Os homens apresentaram prevalência de uso maior que as mulheres para todas as substâncias psicoativas, assim como maior força de associação entre a maioria das variáveis analisadas. Estratégias de intervenção voltadas para a especificidade de gênero podem ser realizadas nas unidades abordando as repercussões do uso da droga e possibilidade de minimizar o risco, por exemplo, em relação às violências física e sexual que se mostraram associados ao uso de drogas entre os homens.

Diante dos aspectos acima citados e de outros pontos da discussão, são propostas algumas recomendações:

- Capacitação das equipes tanto dos serviços específicos para o tratamento de álcool e drogas, quanto dos serviços de tratamento dos transtornos mentais para avaliação e diagnóstico dos quadros de comorbidades, compreendendo a gravidade do mesmo e potencializando a construção de um Projeto Terapêutico Individual ampliado;
- Determinação de critérios mínimos a serem contemplados no documento de avaliação inicial nas unidades de saúde mental, uma vez que a elaboração livre

ao nível local pode negligenciar a avaliação de riscos associados aos transtornos mentais ou ao uso de drogas, assim como de aspectos do contexto essenciais para compreensão abrangente dos casos;

- Elaboração de norma escrita que oriente a intervenção nos casos onde houver uso de droga dentro das unidades de saúde e capacitação da equipe – nível superior e nível médio – para lidar com estas situações. A formação é imprescindível para evitar que constrangimentos, preconceitos ou outros receios pessoais inviabilizem a abordagem ou banalizem o uso;
- Melhor definição, no que compete à política pública, dos critérios de inclusão dos pacientes nas diferentes unidades de tratamento e do processo de trabalho necessário para operar os fluxos entre as unidades, evitando que o paciente fique desassistido ou que tenha que percorrer várias unidades até que seja acolhido.

Concluimos por fim, que nossos resultados têm importantes implicações para a assistência psiquiátrica no Brasil. O tratamento de pacientes psiquiátricos que usam drogas ilícitas é um grande desafio para os serviços de saúde mental. Muitas vezes, os profissionais não estão preparados para ajudar esses pacientes e os serviços não estão estruturados para proporcionar um tratamento de alta qualidade ou de referência. Há uma necessidade de integração de diferentes serviços e elaboração de estratégias voltadas para a especificidade de gênero para atender a essa população que apresenta grande vulnerabilidade.

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBEDAÑO, R; FERNANDÉZ, A; VENTURA, C; ESTARIO, J. Consumo de Substancias Psicoativas em dos Regiones Argentinas y su Relación com Indicadores de Pobreza. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.5, p. 899-908, 2013.

ALEXANDER MJ. Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 66, n.1, p.61-70, 1996.

BANERJEE, S. C., CARMEL. CROME, ILANA. **Co-existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse (dual Diagnosis)**. Commissioned by the Department of Health, 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/books/about/Co_existing_Problems_of_Mental_Disorder.html?hl=pt-BR&id=SkWaHAAACAAJ>.

BARNES L, RUDGE T. Cooperation and comorbidity: managing dual diagnosis in rural South Australia. **Collegian**, v.10, n.2:25-8.

BASTOS, Francisco; BERTOLINI, Neilane, HACKER, Mariana. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, p.109-17, 2008.

BECKER, Anne E; KLEINMAN, Arthur. Mental Health and the Global Agenda. **N Engl J Med**, v. 369, p. 66-73, 2013.

BIZZARRI JV, RUCCIB P, SBRANAB A et al. Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. **Psychiatry Research** ,1v.65, p.88–95, 2009.

BOSCOLO, Marília Montuya. Álcool e Drogas na Esquizofrenia. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas, São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Relatório interno. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Casos de Aids notificados: janeiro a dezembro de 2003. Boletim Epidemiológico, [S.l.], ano 17, n. 1, 2004a.

_____. Portaria nº 3.033, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 10**. Brasília, 2012.

BROWN S, INSKIP H, BARRACLOUGH B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. **Br J Psychiatry**, v. 177, p.212-7, 2000.

BROWNE A, FINKELHOR D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. **Psychol Bull**, v. 99, n.1, p.66-77, 1986.

BURNAM MA, WATKINS KE. Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care. **Health Aff**, v.25, n.3: 648-58, 2006.

CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. A “perfect storm” in developing countries: economic growth and the alcohol industry. **Addiction**, v. 101, p. 149-152, 2006.

CAMPOS, Lorenza Nogueira; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CARMO, Ricardo Andrade; MELO, Ana Paula Souto; OLIVEIRA, Helian Nunes; ALKINGTN, Katherine ; MCKINNIN, Karen. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup 4, p.607-S620, 2008.

CANAWAY, R.; MERKES, M. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Aust Health Rev*, v. 34, n. 3, p. 262-8, Aug 2010. ISSN 0156-5788 (Print)0156-5788. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1071/ah08723> >.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 380 p., 2002.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO S.A.; MOURA, Y.G.; SANCHEZ, Z.V.M. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 468 p., 2007.

CARLINI et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

CARRÀ, G.; JOHNSON, S. Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK: A systematic review. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, p.429–447, 2009.

CEBRID. **Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em Relação às DST/AIDS**. São Paulo, 2004.

_____. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. Brasília, 2010.

CHAMBERLAIN, Chris; JOHNSON, Guy. Are the Homeless Mentally Ill? **Australian Journal of Social Issues**, vol. 46, n.1, p. 29-48, 2011.

CHARTIER MJ, WALKER JR, NAIMARK B. Health risk behaviors and mental health problems as mediators of the relationship between childhood abuse and adult health. **Am J Public Health**, v. 99, p. 847-54, 2009.

COLE M, SACKS T. When dual diagnosis means no diagnosis: co-occurring mental illness and problematic drug use in clients of alcohol and drug services in eastern metropolitan Melbourne. **Mental Health and Substance Use. Dual Diagnosis**, v.1, n.1: 33-43, 2008.

CROTON G. Australian treatment system's recognition of and response to co-occurring mental health and substance use disorders – a submission to the 2005 Senate Select Committee on Mental Health; 2005.

DAWE S, LOXTON NJ, HIDES L, KAVANAGH DJ, MATTICK RP. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing; 2002.

DEGENHARDT, Louisa; HALL, Wayne. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**, v. 7, n.379, p. 55-70, jan 2012.

DE HERT, Marc et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. **World Psychiatry**, v. 10, n.1, p. 52-77, feb 2011.

DE LEON J; DIAZ FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. **Schizophr Res**, v. 76, n.2-3, p.135-57, 2005.

DEL RIO, Fernando Pérez. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. **Norte de salud mental**, vol. XI, nº 45, p. 66-74, 2013.

DÍAZ NEGRETE, Bruno; GARCÍA-AURRECOECHEA, Raúl. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. [Rev. panam. salud pública](#), v. 24, n.4, p.223-232, oct 2008.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo. Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.32, supl I, p. 41-45, mai 2010.

DRAKE RE,O'NEAL EL, WALLACH MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. **J Subst Abuse Treat**, v. 34, n.1: 123-38, 2008.

DUAILIB, RB; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Profile of Cocaine and *Crack* Users in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.24, suppl 4, p. 545-57, 2008.

FARRELL M, BOYS A, BEBBINGTON P et al. Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. **Br J Psychiatry**, v.181, p.393-398, 2002.

FERGUSSON, Davi M; BODEN, Joseph M.; HORWOOD, L. Jonh. The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. **Drug and Alcohol Dependence**, v.96, p. 165-177, mar 2008.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em 28 de set 2013.

FRISHER, M.; CROME, I.; MACLEOD, J.; MILLSON, D.; CROFT, P. Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. **J Epidemiol Community Health**, v. 59, p.847–850, 2005.

FRYERS, Tom. The distribution of the Common Mental Disorders: social inequalities in Europe. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, p.1-14, 2005.

GIANTZ et al. Mental Disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. **Psychol Med**, v.39, n.8, p.1365-1377, 2009.

GOLDSMITH, R. Jeffrey. Overview of Psychiatric Comorbidity: Practical and Theoretic Considerations. **Addictive Disorders**, vol 22, n.2, p.331-349, jun 1999.

GORE, F. et al. Global Burden of Disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. **Lancet**, v.7, n. 377, p. 2093-102, june 2011.

GREGG, Lynsey; BARROWCLOUGH, Christine; HADDOCK, Gillian. Reasons for increased substance use in psychosis. **Clinical Psychology Review**, v. 27, p. 494–510, 2007.

GUIMARÃES, J.L; GODINHO, P.H.; CRUZ, R.; KAPPANN, J.I.; JUNIOR, A.T. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 130-2, 2004.

GUIMARÃES, M.D.C. (Org) et al. Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: desafios e perspectivas. 1.ed. Brasília: Ministério da saúde, vol 2. 252p., 2008.

GUIMARÃES, M.D.C.; CAMPOS, L.N., MELO, A.P.S.; CARMO, R.A.; MACHADO, C.J.; ACURCIO, F.A.. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults

with mental illness: a multicenter study in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n.1, p. 43-7, 2009.

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; MCKINNON, Karen; CAMPOS, Lorenza Nogueira; MELO, Ana Paula Souto; WAINBERG, Milton. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, nº 4, dez 2010.

HASIN DS, STINSON FS, OGBURN E, GRANT BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Arch Gen Psychiatry**, v.64, n.7, p.830-42, 2007.

HIDAY VA, SWARTZ MS, SWANSON JW et al. Criminal Victimization of Persons With Severe Mental Illness. **Psychiatr Serv**, v. 50, n.1, p.62-8, 1999.

HOLT M, TRELOAR C, MCMILLAN K, SCHULTZ L, SCHULTZ M, BATH N. Barriers and incentives to treatment for illicit drug users with mental health comorbidities and complex vulnerabilities. 2007; Monograph Series No. 61. Available at <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/mono61>.

HUDSON, Christopher G. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 75, N. 1, p.3–18, 2005.

JANE ´LLOPIS, E; MATYTSINA, I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. **Drug and Alcohol Review.**, v. 25, p.515–536, nov. 2006.

KHALIFEH H.; DEAN, K. Gender and violence against people with severe mental illness. **International Review of Psychiatry**, v.22. n.5: 535-546, 2010.

KESSLER, R. C. The Epidemiology of Dual Diagnosis. **BIOL PSYCHIATRY**, v56, p.730–737, 2004.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE C. A.; ZHAO S et al. Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the Unites States. **Archives of General Psychiatry**. Jan, 1994.

KESSLER, R. C; BERGLUND P; GLANTZ M, et al. Estimating the prevalence and correlates of serious mental illness in community epidemiological surveys. In: Manderscheid RW, Henderson, M, eda. *Mental Health United States 2002*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Serices, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services, 2002.

LARANJEIRA R (org.). **II Levantamento Nacional de álcool e Drogas**. UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas). São Paulo, 2014. Disponível em:

<<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em 03 de fev 2015.

LIMA, M.; COSTA, J.A.; FIGUEIREDO W.S. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev Saúde Pública**, v.41 (Supl.2), 2007.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n. 3, p. 451-467, 2008.

MEADE CS, SIKKEMA KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. **Clinical Psychology Review**, v.25, p.433-457, 2007.

McCARTY D, FULLER B, KASKUTAS LA, WENDT WW, NUNES EV, MILLER M *et al.* Treatment programs in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. **Drug Alcohol Depend**, v.92, n.1-3: 200-7, 2008.

MCKINNON K, COURNOS F, HERMAN R. A Lifetime Alcohol or Other Drug Use Disorder and Specific Psychiatric Symptoms Predict Sexual Risk for HIV Infection Among People With Severe Mental Illness. **AIDS and Behavior**, v.5, n.3, p.233-240, 2001.

MCKINNON K, COURNOS F, HERMAN R. Hiv among people with chronic mental illness. **Psychiatric Quarterly**, v.73, n.1, p.17-31, 2002.

McNIEL DE, BINDER RL, ROBINSON JC. Incarceration Associated With Homelessness, Mental Disorder, and Co-occurring Substance Abuse. **Psychiatric Services**, v. 56, n.7, p.840-6, 2005.

MENEZES, Paulo Rossi. RATO, Lilian R.C. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 39, p. 212–217, 2004.

MENEZES, P.R.; JOHNSON, S.; THORNICROFT, G.; MARSHALL, J.; PROSSER, D.; BEBBINGTON, P.; KUIPERS, E.; Drug and Alcohol Problems among Individuals with Severe Mental Illnesses in South London. **British Journal of Psychiatry**, v 168, p. 612-619, 1996.

MERIKANGAS, K. R.; MEHTA, R. L.; MOLNAR, B. E. *et al.* Comorbidity Of Substance Use Disorders With Mood And Anxiety Disorders: Results Of The International Consortium In Psychiatric Epidemiology. **Addictive Behaviors**, Vol. 23, No. 6, pp. 893–907, 1998.

MEYER D. *et al.* Mental Disorders as risk factors for later substance dependence. **Psychol Med**, v. 39, n. 8, p. 1365-1377, aug 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consultórios de Rua do SUS. Brasília, Brasil, 2010.

MOORE E. *et al.* The impact of alcohol and illicit drugs on people with psychosis: the second Australian National. **Aust N z J Psychiatry**, v. 46, n. 9, p. 864-78, sep 2012.

MUESER KT; DRAKE RE; WALLACH MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. **Addict Behav**, v. 23, n.6: 717-34,1998.

NEGRETE, B. D.; GARCÍA-AURRECOECHEA, R. [Psychosocial risk factors for illicit drug use in a sample of Mexican high school students]. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 4: p. 223-32, oct 2008.

NÓBREGA, M.P.S.S.; SIMICH, L.; STRIKE, C.; BRANDS, B.; GIESBRECHT, N.; KHENIT, A.; Policonsumo Simultâneo de Drogas Entre Estudantes de Graduação da Área de Ciências da Saúde de uma Universidade: Implicações De Gênero, Sociais e Legais, Santo André – Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, p. 25-33, 2012.

NUNES et al. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female *crack* cocaine users in Salvador-Bahia, Brazil. [Braz J Infect Dis](#), v. 1, n. 6, p.561-6, dec 2007.

OFFORD D, BOYLE C. D, et all. One-year prevalence of psychiactic disorder in Ontarians 15-64 years of age. **Can J Psychiatry**; v.41, p.559-63, 1996.

O'HARE T, SHEN C, SHERRER M. High-Risk Behaviors and Drinking-to-Cope as Mediators of Lifetime Abuse and PTSD Symptoms in Clients With Severe Mental Illness. **Journal of Traumatic Stress**, v.23, n.2, p.255–263, 2010.

OLIVEIRA, Helian Nunes. **Violência contra indivíduos com transtorno mental: Projeto Pessoas**. 2012. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

OLIVEIRA HN, MACHADO CJ, GUIMARÃES MDC. Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.47, p.1567–1579, 2012.

PECHANSKY et al. Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de Drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1651-1660, nov-dez 2004.

PETRONIS, KR; ANTHONY JC. A different kind of contextual effect: geographical clustering of cocaine incidence in the USA. **J Epidemiol Community Health**. v. 57, n.11, p. 893-900, 2003.

PHILLIPS P. Dual diagnosis: a review of approaches to care. *Ment Health Nurs* 1999; 19(6): 10–3.

PHILIPS, P.; JOHNSON, S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 36, p.269–276, 2001.

PILLON, S.C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K.A.P.. A Relação Entre o uso de Drogas e Comportamentos de Risco Entre Universitários Brasileiros. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n. esp, p. 1-8, nov-dez 2005.

POSSAS, C.A; SIMÃO, M.B.G.; DELGADO, P.G.G.; GALBINSKI, K.; Sá, M. de; Políticas Públicas de Prevenção e Atenção às IST/HIV/AIDS no Serviços de Saúde Mental no Brasil. In: Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: desafios e perspectivas. 1.ed. Brasília: Ministério da saúde, vol 2. 252p. 2008.

PRADO, J.A.; KERR-CORRÊA, F.; LIMA, M.C.; SILVA, G.G.A.; SANTO J.L.F. Relations between Depression, Alcohol and Gender in the Metropolitan Region of São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2425-2434, 2012.

RACHBEISEL, J.; SCOTT, J.; DIXON, L. Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: A Review of Recent Research. **Psychiatric Services**, v. 50, n.11, p.1427-34, nov 1999.

RASANEN P, TÄHONEN J, ISOHANNI M, RANTAKALLIO P, LEHTONEN J, MORING J. Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. **Schizophrenia Bulletin**, v.24, n.3, p.437-441, 1998.

REGIER D.A. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA**, v. 21, n. 264(19), p.2511-8, nov 1990.

ROBERTSON JA, PLANT MA. Alcohol,sexandrisksof HIV infection. **Drug and Alcohol Dependence**, v.22, p.75-78, 1988.

ROSENTHAL, R. N.; NUNES, E. V.; LE FAUVE, C. E. Implications of Epidemiological Data for Identifying Persons with Substance Use and Other Mental Disorders. **The American Journal on Addictions**, v.21, p. 97-103, 2012.

SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4. Ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

SCHIMNAR A, ROTHBARD A, KANTER R, JUNG Y. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. **Am J Psychiatry**, v. 147, p. 1602-8, 1990.

SCRIBNER Richard; THEALL, Katherine P.; SIMONSEN, Neal; ROBINSON, William. HIV Risk and the Alcohol Environment: Advancing an Ecological Epidemiology for HIV/AIDS. **Alcohol Research & Health: Alcohol and HIV/AIDS**, v. 33, n.3, 2010.

SILVA, E.F.; PAVANI, R.A.B.; MORAES, M.S.; NETO, F.C. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1151-1158, 2006.

SILVA, L.V.R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUKI, V.A.; ANDRADE, A.G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.2, p. 280-8, 2006.

SILVEIRA, C. M.; SIU, E.R.; WANG, Y.; VIANA, M.C.; ANDRADE, A.G.; ANDRADE, L.H. Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. **CLINICS**, v. 67, n. 3, p. 205-212, 2012.

SIMS J; IPHOFEN R; PAYNE K. The triangular treatment paradigm in dual diagnosis clients with a mental illness. **J Subst Use**, v.8, n.2: 112-18, 2003.

STALL R, MCKUSICK L, WILEY J. Alcohol and drug use during sexual activity: Compliance with safe sex for AIDS. **Health Education Quarterly**, v. 13, p.359–371, 1986.

STEADMAN HJ, MULVEY EP, MONAHAN J et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. **Arch Gen Psychiatry**, v. 55, n.5, p.393-401, 1998.

SWENDSEN J, CONWAY KP, DEGENHARDT L, GLANTZ M, JIN R, MERIKANGAS KR, SAMPSON N, KESSLER RC. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. **Addiction**, v.105, n.6, p.1117-28, 2010.

TEESSON M, BURNS L (Eds). National Drug Strategy and National Mental Health Strategy, National Comorbidity Project. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2001.

TEESON M., HALL W., LYNSKEY M., DEGENHARDT L. Alcohol and drug-use disorders in Australis: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. **Aust NZ J Psych**, v. 34, p.2006-13., 2000.

TODD FC, SELLMAN D, ROBERTSON PJ. Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. **Aust N Z J Psychiatry**, v.36, n.6:792-9, 2002.

UNODC (United Nation Office on Drug and Crime). **World Drug Report**. Vienna, 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>.

UNODC (United Nation Office on Drug and Crime). **World Drug Report**. Vienna, 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr/>.

VAN DORN RR, VOLAVKA J, JOHNSON N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use. Soc Psychiatry **Psychiatr Epidemiol**, v. 47, p.487–503, 2012.

VIEIRA, P.C.; AERTS, D.R.G.C.; FREDDO, S.L.; BITTENCOURT, A.; MONTEIRO, L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2487-2498, 2008.

WATKINS KE, BURNAM A, Kung F, PADDOCK S. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*, v.52, n.8: 1062-8, 2001.

WHO (World Health Organization). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). 10th Rev. Geneva, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10-F19>

WHO (World Health Organization). Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, 2010b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/>. Acessado em 01 de set 2013.

WHO (World Health Organization). Global Status Report on Noncommunicable Disease. Geneva, 2011b. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/.

WHO (World Health Organization), **Health Topics**. 2013. In: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/.

WILK, J.; WEST, J.; RAE, D.S.; REGIER, D.A. Relationship of Comorbid Substance and Alcohol Use Disorders to Disability among Patients in Routine Psychiatric Practice. **The American Journal on Addictions**, v. 15, p. 180–185, 2006.

WHITEFORD, H A; DEGENHARDT, L; REHM, J; BAXTER et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**. V. 382, nov. 9, 2013.

WRAY-LAKE L, MAGGS JL, JOHNSTON LD, BACHMAN JG, O'MALLEY PM, SCHULENBERG JE. Associations between community attachments and adolescent substance use in nationally representative samples. **J Adolesc Health**, v. 51, p.325-31, 2012.

YEUNG JW, CHAN YC, LEE BL. Youth religiosity and substance use: a meta-analysis from 1995 to 2007. **Psychol Rep**, v.105, p.255-66, 2000.

YOUNG A. Dual diagnosis and forensic care. Are the needs of service users being met? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.13: 117-124, 2006.

ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo ao Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

02/12/2014 Gmail - SPPE: A manuscript number has been assigned to Illicit Drug Use Among Psychiatric Patients in Brazil: a national representative study



Miriam Nahas <minahasto@gmail.com>

SPPE: A manuscript number has been assigned to Illicit Drug Use Among Psychiatric Patients in Brazil: a national representative study

1 mensagem

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (SPPE)

1 de dezembro de 2014

<em@editorialmanager.com>

23:21

Responder a: "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (SPPE)" <ramya.balu@springer.com>

Para: Miriam Almeida Nahas <minahasto@gmail.com>

Dear Miss Nahas,

Your submission entitled "Illicit Drug Use Among Psychiatric Patients in Brazil: a national representative study" has been assigned the following manuscript number: SPPE-D-14-00633.

You can check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://sppe.edmgr.com/>.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Editorial Office
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

ANEXO B – Artigo submetido: “*ILLCIT DRUG USE AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS IN BRAZIL: A NATIONAL REPRESENTATIVE STUDY*”

ILLCIT DRUG USE AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS IN BRAZIL: A NATIONAL REPRESENTATIVE STUDY

Miriam Almeida Nahas¹

Ana Paula Souto Melo^{2,3}

Francine Cournos⁴

Karen McKinnon^{5,6,7}

Milton L. Wainberg⁶

Mark Drew C. Guimarães^{3,7}

1 Minas Gerais State Health Department, Belo Horizonte, Brazil

2 Federal University of São João Del-Rei, Divinópolis, Brazil;

3 Graduate Program in Public Health, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brazil

4 Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, U.S.A.

5 HIV Center for Clinical and Behavioral Studies, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, NY, USA

6 New York State Psychiatric Institute, Columbia University, New York, NY, USA

7 Columbia HIV Mental Health Training Project, New York State Psychiatric Institute/Columbia University, New York, NY.

Corresponding Author: Miriam Almeida Nahas.

Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil. Telefone: +55

31 91161796. E-mail: miriamnahas@yahoo.com.br.

Abstract

Objective: The present study estimates the prevalence of lifetime illicit drug use and associated factors among patients with mental illness in Brazil, stratified by gender. *Method:* Cross-sectional representative sample of psychiatric patients (2,475 individuals) randomly selected from 11 hospitals and 15 public mental health outpatient clinics (CAPS) self-reported drug use, socio-demographic, clinical and behavioral data through face-to-face interviews. Logistic regression was used to estimate associations with illicit drug use. *Results:* The prevalence of any lifetime illicit drug use was 25.4%. Men had higher lifetime prevalence than women for all substances (36.8% and 14.7%, respectively). Being single and having a history of physical and sexual violence was associated with drug use in men only; not professing a religion was associated with drug use in women only. For both men and women, younger age, lower education, prior hospitalization, having a sexually transmitted disease (STD), alcohol and tobacco use, history of homelessness and incarceration, younger age at sexual debut and having more sexual partners were statistically associated with illicit drug use. *Conclusion:* Lifetime illicit drug use among psychiatric patients was higher than among the general Brazilian population and was associated with multiple factors including markers of poor prognosis. Our data indicate the need for the development of gender-based drug-use interventions among psychiatric patients in Brazil. Integration of substance use treatment strategies with mental health treatment should be a priority.

Key words: Mental illness – Illicit Drug – Gender – Multicenter Study – Brazil

Introduction

Illicit drug abuse and dependence are important public health issues worldwide. World Health Organization (WHO) data show that substance use and mental disorders are, together, the number one cause of years lost due to disability (22% of YLD) and the fifth highest cause of disability-adjusted life years (7,4% of DALYs) [1]. During 2010, 3.4 to 6.6% of the worldwide adult population had used some illicit substance, and 10 to 13% of these demonstrated abuse or dependence.

Illicit drug use impressively increases the probability of having health risk behavior and is associated with higher rates of overdose, suicide, violence, HIV infection and sexual risk behavior [2, 3]. Injecting drugs further increases these risks, and needle sharing may transmit blood-borne diseases among users [2].

The association between mental disorders and psychoactive substance use has been frequently discussed in the literature since the 1990's. Despite varying prevalence rates in different countries [4], high prevalence of illicit drug use in this population is evident [5-11]. Data from the U.S.A. indicate that while 3.7% of people without history of mental illness had a history of lifetime drug abuse or dependence, the rate was 14.7% (OR=4.7; 95% CI: 3.5-6.3) among those with any lifetime mental illness diagnosis [5]. In the United Kingdom, Fisher et al. [10] demonstrated that psychiatric patients had a two-fold increased chance of developing a substance use disorder as compared to those with no mental disorders. A study carried out in São Paulo, Brazil, showed that 4.7% of adult patients with severe mental illness (SMI) in treatment fulfilled criteria for abuse or dependence of illicit drug use and 8.3% had used an

illicit substance in the past year [12]. A current comorbid substance use disorder was present in 11.2% of a sample of outpatients with SMI in Rio de Janeiro, Brazil [13].

Illicit drug use is associated with multiple factors, including low socioeconomic status [14, 15], child sexual abuse, parental violence, parents or sibling who also use drugs, and being younger, male, single and with lower schooling [16, 17]. Similar to the general population, drug use among patients with mental illness is higher among those who are male, younger [6, 17, 18; 19], single [6, 20], have family members who use drugs [17, 20], and/or have a history of homelessness or incarceration [5, 21].

The difference in rates of drug use between men and women is impressive. Use among women is lower than among men, with differences that vary from a 3:4 ratio in the United States to 1:10 in India and Indonesia [2], indicating higher vulnerability among men. The only instance in which this ratio is reversed is in the use of tranquilizers and sedatives. Comorbidity between severe mental illness and substance use disorders is more prevalent among men [22], whereas women with alcohol or drug-associated disorders had a two-fold increased risk of having depressive and anxiety disorders when compared to men [23].

Illicit drug use and mental illness can have a negative impact on health such as reducing adherence to treatment and worsening prognosis, leading to more intensive and expensive treatments in emergency settings [8, 11, 24]. However, few surveys on the association between illicit drug use and mental illness have been conducted in low and middle-income countries [19]. In Brazil, there is scarce published data on illicit drug use among patients with mental illness; in particular, there are no studies with a national representative sample. The current study aims to estimate the prevalence by gender of lifetime illicit drug use among patients with mental illness in treatment in outpatient psychiatric settings and psychiatric hospitals in Brazil. We anticipated elevated rates of illicit drug use among psychiatric patients and gender differences in the sociodemographic, clinical, and risk behavior factors associated with illicit drug use.

Methods

We obtained data from a large national multicenter cross-sectional study conducted in 2006, the main objective of which was to determine the prevalence of infection with HIV, syphilis and hepatitis B and C in a sample of adult psychiatric patients (18 years of age or older) in treatment in Brazil [25].

The study was carried out with 2,475 patients recruited from 11 psychiatric hospitals and 15 public mental health outpatient clinics known as Psychosocial Care Centers (CAPS) distributed in the five main Brazilian regions. Sample size was proportional to the type of care (hospital or CAPS) and to the distribution of AIDS cases in the regions. Among 3,255 patients recruited, 2,763 (84.9%) were considered eligible. From these, 288 (10.4%) did not participate for various reasons (such as refusal, non-attendance, death), totaling a 26% loss for the interview, below the initial estimate of 40%. CAPS that treated exclusively substance use disorders were excluded in order to avoid overrepresentation of selected risk behaviors and/or prevalence rates regarding illicit drug use. Sample size calculation considered 50% average estimate of the conditions, 0.2% precision, 5% confidence level and a potential 40% loss. A two-stage sampling procedure was carried out, a random selection of centers in each region followed by random selection of participants within each center.

Patients who agreed to participate in the research and were considered eligible underwent a face-to-face interview with a semi-structured questionnaire tested in a preliminary pilot study [26] to collect information about health care, behavioral characteristics and sociodemographic profile. Healthcare professionals who worked at the treatment services administered the interviews. Additional clinical data such as diagnosis and treatment characteristics were collected from the medical records. Further, serologic tests for detection of antibodies to syphilis, hepatitis B and C, HIV were performed. The study included only patients able to provide written informed consent and who were able to answer the questionnaire after the administration of a preliminary assessment adapted from the *Minimal State Examination* (MMSE). Further details have been previously published [26].

Exposure variables and event

The outcome of interest for this analysis was lifetime illicit drug use (i.e., ever). Illicit drugs were defined as marijuana, cocaine, *crack*, hallucinogens, amphetamines, opiates, solvents or other non-prescribed and/or illegal drugs.

Potential explanatory variables were divided into three groups: sociodemographics, clinical characteristics and risk behavior. *Sociodemographic* characteristics included age, skin color, marital status, schooling, having an income in the last six months, place of residence and professing a religion. Mean sample age (40 years old) was used as a cut-point. Skin color was dichotomized as nonwhite and white. For marital status, those who were single, separated/divorced or widowed were collapsed into one category. The cut-point for schooling was 5 years (first cycle of elementary school). For housing, those living in houses or apartments were considered stable while those living in shelters, pensions, hostels, and on streets were grouped as unstable. *Clinical characteristics* included main psychiatric diagnosis, history of hospitalization, medical comorbidities and history of STDs. The main psychiatric diagnosis was classified according to the International Classification of Diseases (ICD-10), defined by a psychiatrist as registered in the medical chart. This variable was dichotomized into severe mental illness (SMI) and compared to the other diagnoses. Severe mental illnesses included diagnoses of schizophrenia, bipolar disorders and depression with psychotic symptoms (SCHIMNAR, 1990). History of hospitalization was analyzed by dividing the sample into three categories: those who were hospitalized in one of the participating psychiatric hospitals during the study; those who were under care in CAPS but with a history of previous hospitalization; and those who were under care in CAPS and had never been hospitalized. *Risk behavior characteristics* included the following variables: lifetime tobacco use, lifetime alcohol use, history of homelessness, history of physical and sexual violence, history of incarceration, age of first sexual intercourse, number of partners and practice of unprotected sex. Lifetime risk behavior self-reports have demonstrated reliability [26]. The cut-point for age at first sexual intercourse was 18 years old (adulthood). Finally, those with two or more lifetime sexual partners were compared to those with only one or no partners and unprotected sex was defined as not always using condoms in all sexual practices (ever).

Statistical Analysis

Analyses were conducted separately for men and women. Descriptive analyses were carried out and the lifetime prevalence of illicit drug use was calculated by dividing the number of people who reported ever using any illicit drug by the number of participants, with 95% confidence interval (95% CI). For the univariate analysis, differences in proportion were assessed by Pearson chi-square test, and the magnitude of the associations was estimated by the Odds Ratio (OR) with 95% CI. A multivariate logistic model was used to estimate the independent effect of potential explanatory variables, using a backward sequential deletion method. Variables that presented a p -value < 0.20 in the univariate analysis were initially included. Wald test was used to assess the statistical significance of each variable. Only those with p -value < 0.05 remained in the final model. Model fit was assessed by the Hosmer-Lemeshow test. For statistical analysis, EPI-INFO 7 and STATA 12 were used.

Results

All participants who answered the questionnaire were included in the study ($n=2,475$): 51.6% women ($n=1,277$) and 48.4% men ($n=1,198$). As shown in Table 1, most men and women were 40 years old or over, single, with no income in the last 6 months, had stable housing and professed a religion. Men were more likely than women to be single (75.8%) and live in unstable housing (17.5%), whereas women were more likely than men to profess a religion (87.8%). Men also were more likely than women to have a severe mental illness diagnosis (61.0%), to be hospitalized during the study period (45.0%) and to have a prior history of hospitalization (34.4%). Overall, high prevalence of self-reported medical comorbidities (45.3%) and history of STDs (23.3%) was also found. In addition, men had higher proportions than women of tobacco smoking, alcohol drinking, early sexual debut (< 18 years old), more than one lifetime sexual partner, and history of incarceration and homelessness whereas women had higher proportions than men of history of sexual violence and lifetime unprotected sex (Table 1).

The overall prevalence of any illicit drug use was 25.4% ever and 11.4% in the last year, (Table 2). As compared to women, men had a higher prevalence of drug use, 14.7% vs. 36.8% for lifetime and 5.6% vs. 17.5% in the last year. For both men and women, the substance used with the highest prevalence was marijuana (21.9% lifetime and 8.8% in the past year), followed by cocaine (10.6% lifetime and 3.4%, in the past year). Both were more prevalent among men than women. A small proportion of the sample (2.9%) reported lifetime injection drug use, and use of more than one drug was reported by 24.1% of men and 5.7% of women. Finally, men had higher proportions of drug use during sex (13.4%) and exchange of money or drugs for sex (40.4%) as compared to women (5.6% and 13.2%, respectively) (Table 2).

In the univariate analysis, most of the variables investigated were statistically associated ($p < 0.05$) with lifetime illicit drug use (Table 3) for both men and women, including being younger, being single, having less schooling, having an SMI diagnosis, previous history of hospitalization, and STD history. On the other hand, skin color (non-white) was associated with illicit drug use among men only and not professing a religion among women only.

The final multivariate models (Table 4) indicated that age (< 40 years old), less schooling (< 5 years), history of hospitalization and STDs, lifetime tobacco use, lifetime alcohol use, history of homelessness and incarceration, age at sexual debut (< 18 years old) and number of sexual partners (two

or more) remained independently associated ($p < 0.05$) with illicit drug use for both genders. In addition, not professing a religion also remained statistically significant among women and marital status (single) and history of physical and sexual violence among men in the respective final models. Having an SMI diagnosis did not remain significant.

Discussion

Our study found rates of both lifetime (25.4%) and past year (11.4%) illicit drug use among psychiatric patients higher than those in the Brazilian general population, and this is similar to results found in other countries [5-11]. Also, we found higher proportions of drug-specific use than a Brazilian population-based survey carried out in 2005 for both periods, lifetime (21.9% and 8.8% for marijuana, 10.6% and 2.9% for cocaine, 9.9% and 6.1% for solvents, 8.6% and 0.7% for *crack* use, respectively), and in the past year (8.8% and 2.6% for marijuana, 3.4% and 0.7% for cocaine, 2.4% and 1.2% for solvents, 5.4% and 0.1% for *crack* use, respectively) [28]. In a study carried out in London, Menezes [6] found that 43.3% of patients with SMI had lifetime drug use and 4.7% presented some degree of substance use disorder in the year prior to the study. A review of the published literature on drug use among psychotic patients in the United Kingdom [11] showed prevalence rates varying from 16% to 68% for lifetime use and from 15% to 45% in the last year. In an Italian study, 43.5% of psychotic patients met the criteria for substance use disorders [29]. In the USA, 14.7% of mentally ill patients presented lifetime illicit drug use-dependence [5] and 50.9% presented some disorder due to lifetime substance use (alcohol or drugs) [30].

In the present study, for all substances, men had higher prevalence of use than women (marijuana: 33.6 vs. 10.8%; cocaine: 17.1 vs. 4.5%; solvents: 16.5 vs. 3.6%; and *crack*: 13.7 vs. 3.8%, respectively). Menezes [6] found similar results, in which men with SMI were 2.7 times as likely as women to have problems related to drug use. In Brazil, a population-based survey also indicated that men had higher prevalence of use than women (marijuana: 14.3 vs. 5.1%; cocaine: 5.4 vs. 1.2%; solvents: 10.3 vs. 3.3%, respectively) [28].

We found that lifetime illicit drug use has strong and significant associations with alcohol and tobacco use for both men and women. Hasin et al. [31] point out the consistency of associations between drug abuse, nicotine dependence and alcohol use disorders even when controlling for sociodemographic characteristics and other comorbidities. De Leon et al. [32] indicate that these overlapping disorders have important implications for treatment as patients with SMI who also abuse both alcohol and drugs rarely stop abusing just one of them.

The sociodemographic characteristics associated with drug use among patients with mental illnesses in our study are similar to those found in the general population. Our results are corroborated by previous studies that also indicate higher prevalence among men, younger people [6], those who are single and those with lower schooling [11, 19, 20]. Being single was a risk factor among men only and professing a religion was protective for women only. Practicing a religion may represent a potential social safety net that establishes values, restrictions or impositions on certain behaviors [33-35]. The lack of association between SMI and illicit drug use may indicate that individual and environmental characteristics rather than clinical characteristics influence illicit drug use in this population.

Studies have shown that patients with mental illnesses are sexually active and present high rates of sexual risk behavior [13, 27, 38, 39]. In our study we observed that lifetime illicit drug use was associated with having two or more sexual partners and a history of STDs. The use of drugs may contribute to the risk of STDs by modifying sexual impulses and behavior, thus increasing sexual desire, disinhibiting sexual behavior, or interfering with the practice of safer sex, or all of these [40, 41]. Previous studies have shown the relationship between illicit drug use and the practice of unprotected sex [39, 42]. In Brazil, the prevalence of HIV, syphilis, and hepatitis B and C has been shown to be higher in the psychiatric population than in others [38].

Our study identified a statistically significant association between lifetime drug use and physical and sexual violence only in men. Previous studies have found an association between illicit drug use and sexual abuse [45-48]. Among women, the episodes are most commonly perpetrated by partners in the domestic environment, while for men they are perpetrated by strangers in the streets [47], where illicit drugs are more likely to be present. As pointed out by Chartier et al. [49], health risk behaviors may be mediating factors related to childhood physical abuse and mental health problems. Review studies that have tried to empirically confirm the effects of child sexual abuse indicate substance abuse as a frequently reported long-term effect [50].

Illicit drug use is independently associated with a history of homelessness and of incarceration for both genders and with physical violence for men. A British survey revealed that 16% to 42% of the incarcerated population with psychosis presented dependence on some drug in the year prior to incarceration [51]. The mentally ill population is more exposed to physical violence than the general population, which in turn is associated with illicit drug use, unstable housing or homelessness [47, 52, 53] and with a history of incarceration [47, 54]. There is evidence that mentally ill individuals are most often victims rather than perpetrators of violence [47]. However, some authors have suggested an increase in violent behaviors when illicit drug use is present [11, 55, 56]. These associations suggest the need to incorporate approaches to treating drug use and of preventing violence into mental health programs. In Brazil, a program called “doctor’s office in the street” has mobile health units that offer health care to the homeless and attempt to link them to health care units for continuous follow-up [57].

The association between previous or current psychiatric hospitalization and lifetime illicit drug use found in our study is of clinical and management relevance. According to Kessler’s studies [30], a history of previous psychiatric hospitalization may indicate higher chances of developing future disorders for substance. The temporal relationship between the emergence of psychiatric and substance use disorders (SUD) is widely discussed in the literature. Kessler et al. [9] and Swendsen et al. [58] indicate that the emergence of a psychiatric disorder typically precedes SUD. However, in a literature review of studies with patients with schizophrenia, Gregg et al. [59] reported no clear consensus with regard to this matter.

The present study is the first to assess illicit drug use in a representative sample of psychiatric patients under care in public mental health services in Brazil. However, some limitations must be pointed out. The results herein presented may not be generalized to all psychiatric patients due to the exclusion of more severely ill patients who were unable to participate. We did not directly assess psychiatric diagnoses or symptoms, but rather obtained these data from medical charts. Patients who were treated exclusively at

substance use centers (CAPS AD) were excluded, which might have led to underestimation of the prevalence of illicit drug use among people with mental illnesses. Also, the cross-sectional design of the study limits our capacity to establish direct cause-effect and additional studies are necessary.

Our results have important implications for psychiatric care in Brazil. The treatment of psychiatric patients who use illicit drugs is a major challenge for mental health services. Often professionals are not prepared to assist these clients and services are not structured to provide high quality treatment or referral. There is a need for comprehensive integrated services to assist this vulnerable population. Strategies should be gender-specific with a particular emphasis on the vulnerability to illicit drug use of men with mental illness.

Acknowledgments

This work was carried out by the Federal University of Minas Gerais with technical and financial support provided by the Health Surveillance Secretariat/Department of STDs, AIDS and Viral Hepatitis of the Ministry of Health through the International Technical Cooperation Agreement 914/BRA/1101 between the Brazilian Government and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).

Ethical standards

The study was approved by the Federal University of Minas Gerais Institutional Review Board (IRB) (UFMG / ETIC 125/03) and by the Ministry of Health National IRB (CONEP 592/2006). All persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study.

Conflict of interests

There is no conflict of interests.

References

1. Whiteford, HA, Degenhardt L, Rehm J et al (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382(9904):1575–86. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
2. UNODC (2012) World Drug Report 2012. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>. Accessed 29 november 2014
3. BRASIL (2009) Relatório brasileiro sobre drogas. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>. Accessed 29 november 2014
4. Philips P, Johnson S (2001) How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36(6):269-76. doi: 10.1007/s001270170044
5. [Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK](#) (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264(19):2511-2518. doi: 10.1001/jama.1990.03450190043026
6. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P.; Kuipers E (1996) Drug and Alcohol Problems among Individuals with Severe Mental Illnesses in South London. *Br J Psychiatry* 168(5):612-9. doi: 10.1192/bjp.168.5.612
7. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE et al (1998) Comorbidity Of Substance Use Disorders With Mood And Anxiety Disorders: Results Of The International Consortium In Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 23(6):893–907. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00076-8
8. Rachbeisel J, Scott J, Dixon L (1999) Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: A Review of Recent Research. *Psychiatric Services* 50(11):1427-34
9. Kessler RC (2004) The Epidemiology of Dual Diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730–737. doi:10.1016/j.biopsych.2004.06.034
10. Frisher M, Crome I, Macleod J, Millson D, Croft P (2005) Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. *J Epidemiol Community Health* 59:847–850. doi: 10.1136/jech.2004.030833
11. Carrà G, Johnson S (2009) Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:429–447. doi: 10.1007/s00127-008-0458-2
12. Menezes PR, Ratto LRC (2004) Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:212–217. doi: 10.1007/s00127-004-0730-z
13. Wainberg ML, McKinnon K, Elkington KS et al (2008) HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. *World Psychiatry* 7(3):166-72. doi: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00190.x
14. Petronis KR, Anthony JC (2003) A different kind of contextual effect: geographical clustering of cocaine incidence in the USA. *J Epidemiol Community Health* 57(11):893-900. doi: 10.1136/jech.57.11.893
15. Albedaña R, Fernández A, Ventura C, Estario J (2013) Consumo de Substancias Psicoactivas e Dos Regiones Argentinas y sú Relación con Indicadores de Pobreza. *Cad. Saúde Pública* 29(5): 899-908. doi: 10.1590/S0102-311X2013000500007

16. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ (2008) The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 96:165-177. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.003
17. Degenhardt L, Hall W (2012) Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 379(9810):55-70. doi: 10.1016/s0140-6736(11)61138-0
18. Kessler RC, McGonagle CA, Zhao S et al (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psych* 51:8-19. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
19. Jane-Llopis E, Matytsina I (2006) Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 25:515-536. doi: 10.1080/09595230600944461
20. Boscolo MM (1999) *Álcool e Drogas na Esquizofrenia*. Dissertation, State University of Campinas.
21. Rosenthal RN, Nunes EV, Le Fauve CE (2012) Implications of Epidemiological Data for Identifying Persons with Substance Use and Other Mental Disorders. *The American Journal on Addictions* 21:97-103. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00198.x
22. Kessler RC, Berglund P, Glantz M et al (2002). Estimating the prevalence and correlates of serious mental illness in community epidemiological surveys. In: Manderscheid RW, Henderson M (eds) *Mental Health United States 2002*. United States of America, chapter 12.
23. Teeson M, Hall W, Lynskey M, Degenhardt L (2000) Alcohol and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psych* 34:2006-13. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00715.x
24. Glantz MD, Anthony JC, Berglund PA et al (2009) Mental Disorders as risk factors for later substance dependence. *Psychol Med* 39(8):1365-1377. doi: 10.1017/s0033291708004510
25. Guimarães MDC, Acurcio FA, Possas CA, De Sá M (2008) *Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas - Projeto PESSOAS*. Brasília, Brasil
26. Guimarães MD, Oliveira HN, Campos LN, Santos CA, Gomes CE, Oliveira SB, Freitas MI, Acurcio FA, Machado CJ (2008) Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness – PESSOAS Project. *Rev Bras Psiquiatr* 30(1):55-9. doi 10.1590/S1516-44462008005000005
27. Schimnar A, Rothbard A, Kanter R, Jung Y (1990) An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 147:1602-8
28. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVM (2007) *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo. Brasil
29. Bizzarri JV, Ruccib P, Sbranab A et al (2009) Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research* 165:88-95. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.009
30. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA et al (1996) The Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implication for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 66:17-31. doi: 10.1037/h0080151
31. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF (2007) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(7):830-42. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830

32. De Leon J, Diaz FJ (2005) A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 76(2-3):135-57. doi: 10.1016/j.schres.2005.02.010
33. Yeung JW, Chan YC, Lee BL (2000) Youth religiosity and substance use: a meta-analysis from 1995 to 2007. *Psychol Rep* 105:255-66. doi: 10.2466/pr0.105.1.255-266
34. Room R (2004) Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 58 (2) 111–115. doi: 10.1016/j.biopha.2003.12.003
35. Wray-Lake L, Maggs JL, Johnston LD, Bachman JG, O'Malley PM, Schulenberg JE (2012) Associations between community attachments and adolescent substance use in nationally representative samples. *J Adolesc Health* 51:325-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.12.030
36. Brown S, Inskip H, Barraclough B (2000) Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 177:212-7. doi:10.1192/bjp.177.3.212
37. Meade CS, Sikkema KJ (2007) HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clinical Psychology Review* 25:433-457. doi:10.1016/j.cpr.2005.02.001
38. Guimarães MDC, Campos LN, Melo APS et al (2009) Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 31(1):43-7. doi: [10.1590/S1516-44462009000100011](https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100011)
39. McKinnon K, Cournos F, Herman R (2001) A Lifetime Alcohol or Other Drug Use Disorder and Specific Psychiatric Symptoms Predict Sexual Risk for HIV Infection Among People With Severe Mental Illness. *AIDS and Behavior* 5(3):233-240. doi:10.1023/A:1011388509669
40. Robertson JA, Plant MA (1988) Alcohol, sex and risk of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence* 22:75–78
41. Stall R, McKusick L, Wiley J (1986) Alcohol and drug use during sexual activity: Compliance with safe sex for AIDS. *Health Education Quarterly* 13:359–371
42. Guimarães MDC, McKinnon K, Campo LN, Melo APS, Wainberg M (2010) HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 32(4):349-350. doi:10.1590/S1516-44462010000400007
43. UNODC (2013). World Drug Report 2013. http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf. Accessed 29 november 2014
44. McKinnon K, Cournos F, Herman R (2002) Hiv among people with chronic mental illness. *Psychiatric Quarterly* 73(1):17-31. doi: 10.1023/A:1012888500896
45. Richard Van Dorn R, Volavka J, Johnson N (2012) Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:487–503. doi: 10.1007/s00127-011-0356-x
46. Alexander MJ (1996) Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry* 66(1):61-70. doi: 10.1037/h0080155
47. Oliveira HN, Machado CJ, Guimarães MDC (2012) Factors associated with self-report of sexual violence against men and women with mental disorders in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:1567–1579. doi:10.1007/s00127-011-0463-8
48. O'Hare T, Shen C, Sherrer M (2010) High-Risk Behaviors and Drinking-to-Cope as Mediators of Lifetime Abuse and PTSD Symptoms in Clients With Severe Mental Illness. *Journal of Traumatic Stress* 23(2):255–263. doi: 10.1002/jts.20515

49. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B (2009) Health risk behaviors and mental health problems as mediators of the relationship between childhood abuse and adult health. *Am J Public Health* 99:847-54. doi: 10.2105/ajph.2007.122408
50. Browne A, Finkelhor D (1986) Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 99(1):66-77
51. Farrell M, Boys A, Bebbington P et al (2002) Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *Br J Psychiatry* 181:393-398. doi: 10.1192/bjp.181.5.393
52. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW et al (1999) Criminal Victimization of Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 50(1):62-8.
53. Goldsmith RJ (1999) Overview of Psychiatric Comorbidity: Practical and Theoretic Considerations. *Addictive Disorders* 22(2):331-349
54. McNiel DE, Binder RL, Robinson JC (2005) Incarceration Associated With Homelessness, Mental Disorder, and Co-occurring Substance Abuse. *Psychiatric Services* 56(7):840-6. doi: 10.1176/appi.ps.56.7.840
55. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J et al (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 55(5):393-401
56. Rasanen P, Tähönen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J (1998) Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin* 24(3):437-441
57. Ministério da Saúde (2010) Consultórios de Rua do SUS. Brasília, Brasil
58. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC (2010) Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 105(6):1117-28. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x
59. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G (2007) Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 27:494–510. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.004

Table 1. Sociodemographic, clinical, and risk behavior characteristics by gender, PESSOAS Project 2006–2007 (n=2475)

CHARACTERISTICS	<i>Men</i>	<i>Women</i>	<i>Total</i>
	(n=1198)	(n=1277)	(n=2475)
	n (%) ¹	n (%) ¹	n (%) ¹
<i>Sociodemographics</i>			
Age (years old)			
< 40	594 (49.6)	530 (41.5)	1124 (45.4)
≥ 40	604 (50.4)	747 (58.5)	1351 (54.6)
Skin color			
Non-white	613 (51.2)	587 (46.0)	1200 (48.5)
White	584 (48.8)	689 (54.0)	1273 (51.5)
Marital Status			
Single/separated/divorced/widowed	907(75.8)	746 (58.4)	1653 (66.8)
Married/in union/other	290 (24.2)	531 (41.6)	927 (33.2)
Schooling			
<5 years	593 (49.5)	660 (51.7)	1253 (50.6)
≥5 years	605 (50.5)	617 (48.3)	1222 (49.4)
Income in last 6 months			
Yes	438 (40.6)	449 (35.2)	932 (37.8)
No	708 (59.4)	825 (64.8)	1533 (62.2)
Housing			
Unstable	209 (17.5)	109 (8.6)	318 (12.9)
Stable	987 (82.5)	1166 (91.5)	2153 (87.1)
Profess any religion			
Yes	935 (78.7)	1118 (87.8)	2053 (83.4)
No	253 (21.3)	155 (12.2)	408 (16.6)
<i>Clinical</i>			
Main psychiatric diagnosis			
SMI	731 (61.0)	682 (53.4)	1413 (57.1)
Non-SMI	467 (39.0)	595 (46.6)	1062 (42.9)
Psychiatric Hospitalization			
Current	537 (44.9)	361 (28.3)	898 (36.4)
Prior	411 (34.4)	378 (29.7)	789 (31.9)
Never admitted	247 (20.7)	535 (42.0)	782 (31.7)
Self-reported medical comorbidity			
Yes	483 (40.8)	626 (49.4)	1109 (45.3)
No	700 (59.2)	641 (50.6)	1341 (54.7)
History of STDs			
Yes	311 (26.4)	257 (20.4)	568 (23.3)
No	869 (73.6)	1003 (79.6)	1872 (76.7)
<i>Risk behavior</i>			
Tobacco use (ever)			
Yes	970 (81.3)	798 (62.9)	1768 (71.8)
No	223 (18.7)	470 (37.1)	693 (28.2)

¹Total values vary due to missing observations.

Table 1. Sociodemographic, clinical, and risk behavior characteristics by gender, PESSOAS Project 2006–2007 (n=2475) (continued)

CHARACTERISTICS	<i>Men</i>	<i>Women</i>	<i>Total</i>
	<i>(n=1198)</i>	<i>(n=1277)</i>	<i>(n=2475)</i>
	n (%)¹	n (%)¹	n (%)¹
Alcohol use (ever)			
Yes	924 (77.5)	667 (52.7)	1591 (64.7)
No	269 (22.5)	598 (47.3)	867 (35.3)
History of homelessness			
Yes	255 (21.5)	189 (15.0)	444 (18.1)
No	934 (78.5)	1071 (85.0)	2005 (81.9)
Physical violence			
Yes	695 (58.2)	736 (57.9)	1431 (58.0)
No	499 (41.8)	536 (42.1)	1035 (42.0)
Sexual violence			
Yes	150 (12.6)	339 (26.8)	489 (19.9)
No	1040 (87.4)	928 (73.2)	1968 (80.1)
History of incarceration			
Yes	493 (41.3)	135 (10.6)	628 (25.5)
No	701 (58.7)	1135 (89.4)	1836 (74.5)
Age of first sexual intercourse			
< 18 years old	632 (65)	561 (50.6)	1193 (57.3)
≥ 18 years old	341 (35)	548 (49.4)	889 (42.7)
Number of sexual partners			
One or never had sex	292 (26)	513 (42.6)	805 (34.6)
2 +	832 (74)	691 (57.4)	1523 (65.4)
Unprotected sex			
Yes	909 (76.8)	1055 (83.5)	1964 (80.2)
No	275 (23.2)	209 (16.5)	484 (19.8)

¹Total values vary due to missing observations.

Table 2. Illicit drug use (lifetime and past year) by gender, PESSOAS project 2006-2007 (n=2,475).

CHARACTERISTICS	Men	Women	Total
	(n=1198) n (%) ¹	(n=1277) n (%) ¹	(n=2475) n (%) ¹
Lifetime Use			
Marijuana	403 (33.6)	138 (10.8)	541 (21.9)
Cocaine	205 (17.1)	57 (4.5)	262 (10.6)
Solvents	198 (16.5)	46 (3.6)	244 (9.9)
<i>Crack</i>	164 (13.7)	48 (3.8)	212 (8.6)
Hallucinogens	86 (7.2)	20 (1.6)	106 (4.3)
Amphetamine	60 (5.0)	44 (3.5)	104 (4.2)
Opiates	22 (1.8)	7 (0.6)	29 (1.2)
Any illicit drug	441 (36.8)	188 (14.7)	629 (25.4)
Use in the last year			
Marijuana	170 (14.2)	47 (3.7)	217 (8.8)
Cocaine	67 (5.6)	18 (1.4)	85 (3.4)
Solvents	47 (3.9)	12 (0.9)	59 (2.4)
<i>Crack</i>	105 (8.8)	28 (2.2)	133 (5.4)
Hallucinogens	18 (1.5)	3 (0.2)	21 (0.9)
Amphetamine	21 (1.8)	19 (1.5)	40 (1.6)
Opiates	7 (0.6)	2 (0.2)	9 (0.4)
Any illicit drug	210 (17.5)	71 (5.6)	281 (11.4)
Drug use (lifetime)			
None	752 (64.1)	1083 (85.6)	1835 (75.2)
One drug	138 (11.8)	111 (8.8)	249 (10.2)
Polydrug	283 (24.1)	72 (5.7)	355 (14.6)
Injection drug use (lifetime)			
Yes	53 (4.5)	19 (1.5)	72 (2.9)
No	1134 (95.5)	1246 (98.5)	2380 (97.1)
Drug use during sexual practices			
Yes	132 (13.4)	60 (5.6)	192 (9.3)
No	853 (86.6)	1017 (94.4)	1870 (90.7)
Exchange Money/drugs for sex			
Yes	484 (40.4)	168 (13.2)	652 (26.3)
No	714 (59.6)	1109 (86.8)	1823 (73.7)

*Total values vary due to missing observations.

Table 3. Univariate analysis of illicit drug use stratified by gender, PESSOAS Project, 2006–2007 (n=2475)

CHARACTERISTICS	<i>Men (n=1198)</i>					<i>Women (n=1277)</i>				
	Total ¹	Drug use	OR	CI (95%)	p-value	Total ¹	Drug use	OR	CI (95%)	p-value
<i>Sociodemographics</i>										
Age (years old)										
< 40	594	302 (50.8)	3.46	2.7;4.44	0.000	530	103 (19.4)	1.88	1.38;2.57	0.000
40 ou +	604	139 (23.1)	1.00			747	85 (11.4)	1.00		
Skin color										
Non-white	613	248 (40.5)	1.38	1.09;1.75	0.008	587	96 (16.4)	1.27	0.93;1.73	0.158
White	584	193 (33.1)	1.00			689	92 (13.4)	1.00		
Marital Status										
Single/separated/divorced/widowed	907	370 (40.8)	2.13	1.58;2.86	0.000	746	132 (17.7)	1.82	1.30;2.55	0.000
Married/in union/other	290	71 (24.5)	1.00			531	56 (10.6)	1.00		
Schooling										
<5 years	593	276 (46.5)	2.32	1.82;3.00	0.000	660	120 (18.2)	1.79	1.30;2.47	0.000
≥5 years	605	165 (27.3)	1.00			617	68 (11.0)	1.00		
Income in last 6 months										
Yes	483	179 (37.1)	1.02	0.80; 1.30	0.867	449	66 (14.7)	0.99	0.72;1.37	0.966
No	708	259 (36.6)	1.00			825	122 (14.8)			
Housing										
Unstable	209	72 (34.5)	0.88	0.64;1.20	0.424	109	13 (11.9)	0.77	0.42;1.41	0.398
Stable	987	369 (37.4)	1.00			1166	174 (14.9)	1.00		
Profess any religion										
Yes	935	353 (37.8)	1.00			1118	154 (13.8)	1.00		
No	253	87 (34.4)	0.86	0.65;1.16	0.325	155	34 (21.9)	1.76	1.16;2.67	0.007

¹Total values vary due to missing observations

Table 3. Univariate analysis of illicit drug use stratified by gender, PESSOAS Project, 2006–2007 (n=2475) (continued)

CHARACTERISTICS	Men (n=1198)					Women (n=1277)				
	Total ¹	Drug use	OR	CI (95%)	p-value	Total ¹	Drug use	OR	CI (95%)	p-value
<i>Clinical</i>										
Main psychiatric diagnosis										
SMI	731	286 (39.1)	1.29	1.01;1.65	0.038	682	115 (16.9)	1.45	1.06;2.00	0.021
Non-SMI	467	155 (33.2)	1.00			595	73 (12.3)	1.00		
Psychiatric Hospitalization										
Current	537	246 (45.8)	3.17	2.23;4.50	0.000	361	93 (25.8)	4.81	3.18;7.26	0.000
Prior	411	140 (34.1)	1.94	1.34;2.80	0.000	378	59 (15.6)	2.56	1.65;3.97	0.000
Never admitted	247	52 (21.1)	1.00			535	36 (6.7)	1.00		
Self-reported medical comorbidity										
Yes	483	186 (38.5)	1.13	0.89;1.43	0.327	626	83 (13.3)	0.79	0.58;1.08	0.137
No	700	250 (35.7)	1.00			641	104 (16.2)	1.00		
History of STDs										
Yes	311	165 (53.1)	2.48	1.89;3.22	0.000	257	68 (26.5)	2.65	1.89;3.71	0.000
No	869	273 (31.4)	1.00			1003	120 (12.0)	1.00		
<i>Risk behavior</i>										
Tobacco use (ever)										
Yes	970	414 (42.7)	5.41	3.54;8.24	0.000	798	165 (20.7)	5.57	3.48;8.92	0.000
No	223	27 (12.1)	1.00			470	21 (4.5)	1.00		
Alcohol use (ever)										
Yes	924	403 (43.6)	4.85	3.35;7.03	0.000	667	147 (22.0)	4.05	2.79;5.88	0.000
No	269	37 (13.8)	1.00			598	39 (6.5)	1.00		

¹Total values vary due to missing observations

Table 3. Univariate analysis of illicit drug use stratified by gender, PESSOAS Project, 2006–2007 (n=2475) (continued)

CHARACTERISTICS	<i>Men (n=1198)</i>					<i>Women (n=1277)</i>				
	Total ¹	Drug use	OR	CI (95%)	p-value	Total ¹	Drug use	OR	CI (95%)	p-value
History of homelessness										
Yes	255	153 (60.0)	3.43	2.58;4.57	0.000	189	62 (32.8)	3.69	2.59;5.28	0.000
No	934	284 (30.4)	1.00			1071	125 (11.7)	1.00		
Physical violence										
Yes	695	330 (47.5)	3.23	2.50;4.20	0.000	736	148 (20.1)	3.21	2.21;4.66	0.000
No	499	109 (21.8)	1.00			536	39 (7.3)	1.00		
Sexual violence										
Yes	150	86 (57.3)	2.62	1.84;3.70	0.000	339	84 (24.8)	2.7	1.96;3.72	0.000
No	1040	353 (33.9)	1.00			928	101 (10.9)	1.00		
History of incarceration										
Yes	493	263 (53.4)	3.41	2.67;4.36	0.000	135	51 (37.8)	4.46	3.02;6.60	0.000
No	701	176 (25.1)	1.00			1135	136 (12.0)	1.00		
Age of first sexual intercourse										
< 18 years old	632	299 (47.3)	1.94	1.47;2.56	0.000	561	125 (22.3)	2.68	1.89;3.79	0.000
≥ 18 years old	341	108 (31.7)	1.00			548	53 (9.7)			
Number of sexual partners										
Only one or never had sex	292	43 (14.7)	1.00			513	21 (4.1)	1.00		
2 +	832	372 (44.7)	4.68	3.30;6.70	0.000	691	159 (23.0)	7.00	4.40;11.54	0.000
Unprotected sex										
Yes	909	378 (41.6)	2.78	2.02;3.80	0.000	1055	169 (16.0)	2.15	1.28;3.63	0.003
No	275	56 (20.4)	1.00			209	17 (8.13)	1.00		

¹Total values vary due to missing observations

Table 4. Multivariate Analysis stratified by gender, PESSOAS Project, 2006–2007 (n=2358)

CHARACTERISTICS	Men (n=1146)			Women (n=1212)		
	OR	CI (95%)	p-value	OR	CI (95%)	p-value
<i>Sociodemographics</i>						
Age (years old)						
< 40	5.59	3.94;7.93	0.000	1.61	1.09;2.38	0.017
≥ 40	1.00			1.00		
Marital Status						
Single/separated/divorced/widowed	1.76	1.21;2.57	0.003	-	-	-
Married/in union/other	1.00			-	-	-
Schooling						
<5 years	2.25	1.64;3.12	0.000	2.03	1.37;3.01	0.000
≥5 years	1.00			1.00		
Profess a religion						
Yes	-	-	-	1.00		
No	-	-	-	1.83	1.11;3.05	0.019
<i>Clinical</i>						
Psychiatric Hospitalization						
Current	1.82	1.17;2.84	0.008	3.65	2.25;5.94	0.000
Prior	1.59	1.0;2.52	0.051	2.03	1.24;3.34	0.005
Never admitted	1.00			1.00		
History of STDs						
Yes	2.13	1.48;3.06	0.000	1.92	1.28;2.88	0.002
No	1.00			1.00		
<i>Risk behavior</i>						
Tobacco use (ever)						
Yes	5.93	3.51;10.1	0.000	3.52	2.11;5.90	0.000
No	1.00			1.00		
Alcohol use (ever)						
Yes	2.65	1.66;4.23	0.000	2.11	1.37;3.25	0.001
No	1.00			1.00		
History of homelessness						
Yes	2.27	1.57;3.29	0.000	1.94	1.25;3.03	0.003
No	1.00			1.00		
Physical violence						
Yes	1.54	1.1;2.16	0.011	-	-	-
No	1.00			-	-	-
Sexual violence						
Yes	1.72	1.09;2.71	0.019	-	-	-
No	1.00			-	-	-
History of incarceration						
Yes	2.49	1.78;3.50	0.000	1.72	1.04;2.84	0.034
No	1.00			1.00		
Age of first sexual intercourse						
< 18 years old	1.44	1.01;2.05	0.043	1.80	1.18;2.72	0.006
≥ 18 years old	1.00			1.00		

Table 4. Multivariate Analysis stratified by gender, PESSOAS Project, 2006–2007 (n=2358) (continued)

CHARACTERISTICS	Men (n=1146)			Women (n=1212)		
	OR	CI (95%)	p-value	OR	CI (95%)	p-value
Number of sexual partners						
One or never had sex	1.00			1.00		
2 +	1.95	1.19;3.19	0.008	3.34	1.90;5.87	0.000

ANEXO C – aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG, Etic 125/03).

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 125/03

Interessado: Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 26 de abril de 2006, depois de atendidas as diligências, o projeto de pesquisa intitulado **"Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção e m s saúde mental: u m e estudo multicêntrico na cional"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O projeto será encaminhado, com o devido parecer, à CONEP, para avaliação final. O pesquisador deverá aguardar esta aprovação final para iniciar a pesquisa.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO D – aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP 592/2006) do Ministério da Saúde.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 592/2006

Registro CONEP: 12637 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 125/03

Processo nº 25000.002950/2006-01

Projeto de Pesquisa: “*Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional*”. Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental). Termo de Consentimento (etapa quantitativa e etapa qualitativa)

Pesquisador Responsável: Dr. Mark Drew Crosland Guimarães

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Área Temática Especial: (Trata-se de Projeto enviado pelo Ministério da Saúde)

Patrocinador: Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde, UNESCO-DST – AIDS 914/BRA/3014.

Ao se proceder à análise das respostas ao parecer CONEP nº 245/2006, relativo ao projeto em questão, considerou-se que:

- a) foram atendidas as solicitações do referido parecer apresentação de nova folha de rosto, cronograma atualizado, cópia do parecer ETIC 195/04 do CEP, substituição dos cópias ilegíveis das declarações de participação das instituições selecionadas, relação atualizada dos participantes da equipe e informações quanto à reunião de capacitação e treinamento entre outros;
- b) A versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apresentada contempla as adequações solicitadas, inclusive quanto a inclusão de assinatura de representante legal do paciente, além da informação de que os materiais utilizados serão descartáveis.
- c) O projeto preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e suas complementares, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- d) O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição supracitada.

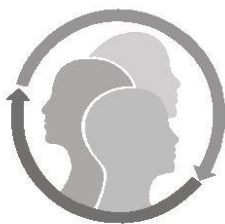
Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado

Brasília, 22 de maio de 2006.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

ANEXO E – Questionário de Entrevista do Projeto PESSOAS



**PROJETO
PESSOAS**

COLE A ETIQUETA AQUI

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional”

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

VERSÃO 1.7

APOIO:
Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS
Área Técnica de Saúde Mental/SAS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)
Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

Citações:

Guimarães MDC, Acurcio FA, Campos LN, Melo APS, Cherchiglia ML, Carmo RA, Oliveira HN, Freitas MIF, Oliveira SB, Machado CJ, Galbinsky K, Hoffmann MCCL. Projeto PESSOAS - Metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo (Cap 4). *In*: Guimarães MDC, Acurcio FA, Possas CA, De Sá, M. Organizadores. *Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisas, Estudos e Avaliação n° 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 33-49

Guimarães MDC, Oliveira HN, Campos LN et al. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project. *Brazilian J Psychiat* 2008; 30(1):55-59.

Oliveira HN, Machado CJ, Campos LN, Acurcio FA, Guimarães MDC Avaliação da confiabilidade de entrevista aplicada a indivíduos com transtornos mentais: Projeto PESSOAS. 2009; *Rev Méd Minas Gerais* (In Press)

PARTE 1 - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS	
1.0. Local da pesquisa: _____ Código do CENTRO: _____ 1.1. Número de ORDEM: _____ 1.2. Número de Identificação na pesquisa (IDENT): _____	<i>Cole a etiqueta aqui</i>
1.3. Número do prontuário neste local: _____ A. Esta entrevista refere-se a: Primeira entrevista..... 1 Segunda entrevista com o mesmo entrevistador..... 2 Segunda entrevista com outro entrevistador..... 3 NA..... 8	_____ _____
1.4. Horário do início da entrevista: ____:____	_____
1.5. Qual a cidade onde você nasceu? _____ Estado: _____	_____
1.6. Qual a cidade onde você mora atualmente? _____ Estado: _____	_____
1.7. Há quanto tempo você mora NESTA CIDADE? Especificar: _____ Dias..... 1 Meses..... 2 Anos..... 3	_____
1.8. Cor: Branca..... 1 Preta..... 2 Parda..... 3 Outra..... 4 IGN..... 9 SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____	_____ _____
1.9. Qual a data em que você nasceu? ____/____/_____ <small style="margin-left: 200px;">Dia Mês Ano (Colocar 4 dígitos no ano)</small>	_____
1.10. Sexo: Masculino..... 1 Feminino 2 IGN 9	_____
1.11. Idade completa em anos até a data da entrevista: _____	_____

IDENT:

1.19. Atualmente, você mora sozinho(a)?

Sim 1
 Não 2
 NA 8
 IGN 9

<p>SE SIM PARA 1.19, PASSAR PARA 1.20. SE NÃO, CONTINUAR EM 1.19A.</p>
--

A. Você mora com:
 [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]

Mora sozinho(a)..... 001
 Pai e / ou Mãe..... 002
 Filhos 004
 Outros Parentes 008
 Esposa(o) / Parceira(o) 016
 Amigas(os)..... 032
 Outros 064
 IGN 999

SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

1.20. Em algum momento da sua vida você já teve que morar na rua?

Sim 1
 Não 2
 IGN..... 9

A. Por quanto tempo você morou na rua? _____

Dias..... 1
 Meses..... 2
 Anos..... 3

1.21. Você tem algum plano de saúde?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

SE SIM, ESPECIFICAR: _____

1.22. Você pertence a algum culto religioso ou religião?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

IDENT:

OBSERVAÇÕES:

PARTE 2 - HISTÓRIA CLÍNICA

2.1. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Você já esteve internado(a) em algum hospital psiquiátrico ANTES DESTA INTERNAÇÃO?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você já esteve internado(a) em algum hospital psiquiátrico?

Sim..... 1
 Não..... 2
 IGN..... 9

IDENT:

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> <p>SE NÃO EM 2.3, PASSAR PARA 2.5. SE SIM, CONTINUAR EM 2.3.A.</p> </div> <p>A. Você sabe quais remédios está tomando para o seu problema psiquiátrico?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>SE SIM PARA 2.3.A:</p> <p>B. Você poderia me dizer o nome deles?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.4. Tem alguma coisa nestes remédios que te incomoda?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 NA..... 8 IGN..... 9</p> <p>SE SIM PARA 2.4:</p> <p>A. Você poderia me dizer o que te incomoda?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.5. Além do problema psiquiátrico, você TEM / JÁ TEVE algum outro problema de saúde?</p> <p>Sim..... 1 Não..... 2 IGN..... 9</p> <p>SE SIM PARA 2.5:</p> <p>ESPECIFICAR : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

IDENT:

A. Pensando nos ÚLTIMOS 12 MESES ou ALGUMA VEZ NA VIDA , você notou / percebeu a presença de alguma alteração nas partes genitais / anais do tipo:				
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>	
Úlcera ou Ferida genital / anal:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Corrimento Vaginal / Secreção peniana:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Verrugas genitais / anais:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B. Agora, algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que você teve alguma das seguintes condições nos ÚLTIMOS 12 MESES ou ALGUMA VEZ NA VIDA ?				
	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>IGN</u>	
Sífilis:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Herpes genital / anal: Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Cancro mole:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Gonococcia:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Infecção por clamídia:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Linfogranuloma venéreo:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Condiloma:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Outras:				
Últimos 12 meses.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Alguma vez na vida.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
Se OUTRAS, especificar: _____				<input type="checkbox"/>
SE SIM PARA QUALQUER ITEM EM 2.9.A OU 2.9.B, CONTINUAR EM 2.9.C. SE NÃO, IR PARA PARTE 3.				

IDENT:

"Agora vamos conversar um pouco sobre algumas questões mais sensíveis, de ordem pessoal. Como eu falei anteriormente, são perguntas confidenciais e ninguém vai poder identificar suas respostas. Assim, vamos falar sobre sua prática sexual, uso de preservativo, uso de drogas e de álcool, dentre outras coisas."

PARTE 3 - COMPORTAMENTO E SITUAÇÃO DE RISCO

3.1. Você fuma cigarro (palha, comercial, rolo) ?

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

**SE SIM PARA 3.1, CONTINUAR EM 3.1.A.
 SE NÃO, PASSAR PARA 3.1.E.**

A. Idade que começou a fumar: _____

B. Número de cigarros fumados diariamente: _____

C. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Você costuma fumar DENTRO do hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você costuma fumar DENTRO do CAPS?

Sim..... 1
 Não 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE NÃO EM 3.1.C, PASSAR PARA 3.2.

D. **PARA PACIENTES INTERNADOS:**

Em geral, COMO você consegue cigarros quando está DENTRO do hospital?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Em geral, COMO você consegue cigarros quando está DENTRO do CAPS?

NA..... 001
 Pessoas trazem de fora..... 002
 Compro de alguém de fora 004
 Trago de casa..... 008
 Funcionários me dão 016
 Compro de funcionários 032
 Colegas (do hospital/CAPS) me dão..... 064
 Compro de colegas (do hospital/CAPS)..... 128
 Outras fontes..... 256
 NQI..... 777
 IGN..... 999

SE OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____

IDENT:

**SE SIM PARA 3.1, PASSAR PARA 3.2.
SE NÃO, CONTINUAR EM 3.1.E.**

E. Você já fumou alguma vez?

Sim..... 1
 Não..... 2
 NA..... 8
 IGN..... 9

SE SIM PARA 3.1.E:

F. Idade que começou a fumar pela primeira vez: _____

G. Número de cigarros que costumava fumar diariamente: _____

3.2. Você faz (OU JÁ FEZ) uso de bebidas alcóolicas?

Sim..... 1
 Não 2
 IGN..... 9

**SE SIM PARA 3.2, CONTINUAR EM 3.2.A.
SE NÃO, PASSAR PARA 3.3.**

SE SIM, ESPECIFICAR:

A. Idade que começou a beber: _____

B. PARA PACIENTES INTERNADOS:

Em geral, com que frequência você bebia pelo menos uma DOSE de bebida alcóolica (VEJA INSTRUÇÕES) NO ÚLTIMO MÊS ANTES DE SE INTERNAR?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Em geral, com que frequência você bebeu pelo menos uma DOSE de bebida alcóolica (VEJA INSTRUÇÕES) NO ÚLTIMO MÊS?

Diariamente..... 1
 Quase todo dia 2
 Três vezes por semana..... 3
 Duas vezes por semana 4
 Uma vez por semana..... 5
 Somente uma vez 6
 Nenhuma vez 7
 NA..... 8
 IGN..... 9

IDENT:

<p>3.11. Gostaria que você me dissesse o que mais se aproxima do que você SENTE em relação à atração sexual:</p> <p>Você só sente atração sexual por mulheres..... 1 Você sente atração principalmente por mulheres, mas às vezes por homens. 2 Você sente atração mais ou menos igualmente por mulheres e homens..... 3 Você sente atração principalmente por homens, mas às vezes por mulheres. 4 Você sente atração sexual por homens 5 Você não sente atração sexual por outra pessoa 6 NQI..... 7 IGN..... 9</p> <p>3.12. Agora, gostaria que você me dissesse o que mais se aproxima do que você GERALMENTE FAZ, com relação à prática sexual:</p> <p>Você nunca transou 0 Você transa somente com mulheres 1 Você transa principalmente com mulheres, mas às vezes com homens..... 2 Você transa mais ou menos igualmente com mulheres e homens..... 3 Você transa principalmente com homens, mas às vezes com mulheres..... 4 Você transa somente com homens 5 Você atualmente não transa (mas transava) 6 NQI..... 7 IGN..... 9</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>PARA AQUELES HOMENS QUE RESPONDERAM DE 2 A 6 E PARA AQUELAS MULHERES QUE RESPONDERAM DE 1 A 4 OU 6 EM 3.12, CONTINUAR EM 3.13. SE OUTRA RESPOSTA, PASSAR PARA 3.14.</p>	
<p>3.13. PARA OS HOMENS: Em geral, qual é sua prática sexual preferida com outros HOMENS? PARA AS MULHERES: Em geral, qual é sua prática sexual preferida com outras MULHERES? [MARQUE TODAS QUE APLICAREM]</p> <p>Nunca transou..... 001 Anal receptivo 002 Anal insertivo 004 Oral receptivo 008 Oral insertivo..... 016 Masturbação mútua..... 032 Vaginal receptivo 064 Vaginal insertivo 128 Outras situações 256 Não tem preferência..... 666 NQI..... 777 NA..... 888 IGN..... 999</p> <p>SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>

IDENT: **3.24. PARA PACIENTES INTERNADOS:**

A última relação sexual que você teve ANTES DE SE INTERNAR foi com:

PARA PACIENTES DO CAPS:

A última relação sexual que você teve foi com:

- | | |
|---|---|
| Companheiro(a) regular (cônjuge, namorado(a))..... | 1 |
| Desconhecido (a)..... | 2 |
| Alguém conhecido mas não companheiro(a) regular | 3 |
| Outra situação | 4 |
| NQI..... | 7 |
| NA..... | 8 |
| IGN..... | 9 |

SE OUTRA, ESPECIFICAR: _____

3.25. PARA PACIENTES INTERNADOS:

Você teve alguma relação sexual durante esta internação DENTRO DO HOSPITAL?

PARA PACIENTES DO CAPS:

Você teve alguma relação sexual DENTRO DO CAPS, desde que começou seu acompanhamento?

- | | |
|-----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não | 2 |
| NQI..... | 7 |
| NA | 8 |
| IGN..... | 9 |

<p>SE NÃO PARA 3.25, PASSAR PARA 3.26. SE SIM, CONTINUAR EM 3.25.A.</p>
--

A. Esta(s) relação(ões) foi (foram):

- | | |
|-----------------------------|---|
| Somente com homem..... | 1 |
| Somente com mulher..... | 2 |
| Com homem e com mulher..... | 3 |
| NQI..... | 7 |
| NA..... | 8 |
| IGN..... | 9 |

B. Nesta(s) RELAÇÃO(ÕES) sexual(is) você usou camisinha?

- | | |
|--------------------------------|---|
| Todas as vezes..... | 1 |
| Na maioria das vezes..... | 2 |
| Menos da metade das vezes..... | 3 |
| Nunca..... | 4 |
| NQI..... | 7 |
| NA..... | 8 |
| IGN..... | 9 |

IDENT: [][][][][]

<p>B. Este(s) ato(s) de agressão SEXUAL foi(foram) praticado(s) por: [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>NA..... 001 Pai e / ou Mãe..... 002 Filhos 004 Outros Parentes 008 Esposa(o) / Parceira(o) 016 Amigas(os)..... 032 Outros 064 NQI 777 IGN 999</p> <p>SE OUTROS, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p> <p>C. Onde isto ocorreu? [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>NA 001 Em casa 002 Na rua 004 No trabalho 008 No hospital 016 No CAPS..... 032 Outro local 064 NQI 777 IGN 999</p> <p>SE OUTRO, ESPECIFICAR: _____</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p> <p>D. Quando isso ocorreu? [MARCAR TODOS QUE SE APLICAREM]</p> <p>NA..... 01 Infância..... 02 Adolescência..... 04 Idade adulta..... 08 NQI..... 77 IGN..... 99</p> <p>ESPECIFIQUE A SOMA DOS CÓDIGOS: _____</p>	<p>[][][][][]</p> <p>[][][][][]</p> <p>[][][][][]</p> <p>[][][][][]</p> <p>[][][][][]</p> <p>[][][][][]</p>
--	---

IDENT:

<p>SE SIM PARA 4.4:</p> <p>A. Você soube qual foi o resultado ?</p> <p>Sim..... 1 Não 2 NQI..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 NA 8 IGN..... 9</p> <p>B. Você poderia me dizer qual foi o resultado ?</p> <p>Positivo..... 1 Negativo..... 2 Indeterminado..... 3 Não Sabe com certeza..... 4 NQI..... 7 NA 8 IGN..... 9</p> <p>4.5. Em relação ao risco de pegar AIDS, você acha que tem:</p> <p>Muito risco 1 Algum risco 2 Nenhum risco 3 Não Sabe com certeza..... 4 NQI..... 5 IGN..... 9</p> <p>A. Você poderia me dizer POR QUÊ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>NESTE MOMENTO, ENTREGAR O CARTÃO PARA O(A) PARTICIPANTE E OBSERVAR SE O(A) MESMO(A) SABE LER.</p> <p>Indicou que sabe ler:</p> <p>Sim..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Não..... 2</p> </div>	
<p>4.6. Gostaria que você lesse as frases deste cartão e me indicasse o número da alternativa que mais se aproxima do que você SENTE em relação à atração sexual:</p> <p>Você só sente atração sexual por mulheres..... 1 Você sente atração principalmente por mulheres, mas às vezes por homens. 2 Você sente atração mais ou menos igualmente por mulheres e homens..... 3 Você sente atração principalmente por homens, mas às vezes por mulheres. 4 Você só sente atração sexual por homens 5 Você não sente atração sexual por outra pessoa 6 NQI..... 7 IGN..... 9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

