

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

MARIANA BONATI DE MATOS

**ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: ESTUDO DE BASE-POPULACIONAL EM
JOVENS DE 18 A 24 ANOS**

Pelotas

2012

MARIANA BONATI DE MATOS

**ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: ESTUDO DE BASE-POPULACIONAL EM
JOVENS DE 18 A 24 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana de Ávila Quevedo

Pelotas

2012

**ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: ESTUDO DE BASE-POPULACIONAL EM
JOVENS DE 18 A 24 ANOS**

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora Prof.^a Dr.^a Luciana de Ávila Quevedo

1º Examinador: Prof. Dr. Alfredo Cardoso Lhullier

2º Examinador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Pelotas, 10 de janeiro 2012.

Agradecimentos,

Agradeço à minha mãe Iara, por ser meu alicerce, meu maior exemplo de vida, meu porto seguro, minha fortaleza, TE AMO MÃE! Agradeço também à minha irmã Marina, por estar sempre ao meu lado.

Agradeço ao meu namorado Felipe, pela paciência, pelo incansável companheirismo e seu apoio incondicional.

À minha família pela fiel torcida e pela compreensão de meus momentos ausentes.

À Tai e a Thaíse pela amizade incontestável, pelas longas conversas com as quais me ensinaram muito sobre a vida e por dividirmos novamente mais uma de nossas conquistas.

Ao Prof. Pinheiro por confiar a mim a responsabilidade de coordenar uma equipe e por todo apoio à mim direcionado.

À Karen Jansen por seus ensinamentos e ajuda nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Ao Prof. Luciano, meu paraninfo e exemplo de profissional.

À equipe do Desenvolvimento Infantil pela colaboração e imenso carinho.

Agradeço especialmente à Lú, minha orientadora, por ser responsável por grande parte da minha carreira profissional, por seus ensinamentos, acolhimento em meio aos momentos de crise, amizade e confiança.

Enfim, meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, fizeram da minha caminhada uma trajetória muito especial.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

IDENTIFICAÇÃO

Título: Abuso/dependência de substâncias psicoativas e transtornos de ansiedade: estudo de base-populacional em jovens de 18 a 24 anos

Responsável: Mariana Bonati de Matos

Orientadora: Luciana de Ávila Quevedo

Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

Datas: Agosto de 2012 e Janeiro de 2013

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos	12
3 HIPÓTESES	13
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 Estratégias de busca	14
4.2 Corpo da revisão	15
5 MÉTODO	17
5.1 Delineamento	17
5.2 Amostra	17
5.2.1 <i>Seleção da amostra</i>	17
5.2.2 <i>Critérios de inclusão</i>	17
5.2.3 <i>Critérios de exclusão</i>	17
5.3 Instrumentos / Materiais	18
5.4 Definição das variáveis	19
5.5 Seleção e treinamento de pessoal	20
5.6 Estudo-piloto	20
5.7 Controle de Qualidade	21

5.8 Coleta de dados	21
5.9 Processamento e análise de dados	21
5.10 Aspectos Éticos	21
5.11 Cronograma	22
5.12 Orçamento	22
6 REFERÊNCIAS	23
7 ANEXOS	27
7.1 ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	28
7.2 ANEXO B: Questionário Sócio demográfico	29
7.3 ANEXO C: <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</i>	30
7.4 ANEXO D: MINI Módulo E – Transtorno de Pânico	33
7.5 ANEXO E: MINI Módulo F – Agorafobia.....	34
7.6 ANEXO F: MINI Módulo G – Fobia Social.....	35
7.7 ANEXO G: MINI Módulo H – Transtorno Obsessivo Compulsivo	36
7.8 ANEXO H: MINI Módulo I – Transtorno de Estresse Pós-traumático	37
7.9 ANEXO I: MINI Módulo O – Transtorno de Ansiedade Generalizada	38
7.9 ANEXO J: Encaminhamentos	39
ARTIGO	40
ABSTRACT	43
INTRODUCTION	44
METHODS.....	46

RESULTS	49
DISCUSSION	50
REFERENCES	52
TABLE 1	55
TABLE 2	56

PROJETO DE PESQUISA

ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: ESTUDO DE BASE-POPULACIONAL EM JOVENS DE 18 A 24 ANOS

Projeto de pesquisa para a qualificação do mestrado do Programa de pós-graduação em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas, sob a orientação de Luciana de Ávila Quevedo.

Pelotas

2012

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período na vida do indivíduo caracterizado por constantes mudanças que refletem principalmente no âmbito social. O ambiente em que vive, as relações estabelecidas neste período, e o início da transição para a vida adulta podem favorecer o contato e as primeiras experiências com as drogas. Sendo elas divididas em dois grupos do ponto de vista legal, podemos considerar o tabaco e o álcool como drogas lícitas, e as drogas ilícitas sendo todas aquelas de comercialização proibida pela justiça, conhecidas por causar maior dependência na vida do indivíduo. Estas agem diretamente no sistema nervoso central, e, quando usadas indevidamente, são consideradas psicoativas ou psicotrópicas de acordo com a dependência^{1,2,3}.

Segundo a literatura, a prevalência de abuso de drogas lícitas na população jovem é de 25% e de substâncias ilícitas em geral é de 5%. Entre os fatores que podem estar associados ao abuso/dependência de substâncias podemos citar aqueles que são mais jovens, do sexo masculino, pertencem à classe socioeconômica mais baixa, não estudam, não trabalham e são solteiros^{3,4,5}.

As reações causadas pelo uso indevido de substâncias psicoativas são diversas, sendo a ansiedade um dos principais fatores relacionados⁶. A ansiedade pode ser caracterizada por uma sensação desagradável, podendo ser acompanhada por sintomas físicos e considerada necessária para a vida do indivíduo. Quando o nível destes sintomas ultrapassa o necessário para a sobrevivência, onde a sensação se torna intensa, desagradável e desproporcional, impedindo o funcionamento normal do indivíduo, pode-se configurar um transtorno de ansiedade. Entre eles estão o Transtorno de Pânico, a Agorafobia, a Fobia Social, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Todos acompanhados pela ansiedade como sintoma central, porém com características psicopatológicas particulares⁷.

Alguns estudos apontam a relação entre ansiedade e uso de substâncias^{6,8-16}, porém dados relacionando cada tipo de transtornos de ansiedade e o uso de substâncias são escassos. Percebe-se a necessidade de apontar tal relação nessa população específica, pois esta além de ser mais vulnerável ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, pode ser detectada precocemente.

Assim, esse estudo tem como objetivo verificar a associação entre o abuso/dependência de substâncias lícitas e ilícitas e os transtornos de ansiedade em uma amostra de jovens de 18 a 24 que residem na zona urbana de Pelotas-RS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

→ Verificar a associação entre o abuso/dependência de substâncias lícitas e ilícitas e os transtornos de ansiedade em uma amostra de jovens de 18 a 24 que residem na zona urbana de Pelotas-RS.

2.2 Específicos

→ Verificar a frequência de abuso/dependência de substâncias lícitas e ilícitas em jovens.

→ Verificar as características sócio-demográficas que estão associadas ao abuso de substâncias lícitas e ilícitas.

3 HIPÓTESES

→ Existe associação entre o abuso/dependência de substâncias lícitas e ilícitas e os transtornos de ansiedade.

→ A frequência de abuso de substâncias lícitas será de 25% e ilícitas será de 5% enquanto a prevalência de dependência de será de 10% para substâncias lícitas e 2% para substâncias ilícitas.

→ Estarão associadas à frequência de abuso/dependência de substâncias lícitas e ilícitas: ser do sexo masculino, jovem, pertencer à classe socioeconômica mais baixa, não estar estudando e não estar trabalhando.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Estratégias de busca

PUBMED:

Limites: Publicados nos últimos dez anos; Pesquisa com humanos; Idioma inglês e português.

- *Use of substances* – 963
- *Use of licit substances* – 6
- *Use of illicit substances* – 63
- *Drugs licit* – 13
- *Drugs illicit* – 315
- *Use of substances AND factors associated* – 169
- *Use of substances AND anxiety* - 303
- *Use of substances AND anxiety disorders* – 25

SCIELO:

Limites: Todos os índices.

- *Use of substances* – 782
- *Use of licit substances* – 10
- *Use of illicit substances* – 01
- *Drugs licit* – 35
- *Drugs illicit* – 223
- *Use of substances AND factors associated* – 47
- *Use of substances AND anxiety* - 15
- *Use of substances AND anxiety disorders* – 12

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

4.2 Corpo da revisão

A adolescência é um período de risco para o início do uso de drogas, tanto para experimentação, quanto para consumo ocasional, indevido ou abusivo. O CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP) em uma amostra representativa de 107 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes entre 12 e 65 anos, mostrou uma prevalência de 11,5% para dependência de álcool, 9% para dependência de tabaco e 1% para dependência de maconha. As prevalências de uso na vida foram de 68,7%, 41% e 7%, respectivamente^{17,18}. Nos Estados Unidos, um estudo realizado em 2007, em uma amostra de adultos, mostrou uma prevalência de uso de maconha, pelo menos uma vez na vida, de 40,6% e 29,7% de uso de outras drogas ilícitas¹⁹.

O uso e a dependência de substâncias lícitas e ilícitas são determinados por fatores genéticos, psicológicos e sociais e trazem sérias consequências para o futuro dos jovens e de toda a sociedade²⁰. Entre esses fatores estão: ser do sexo masculino, ser mais jovem, não estar trabalhando e não estar estudando, o que pode ocorrer em diversos contextos socioculturais^{4,21}.

Alguns estudos epidemiológicos mostraram que os índices de abuso e dependência de drogas são significativamente maiores em homens do que em mulheres e que o início do uso e dependência de drogas, geralmente ocorre durante o final da adolescência ou início da idade adulta^{19,22,23,24}.

O uso de substâncias tem sido associado a transtornos mentais, principalmente depressão e ansiedade. Estudos mostram uma forte evidência na associação entre depressão e tabagismo, e possivelmente entre transtornos de ansiedade em geral e uso de tabaco^{12,13,14,25,26}.

Quanto à relação entre o uso e abuso de substâncias e os transtornos de ansiedade, uma hipótese é que esta tende a ocorrer por pessoas que experienciam desconfortáveis sentimentos negativos e podem fazer o uso de substâncias como forma de ajudá-los a lidar com estes sentimentos^{27,9}. Um estudo realizado por Clark et al. (1997) examinou 43 adolescentes que foram internados por abuso ou dependência de álcool e descobriu que, destes pacientes, 40% tiveram pelo menos um transtorno de ansiedade, sendo a fobia social o mais comum⁸.

Deste modo, sendo a adolescência um particular período vulnerável para o aparecimento de transtornos por uso de drogas, existe a necessidade de investigar os detalhes mais finos desta associação. Devido aos prejuízos que podem ser ocasionados, é fundamental que se identifiquem, sempre de modo ágil, populações com tendência ao incremento no consumo de álcool, tabaco e outras drogas, procurando identificar, também, fatores determinantes ou associados à mudança de comportamentos. Isso pode melhor orientar ações nos campos da prevenção e do tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, hoje largamente deficientes⁵.

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a frequência de abuso de substâncias psicoativas, bem como fatores associados, em uma amostra de jovens de 18 a 24 anos de idade residentes na zona urbana de Pelotas, através de um estudo populacional por conglomerados.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento

Estudo transversal de base populacional com jovens de 18 a 24 anos de idade, residentes na zona urbana de Pelotas-RS.

5.2 Amostra

Jovens com idade entre 18 e 24 anos, residentes na zona urbana de Pelotas-RS.

5.2.1 Seleção da amostra

A amostra foi captada através de conglomerados, considerando a população de 39.667 jovens entre 18 e 24 anos e a divisão censitária atual de 448 setores na cidade de Pelotas-RS, fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁸.

A partir destes dados, estimam-se encontrar 88 jovens por setor, deste modo para garantir que o estudo abrangerá um maior número de setores censitários os jovens serão identificados com um pulo de dois domicílios entre os sorteados. Por fim para um N amostral de 1954 jovens serão necessários 76 setores.

5.2.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo jovens entre 18 e 24 anos de idade, residentes na zona urbana de Pelotas-RS, que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

5.2.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos do presente projeto aqueles que foram incapazes de responder e/ou compreender os instrumentos da pesquisa e/ou portadores de sofrimento psíquico grave.

5.3 Instrumentos / Materiais

- Características da amostra

Foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas como: sexo, escolaridade, estado civil, escolaridade, moradia, trabalho, religiosidade e auto-relato quanto à cor da pele ou etnia (ANEXO B).

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²⁹

A avaliação econômica dos participantes foi realizada através da classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²⁹, que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D, ou E), a partir dos escores alcançados. A letra “A” refere-se a classe socioeconômica mais alta e “E” a mais baixa (ANEXO B).

- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0/OMS)^{30,31}

Este instrumento foi validado para o Brasil (Henrique 2004) e detecta o uso de risco/nocivo e dependência de substâncias³⁰. É constituído de oito questões que abordam a frequência de uso, na vida e nos três últimos meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável de cada substância. A pontuação final alcançada, de acordo com os escores, indica o grau de envolvimento com as substâncias. Com opções de resposta de 0 a 4 e um escore total de 20 pontos, considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e 16 como sugestiva de dependência^{30,31}. As substâncias ilícitas investigadas pelo instrumento são: maconha, cocaína, anfetamina, inalantes, sedativos, alucinógenos e opióides. Devido ao prejuízo causado pelo crack, optou-se por incluí-lo na lista de substâncias psicoativas investigadas pelo ASSIST (ANEXO C).

- Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS)³²

É uma entrevista de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa. Visa classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes com o objetivo de reduzir o tempo da entrevista e a aplicação é facilitada por ter cotação das questões dicotômica em sim/não. Neste estudo foram utilizados os módulos que investigam os transtornos de ansiedade, Transtorno de Pânico (ANEXO D), Agorafobia (ANEXO E), Fobia Social (ANEXO F), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (ANEXO G), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (ANEXO H) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (ANEXO I), identificando se o paciente tem ou não o transtorno.

5.4 Definição das variáveis

→ Variável Dependente:

Abuso de substâncias lícitas e ilícitas – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0/OMS)^{30,31}:

→ Uso na vida (somente uso não-médico) - SIM/NÃO (Qualitativa / Dicotômica).

→ Frequência de uso de cada substância e problemas relacionados nos últimos três meses – NUNCA / 1 OU 2 VEZES / MENSALMENTE / SEMANALMENTE / DIARIAMENTE OU QUASE TODO O DIA (Qualitativa / Categórica).

→ Frequência de demonstração de preocupação por parte das pessoas em relação ao uso de cada substância; frequência de tentativa de controle para diminuir o uso de cada substância; frequência de uso de cada substância por injeção - NÃO, NUNCA / SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES / SIM, NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES (Qualitativa / Categórica).

No presente estudo, foi definido como desfecho, o abuso de substâncias lícitas e ilícitas considerando a soma dos pontos de cada resposta.

Variáveis Independentes			
Nome da variável	Definição	Categoria	Tipo
Sexo		Masculino Feminino	- Qualitativa - Dicotômica
Idade	Idade em anos		- Quantitativa - Discreta
Classificação econômica	Classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (versão 2012)	- A+B - C - D+E	- Qualitativa - Categórica
Estar estudando no último ano		Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Estar trabalhando no último ano		Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Transtorno de pânico	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Agorafobia	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Fobia Social	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	Não Sim	- Qualitativa - Dicotômica

5.5 Seleção e treinamento de pessoal

Os entrevistadores foram 20 bolsistas de iniciação científica do Centro de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas. Os mesmos receberam um treinamento durante um mês para o manuseio/aplicação do questionário e para orientação quanto a forma de proceder na chegada às residências. Além disso, os aspectos metodológicos e logísticos do estudo, aplicação da ASSIST³ e da entrevista MINI foram explicados à equipe^{30,31,32}.

5.6 Estudo-piloto

O estudo piloto foi realizado em dois setores que não foram sorteados para inclusão na pesquisa com o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao

treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

5.7 Controle de Qualidade

Foram realizados contatos telefônicos com 30% da amostra e novas visitas a 10% dos participantes desta investigação.

5.8 Coleta de dados

Após a realização do estudo-piloto e das devidas correções, uma equipe responsável pela identificação dos domicílios incluídos realizou o processo de captação da amostra nos setores sorteados. A partir do ponto inicial e trajeto do setor, pré-estabelecidos pelo IBGE²⁸ em 2001, foram visitadas as residências sorteados com um pulo de dois domicílios, visando garantir uma maior aleatoriedade da amostra. Ao identificar possíveis integrantes da amostra no domicílio, os mesmos receberam uma explicação do estudo e, aqueles que concordaram em participar, receberam a visita de um entrevistador treinado para aplicação dos instrumentos e entrevista diagnóstica.

5.9 Processamento e análise de dados

Foi realizada a codificação dos instrumentos e uma dupla entrada dos dados no programa EpiInfo 6.0³⁴ afim de obter consistência dos dados. Para análise dos dados será utilizada o programa estatístico STATA 9.0³⁵. As características da amostra, os transtornos de ansiedade e a prevalência de uso e abuso de substâncias serão obtidos através de frequência simples. Para as análises bivariadas será utilizado o teste do qui-quadrado e razão de prevalência.

5.10 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas sob o protocolo n° 2006/96. Os jovens receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um “Termo de Consentimento livre e

esclarecido”(ANEXO A). Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. As pessoas que apresentaram quaisquer indicativo de transtorno psicológico ou psiquiátrico, em qualquer fase do estudo, receberam encaminhamento para atendimento psicológico/psiquiátrico no Campus da Saúde da Universidade Católica de Pelotas (ANEXO J).

5.11 Cronograma

Atividades/Período*	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Revisão de literatura	x	x	x	X	x	X	x	x	
Qualificação					x				
Análise dos dados						X	x		
Produção do artigo								x	
Defesa									x

O período refere-se ao ano de 2012

5.12 Orçamento

Na tabela abaixo, pode-se observar o custo do estudo, porém cabe ressaltar que este conta com o apoio financeiro do CNPQ³⁶.

Tabela 1: Despesas de custeio para o projeto de pesquisa em questão.

Despesas de custeio	Quantidade	Valor Individual	Valor Total (R\$)
Material de consumo			
Vale transporte para as entrevista	3912	1,85	7.237,20
Questionários aplicados na avaliações	1956	0,75	1.467,00
		Subtotal →	8.704,20
Serviços de terceiros			
Captação da amostra (setores)	76	20,00	152,00
Entrevista da avaliação domiciliar	1956	8,00	15.648,00
		Sub-total →	15.800,00
Total (R\$) →			24.504,00

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN/DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2004.
- 2 - Silva OB, Fuchs FD. Fármacos de uso não-médico. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2004; 605-623.
- 3 - Picolotto E, Libardoni LFC, Migott AMB, Geib LTC. Prevalência e fatores associados com o consumo de substâncias psicoativas por acadêmicos de enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Ciênc. saúde coletiva 2010; 15 (3): 645-654.
- 4 - Schenker M, Minayo MCS. Risk and protective factors and drug use among adolescence. Ciênc. saúde coletiva 2005 July/Sept; 10 (3): 707-717.
- 5 - Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tobacco, alcohol, and drug use by teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: a gender approach. Cad Saude Publica 2007 Apr; 23 (4): 775-83.
- 6 - Encrenaz G, Kovess-Masféty V, Jutand MA, Carmona E, Sapinho D, Messiah A. Use of psychoactive substances and health care in response to anxiety and depressive disorders. Psychiatr Serv 2009 Mar; 60 (3): 351-7.
- 7 - American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM – IV – TR. 4 ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 8 - Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, Mezzich AC, Bromberger JT, Donovan JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997 Sep; 36 (9): 1195-203.
- 9 - Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. Compr Psychiatry 1998 Jul/Aug; 39 (4): 176-84.

10 - Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990 Nov; 21; 264 (19): 2511-8.

11 - Saban A, Flisher AJ. The association between psychopathology and substance use in young people: a review of the literature. *J Psychoactive Drugs* 2010 Mar; 42 (1): 37-47.

12 - Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics* 2003 Jun; 111(6): 699-705.

13 - Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health* 1998 Oct; 88 (10): 1518-22.

14 - Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000 Nov; 284 (18): 2348-51.

15 - Roberts MC, Emsley RA, Pienaar WP, Stein DJ. Anxiety disorders among abstinent alcohol-dependent patients. *Psychiatr Serv* 1999 Oct; 50 (10): 1359-61.

16 - Schuckit MA, Irwin M, Brown SA. The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *J Stud Alcohol* 1990 Jan; 51 (1): 34-41.

17 - Galduróz JCF, Carlini EA, Noto AR, Napo SA. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo – São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo; 2000.

18 - Carlini EA, Galduróz JFC, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001 – CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, Brasil; 2002.

19 - 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* 2007 Jul; 64 (7): 830-42.

20 - Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr* 2000 Dec; 22 (2): 32-36.

21 - Soldera M, Dalgalarondo P, Corrêa Filho HR, Silva CA. Use of psychotropic drugs among students: prevalence and associated social factors. *Rev Saude Publica* 2004 Apr; 38 (2): 277-83.

22 - Han B, Gfroerer JC, Colliver JD. Associations between duration of illicit drug use and health conditions: results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. *Ann Epidemiol* 2010 Apr; 20 (4): 289-97.

23 - Grant BF. Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 1996; 8 (2): 195-210.

24 - Teesson M, Baillie A, Lynskey M, Manor B, Degenhardt L. Substance use, dependence and treatment seeking in the United States and Australia: a cross-national comparison. *Drug Alcohol Depend* 2006 Feb; 81 (2): 149-55.

25 - Saban A, Flisher AJ. The Association Between Psychopathology and Substance Use in Young People: A Review of the Literature. *J Psychoactive Drugs* 2010 Mar; 42 (1): 37-47.

26 - Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2004 Dec; 38 (6): 787-96.

27 - Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Aug; 61 (8): 807-16.

28 - IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>

29 - ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>

30 - Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 2004 Apr/Jun; 50 (2): 199-206.

31 - World Health Organization. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Pilot Brief Intervention: A Technical Report of Phase II Findings of the WHO ASSIST Project, 2006.

32 - Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22 (3): 106-115.

34 - Dean AG, Dean JÁ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi-Info version 6.04d; A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.

35 - STATA: Data Analysis and Statistical Software. Version 9.0. StataCorp LP, 1996–2009. Acesso através do site: <http://www.stata.com>

ANEXOS

7.1 Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo está sendo realizado com jovens de 18 a 24 anos e tem como objetivo estudar comportamentos de saúde nesta faixa etária. A coleta de informações está acontecendo desde novembro de 2007 e está prevista até novembro de 2009. Os jovens estão sendo entrevistados para se conhecer em que condições os mesmos vivem, seus comportamentos de risco à saúde e sobre como têm se sentido. Está sendo oferecido tratamento na Clínica Psicológica da UCPel aos jovens que são diagnosticados com depressão. Em relação àqueles diagnosticados com outro quadro clínico, também estão sendo encaminhados para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico no Campus da Saúde da Universidade. A pesquisa justifica-se pela necessidade de prevenir a incidência de comportamentos que coloquem em risco a saúde dos jovens, assim como promover a melhora da sintomatologia depressiva. Os dados serão analisados, sem a perda de seu caráter confidencial. Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os coordenadores do projeto, através dos números 2128-8404 (mestrado); 8407.4349 (Liliane); 8125.4906 (Karen) ou 9983.7645 (Rodrigo). O jovem é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem prejuízos.

Eu, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa e estou ciente das informações referidas.

Nome do Entrevistado: _____

Nome do Responsável pela Entrevista: _____

Data: __ __ / __ __ / __ __

ASSINATURA DO ENTREVISTADO: _____

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR: _____

7.2 Anexo B – Questionário Sócio demográfico

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Setor: ____

Pessoa: ____

Casa/Edifício: _____

Bloco ____

Aptº. _____

1. Sexo do entrevistado:

- (1) feminino
(2) masculino

2. Qual é a tua data de nascimento? ____ / ____ / ____

3. A tua cor ou raça é? (LER AS OPÇÕES)

- (1) branca
(2) preta
(3) mulata
(4) amarela
(5) indígena

4. Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

- (0) não
(1) sim → Em que série tu estás? ____ série do ____ grau

SE NÃO:

5. Tu já estudaste na escola alguma vez?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 6
(1) sim → Até que série completaste (foste aprovado)? ____ série do ____ grau
(8) NSA

6. Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 7
(1) sim

a) Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste? ____ anos

b) Nos últimos 12 meses, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

- (0) não
(1) sim
(8) NSA

c) Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim (8) NSA

7. Na tua casa tem: (LER AS OPÇÕES)

a)	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

b) Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) analfabeto / primário incompleto
(1) primário completo / ginásial incompleto
(2) ginásial completo / colegial incompleto
(3) colegial completo / superior incompleto
(5) superior completo

Primário = 1º a 5º série
Ginásial = 6º a 8º série
Colegial = 2º grau
Superior = graduação

setor ____

casa _____

bl ____

ap _____

pessoa ____

sexo ____

dnasc ____ / ____ / ____

cpele ____

estano ____

serie ____

grau ____

estvez ____

nserie ____

nrgau ____

trabdin ____

idade1º ____

trab12 ____

trabatu ____

tv ____

radio ____

banh ____

aut ____

mens ____

aspir ____

maqlav ____

vidvd ____

gelad ____

freez ____

eschef ____

7.3 Anexo C – Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	Não	Sim
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte ou desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4

g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu ou consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) vezes quase todo dia resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de ou (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que vezes quase todo dia eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

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

7.4 Anexo D – MINI: Módulo E - Transtorno de Pânico

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM	1
SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES				
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = “NÃO”, PASSAR A E7.				
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

7.5 Anexo E – MINI: Módulo F – Agorafobia

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

7.6 Anexo F – MINI: Módulo G – Fobia Social

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	➔ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	➔ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	➔ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
*FOBIA SOCIAL
ATUAL*

7.7 Anexo G – MINI: Módulo H – Transtorno Obsessivo-compulsivo

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontrolláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas? NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.	NÃO	SIM	1
SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS “SIM” ?		➔ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	➔ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
H6 É COTADA “SIM” ?		<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</p>		

7.8 Anexo H – MINI: Módulo I – Transtorno de Estresse Pós-traumático

➔ **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	➔ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	➔ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	➔ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4	➔ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

7.9 Anexo I – MINI: Módulo O – Transtorno de Ansiedade Generalizada

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	➔ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	➔ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	➔ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

Anexo J – Encaminhamentos

**ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM JOVENS DE 18 A 24
ANOS
ENCAMINHAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Pelotas, ____ de _____ de 200__.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para atendimento psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPel (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº. 1586. Tel.:Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

Observação:_____.

**ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTO DE SAÚDE EM JOVENS DE 18 A 24
ANOS
ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO**

Pelotas, ____ de _____ de 200 __.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para psicoterapia no Campus II da UCPel, localizado na Rua Alm. Barroso, nº. 1202. Tel.: 2128-8404. Em breve, o terapeuta entrará em contato por telefone para marcar consulta. Ciente de que meus horários de atendimento serão acordados entre meu terapeuta e eu.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

NOTA

Após a defesa desta dissertação foram realizadas algumas modificações no que diz respeito aos objetivos do trabalho e suas análises estatísticas de acordo com as sugestões da banca examinadora. O artigo abaixo foi impresso já contendo estas modificações.

**ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: ESTUDO DE BASE-POPULACIONAL EM
JOVENS DE 18 A 24 ANOS**

**ABUSE AND DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND
ANXIETY DISORDERS: POPULATION-BASED STUDY AMONG 18 TO 24
YEARS OLD IN BRAZIL**

**ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: ESTUDO DE BASE-POPULACIONAL EM
JOVENS DE 18 A 24 ANOS**

Autoras:

Mariana Bonati de Matos
Luciana de Avila Quevedo

Instituição:

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas

Correspondente:

Mariana Bonati de Matos
Endereço: Rua Gonçalves Chaves, nº 373 Sala: 415, Centro. Pelotas-RS, Brasil.
Email: marianabonatidematos@gmail.com / marianabonati@hotmail.com
Telefone: +55 53 21288404 ou 84050900

Fontes de auxílio à pesquisa: O estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e pelo Ministério da Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Verify the association between abuse and dependence on psychoactive substances and anxiety disorders in a sample of young people 18-24 that reside in a city in southern Brazil. **METHODS:** Population-based cross-sectional study residents of Pelotas, a city in southern Brazil in the years between 2007 and 2009. Here evaluated anxiety disorders using the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI), and the information about use of psychoactive substances were obtained through “Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0/OMS)”. For univariate analysis we use the Fisher exact test and for multivariate analysis we calculated prevalence ratios (PR), using Poisson regression with robust variance. **RESULTS:** Young people with agoraphobia had a prevalence of abuse/dependence on tobacco 32% higher than people without this disease (PR =1.32) (CI95% 1.01-1.74). Those individuals who had PTSD had a higher prevalence 2.41 (CI95% 1.22-4.77) times of abuse/dependence on illicit substances compared to those without PTSD and for those with GAD, PR was 1.76 (CI95% 1.00- 3.11) higher compared to not having GAD. **CONCLUSION:** While there is little doubt regarding the association between anxiety symptoms and abuse/dependence on substances, the nature of this association may be subject to a variety of factors (genetic predisposition, environmental factors, gender, severity of symptoms), as well as the nature of the interaction among these factors. The increase in the number of studies examining the association between substance use and anxiety disorders in adolescents and young adults would seal a gap in current research in this area, particularly in developing countries.

INTRODUCTION

Psychoactive substances are divided in two groups: legal or licit substances, which include mainly tobacco and alcohol and illicit substances, which are known to cause greater dependence on the individual's life (1,2,3). The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) classifies the use, abuse or dependence on these substances according to consumption time, amount, and injury. It has been proposed that first contact with psychoactive substances may occur during early adulthood and that consequently (4).

Reactions caused by use of psychoactive substances are diverse, and anxiety like symptoms is one of them (5). Anxiety disorder's symptoms are beyond what would be considered necessary for survival, with intense, unpleasant and disproportional sensations. The anxiety disorders are: Panic Disorder, Agoraphobia, Social Phobia Disorder, Post traumatic stress disorder (PTSD), Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD). All accompanied by anxiety like central symptom, but with particular psychopathological features (4). Different authors, proposes that the relationship between the use and abuse of substances and anxiety disorders tends to occur with people that experience negative feelings and may make use of substances as a form of coping with them (6,7).

There are strong evidence for the association between depression and smoking, and possibly between anxiety disorders and use of tobacco (6, 8, 9, 10,11). A study with adolescents hospitalized for abuse or dependence on alcohol showed that 40% of these patients presented at least one anxiety disorder, being social phobia the most common (12). Another longitudinal study observed that adults with anxiety disorders or depression that did not use any kind of psychoactive substances, had on their second evaluation, one year later, an increase in the use of psychoactive substances. (5). Although some studies suggest there is a potential relationship between any specific anxiety disorder and substance use as well specifically form (5,12,13,14,15) current data relate each type of anxiety disorders in substance use are scarce, and not populations based.

Thus, it is essential to identify, people with a tendency to develop anxiety disorders with increasing consumption of alcohol, tobacco and other drugs, also looking

determining factors or associated with behavior change. This may improve guiding actions in the fields of prevention and treatment of problems resulting from use of psychoactive substances, now widely deficient (16).

Therefore, this study aims to verify the association between abuse and dependence on psychoactive substances and anxiety disorders in a sample of young people 18-24 that reside in a city in southern Brazil.

METHODS

Design

Population-based cross-sectional study among 18 to 24 year-old residents of Pelotas, a city in southern Brazil in the years between 2007 and 2009.

Sample

We performed a multiple stages sampling in the urban area of the city. Considering the population of 39,667 young people between 18 and 24 years old and the current census division of 448 sectors in the city (data provided by Brazilian Institute of Geography and Statistics) were randomly elected 89 census tracts (17). The home selection in the sectors was performed according to a systematic sampling, the first one being the house at the corner pre established as the beginning of the sector, the interval of selection was determined by skipping two houses. After identifying the subjects, the interviewers duly trained explained the aims of the study. The data were collected between August 2007 and December 2009.

Variable

Information about use of psychoactive substances were obtained using the “Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0/OMS)” validated for Brazil (18,19). Illicit substances investigated by the instrument are: marijuana, cocaine, amphetamines, inhalants, sedatives, hallucinogens and opiates. Due to the current injury caused by crack, we decided to include in the list of psychoactive substances. The instrument detects the use of risk/harmful and dependence. ASSIST’s questions quantify the intensity, frequency and problems associated with the use of the substance. Using the final score individuals were classified into: occasional use of low risk, risk use (abuse) and possible dependence. This instrument makes the difference between abuse and dependence on substances, but for data analysis, it we considered abusive use and/or dependence on psychoactive substances, when the total score was ≥ 4 points joining these two categories. We did this because of the small number of young people considered suggestively dependent on licit and illicit substances.

On the other hand, illicit substances were divided into 5 groups, according to the Carlini (20): stimulant substances (cocaine and amphetamines), depressant substances

(inhalants, sedatives and opioids), disrupting substances (hallucinogens), marijuana and crack. For descriptive purposes we maintained this criteria, nevertheless, for multivariate analysis, illicit substances were grouped into a single variable (abuse/dependence on at least one illicit sustenance vs. not abuse), in order to ensure more power for analysis; given the small number of individuals who were abusive/dependent on these substances individually.

We evaluated anxiety disorders using the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI). This interview was also used to assess the presence of manic and/or hypomanic episode (21).

In addition we assessed, socio-demographic characteristics of the sample, such as gender, age, living with a partner, education (series and studied degree), working status (having a job at the time of the interview) and socioeconomic status (assessed by the Brazilian Association of Research Companies ABEP) (22). We evaluated numbers of stressful events in the last year using the Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe, and depressive symptoms intensity using the Beck Depression Inventory (23).

Statistical analysis

For descriptive analysis we evaluated three outcomes in our regression models: abuse/dependence of tobacco, abuse/dependence of alcohol and abuse/dependence of at least one illicit substance. The main exposure variables were the different anxiety disorders. All models were adjusted for: gender, age, socioeconomic status, education, working in the last year, studying the last year, living with partner(a), number of stressful events in the last year, another anxiety disorder (different variable exposure), depressive symptoms and manic and/or hypomanic episode (at least one). Moreover, there were also included in the models, as confounders, the abuse/dependence on other substances different to the analyzed outcome.

We calculated confidence intervals at 95% confidence and considered an association to be statistically significant with p-value <0.05. The statistical analysis was realized in the STATA 9.0 software.

Ethics

This project was approved by the Ethics Committee of the University, protocol number 2006/96. All participants signed an informed consent. People who showed any indication of psychological or psychiatric disorder were referred for psychological/psychiatric care in a health service.

RESULTS

We identify 1762 young people, of these 202 (11.5%) refused. Thus, the sample consisted of 1.560 individuals with a mean age of 20.5 (SD \pm 2.1) years old. Of these, 56.4% were women, 48.1% of the economy class C, 46.0% were students and 66.0% worked. The overall prevalence of abuse/dependence of tobacco was 24.9% (389), alcohol 26.9% (419) and illicit substances 7.3% (114). Prevalence for panic disorder was 2.5%, 12.3% for agoraphobia, 4.0% for social phobia, 2.1% for PTSD, 3.3% for OCD and 9.7% for GAD. In the univariate analysis we observed that OCD was more prevalent among those who were abusing/ dependent on alcohol ($p = 0.012$). The prevalence of GAD ($p = 0.006$), OCD ($p < 0.001$), Agoraphobia ($p = 0.014$) and PTSD ($p < 0.001$) were significantly higher among those with abusive/dependent use of stimulant substances. The abuse/dependence on marijuana was higher among all anxiety disorders except panic disorder. The abuse/dependence use of crack was higher only among those diagnosed with PTSD ($p < 0.001$) and disrupting substances were not associated with any anxiety disorder (Table 1).

Adjusted analysis, showed that young people with agoraphobia had a prevalence of abuse/dependence on tobacco 32% higher than people without this disease (PR =1.32) (CI95% 1.01-1.74). Those individuals who had PTSD had a higher prevalence 2.41 (CI95% 1.22-4.77) times of abuse/dependence on illicit substances compared to those without PTSD and for those with GAD, PR was 1.76 (CI95% 1.00- 3.11) higher compared to not having GAD. (Table 2)

In addition, when performing this analysis using the variable use of illicit substances as continuous (number of illicit drugs with abuse/dependence) the risk of consuming illicit substances among those who had PTSD was 4.33 (CI95% 1.78-10.50) times higher when compared to those who did not have this disorder.

DISCUSSION

The aim of this study was to determine the prevalence and association of abuse and dependence on licit and illicit substances in different anxiety disorders in a sample of young people in Southern Brazil.

A high prevalence of abuse/dependence was observed for licit and illicit substances. In the case of licit substances, this is not unexpected taking in consideration the easy access of these drugs. On the other hand, illicit substance prevalence of abuse/dependence was 7.3%, whereas according to the literature, the prevalence in the youth population is 5% (3,24,16).

We found an association between agoraphobia and abuse/dependence on tobacco. According Rodina, among anxiety disorders, agoraphobia is one of the most prevalent disorders among smokers (25). McCabe evaluated 155 patients with panic disorder with and without agoraphobia, and 40.4% of them were smokers (26). These data appoint a relationship between agoraphobia and abuse/dependence on tobacco, however, these studies indicate further research on the subject because the reasons for this association still not have strong theory.

In addition, we observed an association GAD and PTSD with the abuse/dependence of illicit substances. Young people who did use illicit substances were more likely to present such anxiety disorders. A previous study with hospitalized patients found that those diagnosed with GAD showed history of illicit drug abuse compared to those without a diagnosis of GAD (27). Thus, studies that show a clear relationship between GAD and illicit drugs are scarce.

Regarding PTSD, a review study that aimed to understand the relationship between PTSD and the dependence on the use of illicit substances showed a strong association between both, but always questioning the origin of symptoms (28). One of the hypotheses for this association is that the problems associated with substance abuse increases the risk for the occurrence of PTSD due to exposure of the subject to occurrence of traumas. The use of these substances could also intensify the effects of trauma leading to the appearance of PTSD (29).

This study is not enough to relate the use of these substances to the explored disorders, so an allusion may not be made regarding the event casualties, it may not be stated the disorder evolution is related to the substance use or if the substance use trigs anxiety disorders.

In summary, it seems that while there is little doubt regarding the association between anxiety symptoms and abuse/dependence on substances, the nature of this association may be subject to a variety of factors (genetic predisposition, environmental factors, gender, severity of symptoms), as well as the nature of the interaction among these factors.

The increase in the number of studies examining the association between substance use and anxiety disorders in adolescents and young adults would seal a gap in current research in this area, particularly in developing countries. Are expected to the results of the association between abuse/dependence on substances and anxiety disorders become more defined, and that the information obtained is used in a significant way to inform policy and the effects of applying for the greater good of the management and treatment of affected individuals.

REFERENCES

- 1 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN/DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF), 2004
- 2 - Silva OB, Fuchs FD. Fármacos de use não-médico. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2004; 605-623, 2004
- 3 - Picolotto E, Libardoni LFC, Migott AMB, et al. Prevalence and factors associated with psychoactives substances consumption for academics of nursing of the University of Passo Fundo. *Ciência & Saúde Coletiva* 15:645-654, 2010
- 4 - American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM – IV – TR. 4 ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002
- 5 - Encrenaz G, Kovess-Masféty V, Jutand MA, et al. Use of psychoactive substances and health care in response to anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Services* 60:351-7, 2009
- 6 - Johnson JG, Cohen P, Pine DS, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *The Journal of the American Medical Association* 284:2348-51, 2000
- 7 - Roberts MC, Emsley RA, Pienaar WP, et al. Anxiety disorders among abstinent alcohol-dependent patients. *Psychiatric Services* 50:1359-61, 1999
- 8 - Shrier LA, Harris SK, Kurland M, et al. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *The Journal of Pediatrics* 111:699-705, 2003
- 9 - Patton GC, Carlin JB, Coffey C, et al. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years old. *American Journal of Public Health* 88:1518-22, 1998

- 10 - Saban A, Flisher AJ. The association between psychopathology and substance use in young people: a review of the literature. *Journal of Psychoactive Drugs* 42:37-47, 2010
- 11 - Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. *Revista de Saúde Publica* 38:787-96, 2004
- 12 - Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, et al. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:1195-203, 1997
- 13 - Marmorstein NR, White HR, Loeber R, et al. Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *Journal of Abnormal Child Psychology* 38:211-24, 2010
- 14 - Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, et al. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry* 39:176-84, 1998
- 15 - Schuckit MA, Irwin M, Brown SA. The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 51:34-41, 1990
- 16 - Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, et al. Tobacco, alcohol, and drug use by teenagers in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: a gender approach. *Caderno de Saúde Publica* 23:775-83, 2007
- 17 - IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>
- 18 - Henrique IF, Micheli D, Lacerda RB, et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira* 50:199-206, 2004
- 19 - World Health Organization. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Pilot Brief Intervention: A Technical Report of Phase II Findings of the WHO ASSIST Project, 2006

- 20 – Carlini EA. “Drogas psicotrópicas” III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais Brasileiras. Centro de Informações sobre drogas psicotrópicas – Departamento de psicobiologia. Escola Paulista de Medicina 93:97, 1994
- 21 - Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria 22:106-115, 2000
- 22 – ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>
- 23 – Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation. 1996.
- 24 - Schenker M, Minayo MCS. Risk and protective factors and drug use among adolescence. Ciência & Saúde Coletiva 10:707-717, 2005
- 25 – Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica 30:221-8, 2003
- 26 - McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, et al. Smoking behaviors across anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders 18:7-18, 2004
- 27 - Compton WM, Cottler LB, Jacobs JL, et al. The Role of Psychiatric Disorders in Predicting Drug Dependence Treatment Outcomes. American Journal of Psychiatry 160:890–895, 2003
- 28 - Dantas HS, Andrade AG. Comorbidity of post traumatic stress disorder (PTSD) with alcohol and drug abuse and dependency: a literature review. Revista de Psiquiatria Clínica 35:55-60, 2008
- 29 - Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. American Journal of Psychiatry 158:1184-1190, 2001

Table 1: Prevalence of anxiety disorders associated with abuse/dependence of licit and illicit substances in young people 18-24 years of the city of Pelotas.

Variable	Illicit substances						Licit substances								
	Abuse/dependence Tobacco		Abuse/dependence Alcohol		Abuse/dependence DS		Abuse/dependence SS		Abuse/dependence DS		Abuse/dependence Marijuana		Abuse/dependence Crack		
	n (%)	n (%)	p value	n (%)	p value	n (%)	p value	n (%)	p value	n (%)	p value	n (%)	p value	n (%)	p value
GAD			0.001		0.139		<0.001		0.006		1.000		0.001		0.425
No	1408 (90.3)	334 (23.7)		370 (26.3)		23 (1.6)		33 (2.3)		04 (0.3)		60 (4.3)		13 (0.9)	
Yes	152 (9.7)	55 (36.2)		49 (32.2)		14 (9.2)		10 (6.6)		00 (0.0)		13 (8.6)		03 (2.0)	
OCD			0.004		0.012		0.032		<0.001		1.000		0.001		0.167
No	1509 (96.7)	367 (24.3)		397 (26.3)		33 (2.2)		36 (2.4)		04 (0.3)		65 (4.3)		14 (0.9)	
Yes	51 (3.3)	22 (43.1)		22 (43.1)		04 (7.8)		07 (13.7)		00 (0.0)		08 (15.7)		02 (3.9)	
Panic Disorder			0.030		0.708		<0.001		0.674		1.000		0.803		0.872
No	1521 (97.5)	373 (24.5)		407 (26.8)		29 (1.9)		41 (2.7)		04 (0.3)		72 (4.7)		15 (1.0)	
Yes	39 (2.5)	16 (41.0)		12 (30.8)		08 (20.5)		02 (5.1)		00 (0.0)		01 (2.6)		01 (2.6)	
Social Phobia			0.044		0.184		<0.001		0.166		1.000		0.031		0.276
No	1497 (96.0)	366 (24.4)		397 (26.5)		30 (2.0)		39 (2.6)		04 (0.3)		66 (4.4)		14 (0.9)	
Yes	63 (4.0)	23 (36.5)		22 (34.9)		07 (11.1)		04 (6.3)		00 (0.0)		07 (11.1)		02 (3.2)	
Agoraphobia			<0.001		0.084		0.003		0.014		1.000		0.006		0.242
No	1368 (87.7)	318 (23.2)		357 (26.1)		26 (1.9)		32 (2.3)		04 (0.3)		56 (4.1)		12 (0.9)	
Yes	192 (12.3)	71 (37.0)		62 (32.3)		11 (5.7)		11 (5.7)		00 (0.0)		17 (8.9)		04 (2.1)	
PTSD			0.002		0.443		<0.001		<0.001		1.000		0.011		<0.001
No	1528 (97.9)	373 (24.4)		408 (26.7)		32 (2.1)		38 (2.5)		04 (0.3)		68 (4.5)		12 (0.8)	
Yes	32 (2.1)	16 (50.0)		11 (34.4)		05 (15.6)		05 (15.6)		00 (0.0)		05 (15.6)		04 (12.5)	
Total	1560 (100)	398 (24.9)		419 (26.9)		37(2.2)		43 (2.8)		04 (0.3)		73 (4.7)		16 (1.0)	

DS=Depressant Substances (inhalants, sedatives and opioids); SS=Stimulant Substances (cocaine and amphetamines); DS= Disrupting Substances (hallucinogens).

Table 2: Analysis crude and adjusted by tobacco, alcohol and illicit substances.

Variable	Tobacco				Alcohol				Illicit substances			
	Crude Analysis		Adjusted Analysis		Crude Analysis		Adjusted Analysis		Crude Analysis		Adjusted Analysis	
	PR	CI	PR	CI	PR	CI	PR	CI	PR	CI	PR	CI
GAD	1.53	(1.21 - 1.92)	0.96	(0.72 - 1.28)	1.23	(0.96 - 1.57)	1.03	(0.75 - 1.44)	2.87	(1.93 - 4.28)	1.76	(1.00 - 3.11)
OCD	1.77	(1.28 - 2.46)	0.91	(0.54 - 1.53)	1.64	(1.18 - 2.27)	1.13	(0.69 - 1.86)	4.14	(2.55 - 6.73)	0.49	(0.21 - 1.16)
Panic Disorder	1.67	(1.14 - 2.46)	0.91	(0.57 - 1.45)	1.15	(0.71 - 1.85)	1.08	(0.67 - 1.74)	3.34	(1.83 - 6.10)	0.69	(0.25 - 1.88)
Social Phobia	1.49	(1.07 - 2.09)	0.90	(0.55 - 1.47)	1.32	(0.93 - 1.86)	0.95	(0.60 - 1.54)	3.60	(2.23 - 5.83)	0.93	(0.41 - 2.12)
Agoraphobia	1.60	(1.30 - 1.96)	1.32	(1.01 - 1.74)	1.24	(0.99 - 1.55)	0.92	(0.67 - 1.27)	2.54	(1.73 - 3.75)	0.98	(0.50 - 1.94)
PTSD	2.05	(1.43 - 2.93)	0.86	(0.53 - 1.40)	1.29	(0.79 - 2.09)	0.71	(0.36 - 1.36)	4.59	(2.66 - 7.93)	2.41	(1.22 - 4.77)

