

Anderson Sousa Martins da Silva

Investigação da validade da versão brasileira da Escala de Triagem e Avaliação
para Dependentes (MATE-pt-BR)

Janeiro
2024

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Anderson Sousa Martins da Silva

**Investigação da validade da versão brasileira da Escala de Triagem e
Avaliação para Dependentes (MATE-pt-BR)**

Versão corrigida

(Versão original encontra-se na unidade
que aloja o Programa de Pós-Graduação)

Orientador: Prof. Dr. João Mauricio
Castaldelli Maia

Janeiro
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Anderson Sousa Martins
Investigação da validade da versão brasileira da
Escala de Triage e Avaliação para Dependentes (MATE-
pt-BR) / Anderson Sousa Martins Silva. -- São
Paulo, 2024.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: João Mauricio Castaldelli Maia.

Descritores: 1.Transtornos relacionados ao uso
de substâncias 2.Reprodutibilidade dos testes
3.Classificação Internacional de Funcionalidade,
Incapacidade e Saúde 4.Triage 5.Serviços de saúde
mental 6.Escalas de graduação psiquiátrica

USP/FM/DBD-019/24

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Anderson Sousa Martins da Silva

Título: Investigação da validade da versão brasileira da Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (MATE-pt-BR)

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

À minha esposa, Wélissa, e às minhas filhas, Isabela e Lis, com amor, admiração e gratidão. Obrigado pela compreensão e incansável apoio de sempre, sem os quais este mestrado não teria sido possível.

Agradecimentos

Ao Dr. João Maurício Castaldelli Maia, que nos anos de convivência muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

À Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Psiquiatria – Pós-graduação pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Psiquiatria – Pós-graduação pelo apoio financeiro para a apresentação deste trabalho no 23º *World Congress of Psychiatry*.

Aos funcionários das Rede de Atenção Psicossocial de São Bernardo do Campo e de São Paulo, pela colaboração com a pesquisa, em especial ao Sr. José Luiz de Lima - gerente do CAPS AD III de São Miguel Paulista.

Aos entrevistadores Wélissa da Silva Moura, Ciro Marco, Lucas Galvão, Eric Balliari, Isabela Cavallo, Ruth Becker, Luciana Silva e Eclesiaster Oliveira pela dedicação e entrevistas realizadas.

Resumo

Silva, ASM. Investigação da validade da versão brasileira da Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (MATE-pt-BR)[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2024.

Os serviços de atendimento para indivíduos com transtorno por uso de substâncias (TUS) nos países de média-renda, como o Brasil, têm uma carência de instrumentos para triagem e avaliação do tratamento. Por ter uma base sólida em ferramentas de avaliação de funcionalidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) e por ser voltado para a prática clínica, a versão brasileira da escala de triagem e avaliação para dependentes (*measurements in the addiction for triage and evaluation* – MATE) pode ser útil para a rede assistencial brasileira. Portanto, existe a necessidade da validação desse instrumento para uso na população brasileira. O objetivo desta dissertação foi investigar a validade e confiabilidade da versão brasileira da MATE. A amostra deste estudo foi composta por indivíduos adultos que procuraram livremente ou que foram encaminhados ou que já estavam em tratamento para TUS na rede de atenção psicossocial (RAPS) de São Paulo e São Bernardo do Campo. O cálculo amostral levou em conta a prevalência de uso e dependência de álcool na população adulta brasileira. Para ter 95% de poder estatístico, com uma margem de erro de 5%, a amostra mínima calculada é de 212 indivíduos. A consistência interna da versão brasileira da MATE foi avaliada pelo alfa de Cronbach. A validade convergente e discriminante (utilizando a sexta versão brasileira da *addiction severity index* (ASI-6) como padrão-ouro) foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson entre itens e escores, bem como entre as seções. Um total de 13 entrevistadores aplicaram os 2 questionários em um total de 231 sujeitos. Para a consistência interna, a MATE apresentou coeficientes alfa de Cronbach entre 0,45 e 0,92, estando apenas os Módulos 2 (0,66) e 6 (0,45) abaixo de 0,8, além de apresentar correlação significativa entre todas as diferentes seções. Com relação à validade convergente, apesar de não apresentarem módulos (MATE) e domínios (ASI-6) idênticos, houve correlação significativa quando os mesmos avaliavam domínios semelhantes. Os resultados deste estudo fornecem apoio substancial para a validade e confiabilidade da MATE no contexto da população do Brasil, apresentado robusta consistência interna. Embora os Módulos 2 e 6 tenham apresentado valores ligeiramente inferiores, esses resultados eram esperados devido à natureza das perguntas destes módulos. A MATE também demonstrou correlações significativas entre suas diferentes seções, alinhando-se às expectativas de estabelecer relações coerentes entre os seus componentes. Isso ressalta a capacidade do instrumento em avaliar

diferentes facetas do TUS de forma eficaz. Ao fornecer uma avaliação abrangente sobre o uso de substâncias enquanto considera a funcionalidade dos pacientes, a MATE pode contribuir para um tratamento mais informado e direcionado, além de auxiliar na alocação de recursos, especialmente no contexto de serviços regionalizados, como os CAPS-AD no Brasil. A MATE surge como uma ferramenta valiosa para avaliar o TUS e prejuízos funcionais comórbidos no contexto brasileiro. Mais pesquisas e aplicações da MATE em diversos ambientes clínicos e populacionais poderiam fornecer mais insights sobre sua eficácia e ampliar sua utilidade no cuidado do TUS.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Reprodutibilidade dos Testes. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Triagem. Serviços de Saúde Mental. Escalas de Graduação Psiquiátrica.

Abstract

Silva, ASM. Investigation of the validity of the Brazilian version of the Screening and Assessment Scale for Addicts (MATE-pt-BR)[dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”; 2024.

In middle-income countries like Brazil, substance use disorder (SUD) treatment services lack screening and assessment instruments. Due to its strong foundation in World Health Organization (WHO) functionality assessment tools and its clinical focus, the Brazilian version of the Measurements in the Addiction for Triage and Evaluation (MATE) scale can be valuable for the Brazilian healthcare system. Thus, there is a need to validate this instrument for use in the Brazilian population. The aim of this dissertation was to investigate the validity and reliability of the Brazilian version of MATE. The study sample consisted of adult individuals who sought treatment voluntarily, were referred, or were already in SUD treatment within the Psychosocial Care Network (RAPS) in São Paulo and São Bernardo do Campo. The sample size calculation considered the prevalence of alcohol use and dependence in the Brazilian adult population. To achieve a 95% statistical power with a 5% margin of error, the minimum sample size required was 212 individuals. The internal consistency of the Brazilian version of MATE was assessed using Cronbach's alpha. Convergent and discriminant validity (using the Brazilian version of the Addiction Severity Index-6 (ASI-6) as the gold standard) was evaluated by Pearson's correlation coefficient between items and scores, as well as between sections. Thirteen interviewers administered both questionnaires to a total of 231 subjects. For internal consistency, MATE showed Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.45 to 0.92. Only Modules 2 (0.66) and 6 (0.45) were below 0.8. Significant correlations were observed between all different sections of MATE, demonstrating robust internal consistency. Regarding convergent validity, despite not having identical modules (MATE) and domains (ASI-6), a significant correlation was found when they assessed similar domains. The results of this study provide substantial support for the validity and reliability of MATE in the context of the Brazilian population, demonstrating strong internal consistency. While Modules 2 and 6 exhibited slightly lower values, these results were expected due to the nature of the questions in these modules. MATE also showed significant correlations between its different sections, aligning with the expectation of establishing coherent relationships among its components. This underscores the instrument's ability to effectively assess various facets of SUD. By providing a comprehensive evaluation of substance use while considering patient functionality,

MATE can contribute to more informed and targeted treatment, as well as resource allocation, especially in the context of regionalized services like CAPS-AD in Brazil. MATE emerges as a valuable tool for assessing SUD and comorbid functional impairments in the Brazilian context. Further research and applications of MATE in various clinical and population settings could provide additional insights into its effectiveness and broaden its utility in SUD care.

Keywords: Substance use disorder. Reproducibility of Results. International Classification of Functioning, Disability and Health. Triage. Mental Health Services. Psychiatric Status Rating Scales.

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela1 - Principais domínios abordados em cada escala	23
Figura 1 - Projeções de validades convergentes	35
Tabela 2 - Perfil epidemiológico dos entrevistados (n=231)	39
Tabela 3 - Uso de substâncias nos últimos 30 dias, com prevalência de uso superior a 5% (n= 231)..	41
Tabela 4 - Confiabilidade da MATE e sua correlação entre os módulos	43
Tabela 5 - Correlação entre Módulos da MATE e domínios da ASI-6	45

Lista de Siglas

ASI	<i>Addiction Severity Index</i>
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-AD III	Centro de Atenção Psicossocial III para Álcool e Drogas
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMP	<i>Client Matching Protocol</i>
DASS	<i>Depression, Anxiety and Stress Scales</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>
ISR	<i>Interviewing Scale Ratings</i>
MAP	<i>Maudsley Addiction Profile</i>
MAP-HSS	<i>Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale</i>
MATE	Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (<i>Measurements in the Addiction for Triage and Evaluation</i>)
MATE-IPN	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade Saúde e Necessidade de Tratamento
OCDS	<i>Obsessive-Compulsive Drinking Scale</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPC-2R	<i>Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised</i>
PREDISI	<i>Psychosocial Resources oriented Diagnostic system</i>
RAPS-SBC	Rede de Atenção Psicossocial de São Bernardo do Campo
RAPS-SP	Rede de Atenção Psicossocial de São Paulo
SAPAS	<i>Standardised Assessment Personality Abbreviated Scale</i>
SER	<i>Social Environmental Risk</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUA Transtorno por Uso do Álcool
TUS Transtorno por Uso de Substâncias

Sumário

1. Introdução	17
1.1 A MATE	18
1.1.1. Uso de Substâncias	18
1.1.2. Diagnóstico de Abuso e Dependência	19
1.1.3. Fissura	19
1.1.4. Depressão, Ansiedade e Estresse	19
1.1.5. Sintomas Médicos e Psiquiátricos	19
1.1.6. Transtornos de Personalidade	19
1.1.7. Sintomas Físicos	20
1.1.8. Funcionamento Pessoal e Social: Atividades e Participação; Cuidados, Apoio e Necessidades	20
1.1.9. História de Tratamentos para o Abuso de Substâncias	21
1.2. Que áreas são cobertas por uma avaliação voltada para o tratamento do TUS?	21
1.2.1. Ilustrando os domínios e funções avaliados	24
1.3. Uma linguagem comum: a família de classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS)	25
1.4. Contexto brasileiro: Aonde se encaixa a MATE? Quais seriam suas vantagens?	27
1.5. Justificativa	29
1.6. Objetivos	29
1.7. Hipótese	29
2. Metodologia	30
2.1. Aprovação do Comitê de Ética	30
2.2. Locais do estudo	30
2.3. Amostra	31
2.3.1. Critérios de Inclusão/Exclusão	31
2.4. Medidas	32
2.4.1. Procedimentos	32
2.4.2. Análise Estatística	32
2.4.3. Análise de Confiabilidade	33
2.4.4. Análise de Validade	34
2.4.5. Confiabilidade entre avaliadores	36
2.5. Procedimentos de Tradução	36
2.6. Adaptação Cultural	37
3. Resultados	37
4. Discussão	46
5. Conclusão	48
6. Referências	50
7. APÊNDICES	56
8. ANEXOS	61

Apresentação

A dissertação de mestrado em questão aborda um tema de grande relevância no campo da saúde pública e da psicologia clínica: a classificação do uso de substâncias psicoativas e a avaliação dos pacientes com transtorno por uso de substâncias (TUS). A história desta classificação remonta ao século XIX, com o uso do álcool. Ao longo dos anos, houve uma evolução significativa na forma como os profissionais de saúde classificam e avaliam o uso dessas substâncias.

O estudo divide a história da classificação do uso de substâncias psicoativas em três períodos distintos: o período pré-científico ou de especulação clínica (1850 - 1940), a era de Jellinek (1941-1960), e o período pós-Jellinek (1960 - presente). Durante o período pré-científico, houve uma profusão de 39 classificações diferentes para o transtorno por uso do álcool, demonstrando a falta de consenso e a complexidade do assunto. Foi somente com Jellinek que uma tipologia baseada em elementos etiológicos, de uso e de dano começou a ser amplamente utilizada, servindo como base para tipologias futuras para álcool e outras substâncias.

O ponto central da dissertação é a apresentação da Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (Measurements in the Addiction for Triage and Evaluation - MATE), um instrumento desenvolvido para avaliar pacientes com TUS de forma abrangente e prática. A MATE é uma ferramenta de domínio público que foi desenvolvida com base em escalas previamente validadas e está disponível em várias línguas, incluindo o português do Brasil. Ela consiste em dez módulos que abrangem diferentes aspectos do TUS, desde o uso de substâncias até sintomas médicos, psicológicos e sociais, permitindo uma avaliação completa dos pacientes.

A dissertação destaca a importância da MATE no contexto brasileiro, onde a avaliação e a mensuração das características dos pacientes na área de tratamento do TUS são subdesenvolvidas. A alocação adequada dos pacientes ao nível correto de tratamento é fundamental para melhorar os resultados nessa área carente de recursos. Embora existam diversos instrumentos de avaliação disponíveis, eles raramente são usados de forma sistemática, são pouco comparáveis entre si e muitas vezes não possuem validade psicométrica.

A MATE se destaca como uma ferramenta prática e funcional que pode avaliar pontos fortes e fracos dos pacientes, além de promover o intercâmbio de informações a nível nacional e internacional. Ela pode desempenhar um papel importante no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e de agências governamentais brasileiras, contribuindo para uma abordagem mais eficaz e baseada em evidências no tratamento do TUS.

A dissertação também discute a importância da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma base teórica para a avaliação do TUS. A CIF oferece uma linguagem comum e uma estrutura abrangente para avaliar o funcionamento humano em diferentes domínios, o que pode ser essencial para uma avaliação mais completa dos pacientes com TUS.

1. Introdução

A história da classificação do uso de substâncias psicoativas iniciou-se pelo uso do álcool. No século 19, o uso álcool tornou-se um problema de saúde pública, levando a diversas tentativas de classificação. Esta história pode ser dividida em 3 períodos: período pré-científico ou de especulação clínica (1850 - 1940); era Jellinek, onde iniciaram-se revisões de dados disponíveis até o momento e síntese (1941-1960); e o período pós-Jellinek, onde ocorreram aumento das pesquisas empíricas (1960 - presente). Entre 1850 e 1941, haviam 39 classificações diferentes para o transtorno por uso do álcool (TUA), nenhuma delas era utilizada globalmente (Babor, T.F.,1996). Jellinek realizou uma tipologia com base em elementos etiológicos, elementos relacionados ao uso de álcool, como nível de tolerância ou perda de controle, e elementos de dano (físico/mental e socioeconômico). Ao integrar estes diferentes elementos, sua tipologia começou a ser amplamente utilizada e baseou tipologias futuras para álcool e outras substâncias (Babor, T.F.,1996).

A avaliação e a mensuração das características dos pacientes na área de tratamento do transtorno por uso de substâncias (TUS) não são bem desenvolvidas no Brasil, assim como na maioria dos outros países do mundo (Schippers et al., 2010; Kessler et al., 2012; Alves et al., 2017). Pacientes com diferentes tipos e níveis de TUS se beneficiariam de diferentes níveis de tratamento (Rutten et al., 2017). Uma boa alocação do paciente ao nível adequado de tratamento geraria melhores resultados em uma área carente (Rutten et al., 2019).

Existe um grande número de instrumentos de avaliação que vão desde entrevistas semi-estruturadas até escalas de avaliação na área dos TUS (Alves et al., 2017). Porém, existe uma carência na implementação desses instrumentos na rotina clínica (Schippers et al., 2009). Na prática, mesmo quando as características clínicas relevantes dos pacientes (incluindo aquelas necessárias para fins administrativos) são aferidas, elas ficam restritas a um conjunto de características do paciente coletadas na admissão, usando uma variedade de formulários produzidos distintamente em cada local (Schippers et al., 2010). Esses instrumentos são raramente sistemáticos, não-comparáveis entre si, além de quase nunca serem válidos do ponto de vista psicométrico.

Neste cenário, uma escala como a Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (*Measurements in the Addiction for Triage and Evaluation – MATE*) possui impacto potencial,

pois apresenta-se como prática e funcional, capaz de avaliar limitações e potencialidades dos pacientes e de promover intercâmbio de informações à nível nacional e internacional. Possivelmente, a utilização de um instrumento com estas propriedades deve ser expandida por causa dos regulamentos dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e agências governamentais brasileiras.

1.1. A MATE

A MATE foi desenvolvida devido à necessidade de um conjunto de instrumentos de avaliação e triagem para o tratamento de TUS atualizado, com base conceitual e empírica, e que pudesse ser profundamente integrado na prática clínica com relação à terminologia utilizada e os construtos medidos (Schippers et al., 2009). A MATE foi elaborada a partir de escalas previamente validadas e de domínio público, e teve sua validação atestada como tal (Schippers et al., 2010). A MATE foi objeto de pesquisas adicionais de implementação na Alemanha (Buchholz et al., 2014), Dinamarca (Hell et al., 2018) e França (Galland et al., 2018), e tem versão em 8 línguas (alemão, dinamarquês, esloveno, francês, holandês, inglês, italiano e português do Brasil). A versão brasileira da MATE está incluída no Anexo A.

Os autores da MATE (Schippers et al., 2010) evitaram criar novos instrumentos, visto que boas ferramentas já estavam disponíveis. O novo dispositivo foi composto de uma forma abrangente, através de um conjunto facilmente mutável de instrumentos pré-existent, bem desenvolvidos e amplamente aceitos que preenchiam uma série de pré-requisitos (Schippers & Broekman, 2007). Ela fornece uma estrutura flexível que pode satisfazer as necessidades dos diferentes pacientes, permitindo que os dados obtidos a partir de usuários de substâncias possam ser comparados com dados de outros serviços de saúde mental e TUS.

A MATE contém dez módulos, incluindo oito formulários de entrevista e dois questionários de autorrelato. As principais seções da MATE serão detalhadas abaixo.

1.1.1. Uso de Substâncias (Anexo 1 – Página 2)

O módulo de uso de substâncias é conduzido como uma entrevista. Avalia o uso de substâncias psicoativas do paciente, tanto no passado recente e quanto durante toda a vida do mesmo. As substâncias incluídas foram retiradas da seção da Classificação Estatística

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) de álcool e de drogas. As perguntas foram extraídas do Composite International Diagnostic Interview (CIDI, versão 2.1 (WHO, 1997)).

1.1.2. Diagnóstico de Abuso e Dependência (Anexo 1 – Página 4)

O diagnóstico de abuso e dependência de substâncias foi baseado no CIDI, conduzido como Módulo 3. A MATE segue a sugestão de Langenbucher et al. (2004), que consideram que uma classificação de gravidade deva ser utilizada. Sendo assim, para determinar a gravidade da dependência, a classificação é a soma de nove de onze itens.

1.1.3. Fissura (Anexo 1 – Página 11)

O instrumento mais utilizado para medir a fissura ou *craving* é o Obsessive-Compulsive Drinking Scale (OCDS [Anto et al., 1996]), que foi validada em diferentes idiomas. Baseado nos resultados de De Wildt et al. (2005), uma versão abreviada de 5 itens do questionário foi incluída.

1.1.4. Depressão, Ansiedade e Estresse (Anexo 1 – Página 12)

Os sintomas de depressão, ansiedade e estresse são avaliados através de um instrumento pequeno de 21 itens da *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995).

1.1.5. Sintomas Médicos e Psiquiátricos (Anexo 1 – Página 3)

Uma entrevista de 14 itens ajuda a determinar se o tratamento médico e/ou psiquiátrico está indicado. A necessidade de uma consulta médica é determinada em função da existência ou não da pessoa necessitar: (a) tomar medicação para a dependência; (b) tomar medicamentos para uma doença física; (c) ter os sintomas que podem estar associados com alguma doença; (d) intoxicação ou sintomas de abstinência; ou (e) estar grávida. Tendências suicidas e sintomas psicóticos, como alucinações, delírios e confusões, são questionados.

1.1.6. Transtornos de Personalidade (Anexo 1 – Página 6)

A *Standardised Assessment Personality Abbreviated Scale* (SAPAS) (Moran et al., 2003) é utilizada para ajudar o entrevistador a avaliar se o paciente pode ter sintomas de transtorno de personalidade.

1.1.7. Sintomas Físicos (Anexo 1 – Página 5)

A *Maudsley Addiction Profile-Health Symptoms Scale* (MAP-HSS) (Marsden et al., 1998) está incluída dentro da MATE para obter as queixas físicas dos pacientes. Usando um formato de múltipla escolha, o paciente indica o grau que ele experimenta de cada um dos dez sintomas.

1.1.8. Funcionamento Pessoal e Social: Atividades e Participação; Cuidados, Apoio e Necessidades (Anexo 1 – Páginas 7-10)

A MATE - Partes Nucleares da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Necessidade de Tratamento (MATE-IPN) é a secção em que o avaliador: (a) determina a participação ativa do paciente na sociedade; (b) identifica os fatores ambientais que afetam a sua participação e (c) determina a necessidade de cuidados provenientes das limitações de participação e da falta de apoio (Schippers et al., 2019).

O grau de desintegração social do paciente é relevante para as decisões na triagem sobre o nível de atendimento e tipo de tratamento que deve ser fornecido para que o mesmo possa superar seus déficits. A MATE-IPN avalia apenas um subconjunto de domínios, que foram selecionados com base em sua relevância para as pessoas que podem ter transtornos psiquiátricos.

Os autores fizeram a seleção com a ajuda de um grupo de especialistas e profissionais. O primeiro dos dois módulos da MATE-IPN consiste em 19 itens selecionados a partir de domínios do componente Atividades e Participação da CIF.

O segundo módulo da MATE-IPN é composto por três fatores selecionados a partir do componente Fatores Ambientais da CIF (Schippers et al., 2019). Esses fatores podem facilitar ou interferir no funcionamento da pessoa em cada um dos domínios. Os fatores são: (a) as

pessoas no ambiente mais próximo da pessoa a ser entrevistada (especialmente se a pessoa sofreu uma perda pessoal); (b) as atitudes sociais e (c) questões jurídicas.

A CIF fornece apenas diretrizes gerais para a realização da avaliação. Por este motivo, o Protocolo de Avaliação da MATE possui instruções detalhadas para a entrevistador, incluindo descrições, dicas e sugestões para cada fator. Além disso, são definidos pontos de ancoragem para a pontuação dos itens.

1.1.9. História de Tratamentos para o Abuso de Substâncias (Anexo 1 – Página 3)

Este módulo é usado para determinar o número de vezes que a pessoa realizou uma internação e/ou um tratamento ambulatorial para abuso de substância nos últimos cinco anos. As informações obtidas são importantes para fins de triagem e de determinação do nível de cuidados que o paciente deve ser inserido, respeitando o contexto do *Stepped Care Approach* (Níveis Progressivos de Cuidado) (Sobell & Sobell, 2000).

1.2. Que áreas são cobertas por uma avaliação voltada para o tratamento do TUS?

O instrumento mais utilizado em ambientes de tratamento é a *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1992) e sua versão europeia (EuropASI) (Blanken et al., 1994). A ASI e a EuropASI atingiram um alto nível de popularidade e são relativamente bem utilizadas, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA), Holanda e países escandinavos. Como as principais razões para a popularidade da ASI, destacamos: (a) sua multidimensionalidade, pois abrange sete domínios e não se restringe ao uso de substâncias isoladamente; (b) utilização de um formato único para álcool e outras drogas e (c) sua ligação direta com o planejamento do tratamento por meio da *Interviewing Scale Ratings* (ISR), o que é um apelo especialmente válido aos clínicos (Broekman et al., 2004).

Os EUA fazem o uso da ASI obrigatória, uma vez que a ASI é a espinha dorsal do tratamento em larga escala no sistema de monitoramento de resultados, bem como a Avaliação de Medicamentos Sistema de Rede (*Drug Evaluation Network System*) e seu sucessor, o tratamento nacional Sistema de Monitorização de Desfechos (*National Treatment Outcomes*

Monitoring System, que foi criado em 2003). A atual versão brasileira da ASI está incluída no Anexo B.

A *Maudsley Addiction Profile* (MAP) (Marsden et al., 1998) é outro instrumento global (isto é, com ampla cobertura) que tem sido desenvolvido no Reino Unido como uma alternativa para a ASI, especialmente para minimizar a burocracia. Quando pensamos em ambientes clínicos, existem importantes benefícios em se desenvolver um instrumento breve e geral para avaliação de resultados.

A *Psychosocial Resources oriented Diagnostic system* (PREDSI) (Küfner et al., 2000), desenvolvida na Alemanha, avalia o funcionamento do paciente como um fator importante para a doença e, sobretudo, a motivação para a mudar e os recursos pessoais de cada paciente. Já o *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised* (PPC-2R) não é um instrumento, mas sim um protocolo clínico bastante extenso desenvolvido pela *American Society of Addiction Medicine* (ASAM, 2001). Ele é utilizado para alocar os pacientes nos adequados níveis de atenção.

Como o PPC-2R visa a adequação do paciente ao tratamento a partir de uma perspectiva clínica, pode-se supor que os domínios que são utilizados nele são importantes para estudar a triagem e avaliação no TUS. No entanto, é necessário ressaltar que se trata de um protocolo clínico e não de um instrumento. O *Client Matching Protocol* (CMP) (Melnick et al., 2001) que é um instrumento e um algoritmo clínico que aloca o paciente em comunidades terapêuticas ambulatoriais ou em internação hospitalar.

Cada instrumento ou sistema impõe uma ordem entre os domínios. Dependendo do ponto de vista, pode-se dizer que os cinco instrumentos incluem conteúdos aproximados do mesmo domínio, ou que existe uma grande diversidade de termos e domínios para avaliar os mesmos pacientes – usuários de álcool e drogas, como pode ser visto na tabela 1.

Tabela1: Principais domínios abordados em cada escala

	ASI	MAP	PREDI	PPC2-R	CMP
Intoxicação aguda ou abstinência	-	-	-	+	-
Uso de Substâncias	+	+ (também avalia comportamento de risco)	+ (também avalia comportamento de risco)	-	+(padrão de uso dos últimos 30 dias e histórico de abstinência)
Saúde Física	+	+ (também avalia saúde psicológica)	-	+	-
Rotina diária	-	-	+	-	-
Transtornos Mentais	+	-	+ (autoestima, realização pessoal, autocontrole e juízo da realidade)	+ (condições e complicações comportamentais, cognitivas e emocionais)	-
Parte Social e Relações familiares	+	+	+	+	+
Emprego/Situação Financeira	+	+	+	-	+
Disposição para mudança	-	-	-	+	-
Situação legal	+	-	+	-	-
Crítérios de Exclusão	-	-	-	-	+

+: Abordado, -: não abordado, ASI: *Addiction Severity Index*, MAP: *Maudsley Addiction Profile*, PREDI: *Psychosocial Resources oriented Diagnostic system*, PPC2-R: *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised*, CMP: *Client Matching Protocol*.

1.2.1. Ilustrando os domínios e funções avaliados

Dois modelos da Tabela 1, o PPC-2R (ASAM, 2001) e o CMP (Melnick et al., 2001), abrangem um domínio que chamamos de “Social”.

- CMP (Melnick et al., 2001): Caso nenhum ou um dos 3 itens (domicílio não-livre de drogas; pares envolvidos com drogas, comportamento criminoso) seja satisfeito, o domínio é classificado como negativo. Em caso contrário, seria classificado como positivo.
- PPC-2R (ASAM, 2001): A parte 6 é Recuperação/Condições de Vida. A ASAM descreve esse domínio como: “Existe algum membro da família, outras pessoas importantes, situações de vida ou situações na escola ou no trabalho que constituem uma ameaça para a segurança do paciente ou estão envolvidas com o tratamento? O paciente tem amigos que o ajudam, recursos financeiros ou recursos educacionais ou vocacionais que podem aumentar a probabilidade de sucesso do tratamento? Existem problemas legais, profissionais, agência de serviços sociais ou mandatos de justiça criminal que possam aumentar a motivação do paciente para o engajamento no tratamento? Existem problemas de transporte, creche, alojamento ou de emprego que têm de ser avaliados e resolvidos?”.

Podemos observar que fatores sociais na CMP são mais rigorosamente definidos pelos três itens enumerados neste domínio quando comparado à PPC-2R. Ambos, porém, são destinados a apontar os fatores de risco no ambiente e relações sociais. Os dois domínios avaliados na CMP e na PPC-2R referem-se a um mesmo tipo de construto, mas diferem na forma como este é operacionalizado.

Um dos domínios da ASI (McLellan et al., 1992) abrange a parte Familiar e Social. Pensando no mesmo rótulo "Social", pode-se presumir que este deverá conter o mesmo tipo de conteúdo da CMP e PPC-2R. Porém, ele faz efetivamente um domínio muito diferente. Os itens críticos objetivos para este domínio em que o *Interviewing Severity Rating (ISR)* (Alteman et al., 1994) deve ser baseado são: Estabilidade/Satisfação conjugal (F2-3);

Estabilidade/Satisfação em Viver (F5-6); Satisfação com o Tempo Livre (F10); Sérios conflitos (F30-31) e Problemas com familiares durante a vida (F18-26).

Na verdade, existem dois itens relacionados ao uso de substâncias nessa seção: “Você mora com alguém que: F7. Tem um problema atual de álcool? F8. Utiliza medicamentos não prescritos?” No entanto, estes itens não contribuem para a pontuação no domínio (nem o ISR, nem o CS [*Composite Scores*]). Apesar desse domínio na ASI também ser destinado a aferir um prognóstico ou um fator preditivo, tem-se um maior foco na questão de necessidade de suporte familiar e social.

A hipótese subjacente à relevância dos fatores sociais como um risco manifesta-se em situações nas quais tais fatores ocasionam prejuízos, sendo necessário colocar o paciente em um ambiente de tratamento "protetor". Para fins de triagem pode-se construir um índice simples, chamado *Social Environmental Risk* (SER), respondendo dois itens, como: "O ambiente social reforça o uso da substância do paciente?" e "O paciente tem um ambiente social que irá apoiar o tratamento?". O ponto aqui é que uma ou duas perguntas-chave serão suficientes para obter uma estimativa do quão relevante é o fator quando apenas a triagem é necessária. No diagnóstico e acompanhamento do tratamento, os aspectos de reforço do uso e de suporte podem ser avaliados mais pormenorizadamente e tornam-se alvo do tratamento.

1.3. Uma linguagem comum: a família de classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS)

O que deve ser estabelecido é uma descrição dos domínios relevantes para os TUS em geral. Estes domínios são divididos em duas grandes categorias: (a) o TUS como uma doença, e (b) a saúde relacionada ao funcionamento pessoal, especialmente relacionada com a dependência.

Para superar as deficiências teóricas de instrumentos de avaliação existentes em TUS, é importante definir uma perspectiva de funcionamento humano (Stucki et al., 2002). A CIF da OMS, antes nomeada de *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) facilita essa orientação (Buchholz et al., 2015; Madden & Bundy, 2019).

Nas classificações internacionais da OMS, as condições de saúde (doenças, perturbações, lesões) são classificadas principalmente na CID, que fornece um quadro etiológico.

A funcionalidade e a incapacidade associadas às condições de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID e a CIF são complementares (Selb et al., 2015). A CID oferece um "diagnóstico" de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde, e esta informação é enriquecida pelos dados adicionais sobre o funcionamento fornecidas pela CIF.

A CIF (Stucki et al., 2002; Selb et al., 2015; Buchholz et al., 2015; Madden & Bundy, 2019) engloba todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes importantes para a saúde e para o bem-estar; divide sistematicamente grupos em termos de domínios de saúde e domínios relacionados à saúde.

A ICIDH, precursor da CIF, foi utilizada como: (a) uma ferramenta de pesquisa para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais; (b) uma ferramenta clínica na avaliação das necessidades, combinando tratamentos com condições específicas, na avaliação profissional, na reabilitação e na avaliação dos resultados; (c) um instrumento de política social no planeamento da segurança social, de sistemas de compensação e de criação e implementação de políticas; (d) uma ferramenta educacional na criação de curriculum; e (e) para aumentar a sensibilidade e a realização de ações sociais (Castro et al., 2016).

A CIF não é um instrumento, mas sim uma base teórica conceitual. Apesar de ser um instrumento genérico disponível, a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS), atribui uma pontuação global sobre amplos domínios da CIF em condições específicas (Menezes et al., 1993; WHO, 1993). As seleções nucleares devem ser encontradas para as diferentes condições (Spies et al., 2015). No que diz respeito às atividades e à participação, a CIF faz uma distinção entre o desempenho e a capacidade.

A MATE deve medir o desempenho em vez da capacidade, já que, no contexto do tratamento do abuso de substância, o principal foco de triagem e da avaliação recai sobre o funcionamento e as necessidades atuais, e não sobre a capacidade em ambientes potenciais (Schippers et al., 2010). De acordo com a CIF, os fatores ambientais referem-se ao ambiente físico e social das pessoas, bem como o apoio, os relacionamentos, as atitudes, os serviços disponíveis, os sistemas e as políticas de saúde que podem servir como barreiras ou facilitadores para que a pessoa possa superar a sua doença (Selb et al., 2015).

Vantagens em utilizar a CIF (Cieza et al., 2002; Selb et al., 2015; Castro et al., 2016):

- Fornece uma linguagem comum com os instrumentos de avaliação já existentes. Deve tornar-se a referência central para as medidas da situação da saúde, bem como das medidas a serem desenvolvidas no futuro.
- Facilita a comunicação das avaliações e dos resultados de forma universal (também por leigos) em termos compreensíveis.
- Como a CIF é um painel extenso do funcionamento humano, ela pode apontar as áreas que são ignoradas ou que não estão bem desenvolvidas e que precisam de maior desenvolvimento.
- A capacidade funcional não é apenas um mero diagnóstico, mas sim um melhor indicador para as necessidades de tratamento e dos resultados.
- Ao utilizar um quadro geral que é usado na Saúde e na assistência à saúde, os serviços de tratamento para dependentes podem se aproximar dos serviços de saúde geral, facilitando, assim, a longo prazo, a sua integração nos serviços de saúde.

1.4. Contexto Brasileiro: Aonde se encaixa a MATE? Quais seriam suas vantagens?

O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), sendo complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS (Brasil, 2004). Alguns autores consideram que o modelo de residências terapêuticas também deve ser incluído como uma opção de tratamento para pacientes com TUS (Reis & Laranjeira, 2008).

A atual política de saúde do Brasil investe em serviços regionalizados e comunitários, como os *Centros de Atenção Psicossocial* – CAPS. Estes são instrumentos que promovem o cuidado integral para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, desenvolvendo

trabalhos para capacitá-los a viver em sociedade, ter acesso a trabalho, estudo e seus direitos de cidadãos (Castaldelli-Maia et al., 2017; Miranda & Campos, 2008).

Situada no contexto da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença (Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2016), considerando os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos, intervindo na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. As redes de atenção psicossociais trabalham para a desconstrução da ideia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior. Tem também como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (Costa-Rosa et al., 2003).

Sendo assim, verificamos que a atenção ao paciente com TUS deve acontecer em diversos níveis (Miranda & Campos, 2008). Além disto, a MATE visa atenção psicossocial (Costa-Rosa et al., 2003) com uma compreensão mais abrangente do TUS, permitindo uma triagem qualificada para os diversos níveis progressivos de cuidado: atenção básica, ambulatorios, CAPS-AD, unidades hospitalares especializadas, hospitais gerais ou residências terapêuticas. O instrumento pode ser calibrado conforme as necessidades de cada local (Schippers et al., 2010). A pontuação final de um módulo pode ser mais importante em um local do que em outro. Além disto, ele foi desenvolvido com base no conceito de doença da OMS, através da CID e da CIF. Essa base teórica é congruente e uma visão realmente mais abrangente da dependência de substâncias psicoativas, que vai de encontro à atenção psicossocial (Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2016).

Outra vantagem da MATE em relação ao modelo assistencial do CAPS-AD, é a aplicabilidade do instrumento por outros membros treinados da equipe multidisciplinar presentes no local, e não apenas por médicos (Mielke et al., 2009), e em qualquer nível de atenção a esses pacientes (ambulatorios, hospitais, unidades básicas de saúde). Pode ser utilizada sempre que se desejar um encaminhamento mais qualificado para o correto nível de atenção ou para reavaliação dos efeitos do tratamento recebido pelos pacientes.

A versão brasileira da sexta edição da ASI está disponível no nosso país (Kessler et al., 2012). A tradução para a língua portuguesa foi realizada pelo Centro de Pesquisas de Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com suporte da Secretaria

Nacional Anti-Drogas (SENAD). Os próprios autores apontam que a ASI-6 é um questionário complexo que exige treinamento específico, montando um material de vídeo e um manual de treinamento em língua portuguesa (Kessler et al., 2012). Quanto ao treinamento para aplicação da MATE, uma capacitação de dois dias em grupos de até 14 pessoas é satisfatória para preparação dos futuros entrevistadores (Hell et al., 2018).

Acreditamos que a MATE é um instrumento mais útil para os CAPS-AD do que a ASI. A primeira possui uma base teórica internacional (Schippers et al., 2010), que se apoia em materiais desenvolvidos pela OMS (CID e CIF). Além disso, ela foi desenvolvida para ser um instrumento menos complexo que a ASI (Broekman et al., 2004), o que a torna mais interessante em ambientes clínicos. Vale ressaltar que a aplicação de um instrumento não exclui a aplicação do outro.

1.5. Justificativa

Os serviços de atendimento para indivíduos com TUS nos países de média-renda, como o Brasil, têm uma carência de instrumentos para triagem e avaliação do tratamento. Por ter uma base sólida em ferramentas de avaliação de funcionalidade da OMS e por ser voltado para a prática clínica, a versão brasileira da MATE pode ser útil para a rede assistencial brasileira. Portanto, existe a necessidade da validação deste instrumento para uso na população brasileira.

1.6. Objetivos

- (1) Realizar validação da versão brasileira da MATE;
- (2) Avaliar as validades convergentes e discriminantes da versão brasileira da MATE, utilizando a versão brasileira da ASI-6 como padrão-ouro.

1.7. Hipótese

H0 – A versão brasileira da MATE não é válida para a população brasileira;

H1 – A versão brasileira da MATE é válida para a população brasileira.

2. Metodologia

2.1. Aprovação do Comitê de Ética

A realização deste projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado pela Plataforma Brasil, com o parecer número 5.384.766 e certificado de apresentação e apreciação ética 51702721.2.0000.8054.

2.2. Locais do estudo

Os participantes foram abordados nos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) de São Miguel Paulista, em São Paulo, e do Centro, em São Bernardo do Campo.

Estes CAPS AD III fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial de São Bernardo do Campo (RAPS-SBC) e da Rede de Atenção Psicossocial de São Paulo (RAPS-SP). A RAPS-SBC conta com dois Centros de Atenção Psicossocial III para Álcool e Drogas (CAPS-AD III): CAPS-AD III Centro e CAPS-AD III Alvarenga. A RAPS-SP conta com 30 CAPS-AD: CAPS-AD III Pirituba-Casa Azul, CAPS-AD III Santana, CAPS-AD II Cachoeirinha, CAPS-AD III Brasilândia, CAPS-AD II Sacomã, CAPS-AD II Vila Maria, CAPS-AD III Heliópolis, CAPS-AD II Jabaquara, CAPS-AD II Mooca, CAPS-AD III Penha, CAPS-AD II Cangaíba, CAPS-AD II Sapopemba, CAPS-AD II Santo Amaro, CAPS-AD III Jardim São Luiz, CAPS-AD III Grajaú, CAPS-AD III Capela do Socorro, CAPS-AD III Jardim Ângela, CAPS-AD III Campo Limpo, CAPS-AD III Centro, CAPS-AD III Complexo Prates, CAPS-AD II Pinheiros, CAPS-AD III Leopoldina, CAPS-AD III Butantã, CAPS-AD II Vila Madelena-PROSAM, CAPS-AD III São Mateus, CAPS-AD II Ermelino Matarazzo, CAPS-AD II Guaianases, CAPS-AD II Jardim Nélia, CAPS-AD III Itaquera, CAPS-AD III São Miguel.

O CAPS-AD III Centro da RAPS-SBC é referência para os bairros Taboão, Paulicéia, Jordanópolis, Rudge Ramos, Caminho do Mar, Chácara Inglesa, Jardim Calux, Jardim Hollywood, Planalto, Vila Dayse, Vila Mussolini, Vila Vivaldi, Anchieta, Boa Vista, Jardim Farina, Nova Petrópolis, Santa Terezinha, Parque São Bernardo, Vila São Pedro, Sítio dos Vianas, Jardim Irajá, Baeta Neves, Centro, DER, Vila Duzzi, Vila Euclides, Jardim Olavo Bilac, Ferrazópolis, Golden Park, Jardim Leblon, Jardim Silvina, Montanhão, Nazaré, Parque

Selecta, Vila São José, Batistini, Demarchi, Botujuru, Jardim Marcopolo, Jardim Represa, Terra Nova, Parque Imigrantes, Parque Los Angeles, Vila das Valsas, Riacho Grande, Santa Cruz, Finco e Areião.

Em São Paulo o CAPS-AD III São Miguel é referência para os bairros Pedro Nunes, Sítio da Casa Pintada, Santa Inês, Jacuí, União de Vila Nova, Thésio Ventura, Adão Manoel, Jardim das Camélias, Cidade Nova, La Penna, Nitro Operária, Vila Progresso, Jardim Maia, Jardim Helena, Parque Paulistano e Vila Itaim.

Esses CAPS-AD III contam com atendimento ambulatorial de intensidade variada e de hospitalidade integral, destinado à desintoxicação e tratamento de síndromes de abstinência leves. São ofertados ainda acolhimento, grupos de escuta e de apoio e diversas atividades terapêuticas tanto para os usuários como para seus familiares.

2.3. Amostra

A amostra deste estudo foi composta por indivíduos que procuraram livremente ou que foram encaminhados ou que já estavam em tratamento para TUS nas RAPS de São Bernardo do Campo e de São Paulo. Os critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos na pesquisa encontram-se listados nas próximas seções.

O cálculo amostral levou em conta a prevalência de uso e dependência de álcool na população entre 18-65 anos (Fonseca et al., 2010), que é de 74,6% e 12,3%, respectivamente. Podemos inferir que aproximadamente 16,5% dos indivíduos que usaram álcool desenvolveram dependência. Para ter 95% de poder estatístico, com um erro de 5%, calculamos uma amostra total de 212 sujeitos, conforme a fórmula:

$$n = z^2 \cdot p (1-p) / d^2.$$

2.3.1. Critérios de Inclusão/Exclusão

O presente protocolo de pesquisa incluiu os seguintes indivíduos:

- Pacientes que procuraram livremente ou que foram encaminhados ou que estavam em tratamento para TUS na RAPS-SBC e da RAPS-SP;

- Pacientes que concordaram livremente em participar do projeto, preencheram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Anexo C).

Foram excluídos do presente protocolo de pesquisa os seguintes pacientes:

- Pacientes que não eram atendidos nas RAPS dos municípios pesquisados;
- Pacientes menores de 18 anos ou maiores de 65 anos.

2.4. Medidas

Além da aplicação da versão brasileira da MATE, foi aplicada a versão brasileira validada da sexta edição da ASI (Kessler et al., 2012). Esta versão da escala encontra-se disponível para uso público.

2.4.1. Procedimentos

O autor do projeto foi treinado pelos autores da versão brasileira da MATE, que foram formados como treinadores pelos autores da versão original da escala. Este treinamento de cerca de 16 horas foi dividido em 2 dias. O autor, então, replicou este treinamento com os outros entrevistadores. O autor e os outros entrevistadores realizaram o treinamento online para a aplicação da versão brasileira da ASI.

A entrevista teve duração de aproximadamente 120 minutos (60 minutos para a MATE e 60 minutos para a ASI). A entrevista poderia ser dividida em duas partes (ASI e MATE) ao longo de um dia. A amostra foi sorteada em 2 grupos. Um grupo respondeu a MATE antes da ASI, e o outro fez o inverso.

2.4.2. Análise Estatística

Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas do programa Excel® 2016 sem identificação dos participantes e analisadas por meio do programa estatístico STATA® versão 16.1. Após a transcrição dos dados dos questionários impressos para a planilha, os questionários impressos foram picotados e descartados. Um estatístico auxiliou a equipe de pesquisa na verificação de entrada de dados e de qualidade. O nível de significância foi estabelecido em 5% para todas as análises. As características da amostra foram descritas com média e desvio padrão.

2.4.3. Análise de Confiabilidade

Para a confiabilidade, definida como a extensão em que os resultados são válidos para nossa amostra (Pereira M.G., 1995), levamos em consideração a população estudada, local da coleta de dados, o tamanho da amostra e a estratégia para análise dos dados.

A consistência interna da versão brasileira da MATE foi avaliada pelo alfa de Cronbach, que foi calculado para o escore total e para os escores de cada um dos seguintes módulos (Anexo 1 – Figura 1):

- Módulo 2 - Indicadores de consulta médica e psiquiátrica:
 - Característica de comorbidade física (S2.1)
 - Tratamentos psiquiátricos ou psicológicos prévios (S2.2.)
 - Características da comorbidade psiquiátrica (S2.3)

- Módulo 4 - Dependência e Abuso de Substâncias:
 - Dependência (S4.1)
 - Abuso (S4.2)
 - Gravidade da dependência e abuso (S4.3)

- Módulo 5 – Queixas físicas (item único S5.1)

- Módulo 6 – Personalidade (item único S6.1)

- Módulos 7 e 8 – MATE-IPN:

- Limitações – Total (S7.1)
 - Limitações – Básicas (S7.2)
 - Limitações – Relacionamentos (S7.3)
 - Cuidado e apoio (S7.4)
 - Influências externas positivas (S8.1)
 - Influências externas negativas (S8.2)
 - Necessidade de cuidado (S8.3)
- Módulo Q1 – Fissura (Item único SQ1.1)
- Módulo Q2 – Depressão, ansiedade e estresse:
 - Depressão (SQ2.1)
 - Ansiedade (SQ2.2)
 - Estresse (SQ2.3)

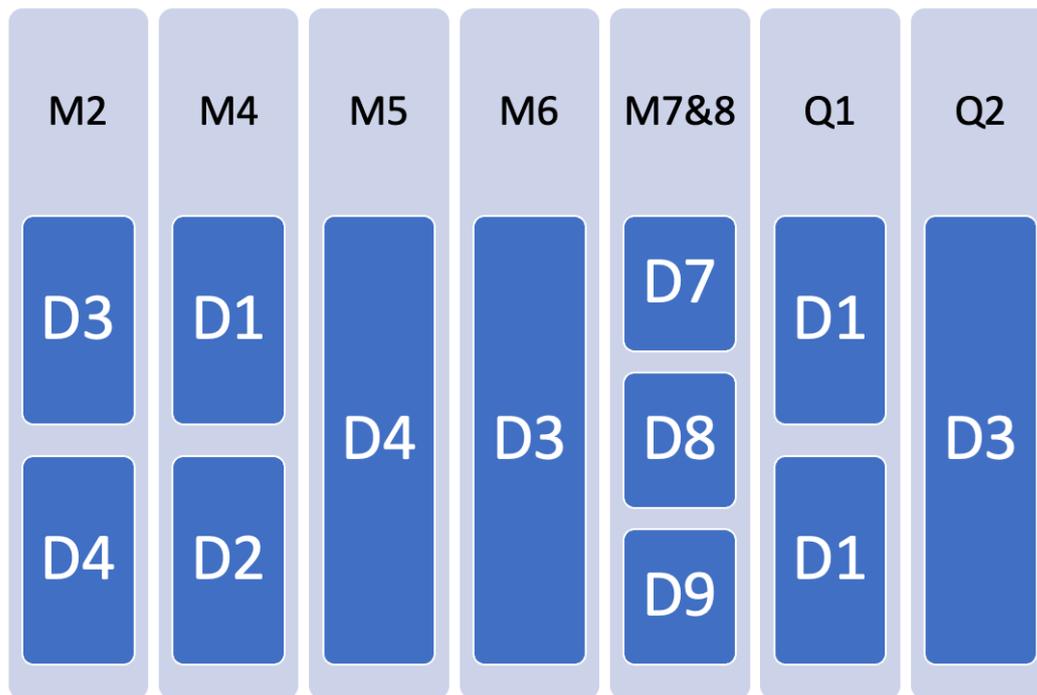
2.4.4. Análise de Validade

A validade convergente e discriminante foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson entre itens e escores, bem como entre as seções da versão brasileira da MATE e da ASI. A versão brasileira da ASI (Kessler et al., 2012) possui escores em nove domínios de avaliação que foram utilizados na correlação com os escores da versão brasileira da MATE:

- Álcool
- Drogas
- Comorbidade psiquiátrica
- Problemas médicos
- Problemas legais
- Situação de emprego
- Família/Crianças
- Família/Suporte social
- Família/Problemas sociais

As expectativas de validades convergentes e discriminantes entre os módulos MATE e o os domínios ASI-6 podem ser vistos na figura 1.

Figura 1: Projeções de validades convergentes



M=Módulo (MATE); D= Domínio (A\$|I-6)

2.4.5. Confiabilidade entre avaliadores

Antes da versão 2.0, a MATE apresentava resultados mistos quanto à confiabilidade entre diferentes avaliadores. Os negativos foram possivelmente devido ao pouco treinamento para aplicação da escala e falta de recursos para avaliar a necessidade de suporte para a incapacidade do paciente (Schippers et al., 2010). A versão atual da MATE foi alterada justamente para melhorar esta confiabilidade.

2.5. Procedimentos de Tradução

Com exceção das partes da escala MATE que provinham de instrumentos previamente validados para a língua portuguesa falada no Brasil, os procedimentos de tradução foram realizados segundo a proposta de Gullemín et al., que inclui as seguintes etapas: tradução; retrotradução; avaliação das versões originais em português; pré-teste. O autor do instrumento original em inglês - Professor Doutor Gerard Schippers, acompanhou todo o processo de tradução e adaptação transcultural por meio de reuniões presenciais e por correio eletrônico, além de treinamento ao vivo de futuros aplicadores do instrumento no território brasileiro.

A tradução foi realizada, de forma independente, por dois profissionais de saúde que tinham domínio da língua inglesa e conhecimento em escalas de avaliação de pacientes dependentes de álcool, maconha, crack, cocaína e outras substâncias psicoativas. Após a realização das traduções, estas foram submetidas à avaliação de um outro médico com experiência na área. Assim a primeira versão da escala foi obtida. A retrotradução foi realizada por um outro profissional da saúde com domínio da língua inglesa e experiência em escalas de avaliação de pacientes dependentes de álcool, maconha, crack, cocaína e outras substâncias. O profissional não foi informado do objetivo do estudo. Posteriormente, a versão retrotraduzida foi avaliada pelo autor da versão original em inglês, que aprovou o resultado do processo.

No pré-teste, o instrumento foi aplicado em 10 indivíduos adultos (18-65 anos), para análise de compreensibilidade das questões por meio de técnica de prova, que consiste na determinação da compreensibilidade do instrumento a ser aplicado a uma amostra da população-alvo. Esta técnica permite avaliar a validade aparente (um dos aspectos da validade

de conteúdo) do instrumento adaptado (Gil et al., 1999). Foram selecionados indivíduos saudáveis e com alta escolaridade, procurando minimizar a influência tanto da escolaridade quanto de problemas cognitivos na compreensão das instruções. Todos os indivíduos que participaram dessa fase da pesquisa foram entrevistados quanto à clareza e à compreensão do instrumento (Gil et al., 1999).

2.6. Adaptação Cultural

O processo de adaptação cultural foi realizado por uma equipe formada por profissionais com experiência prévia em TUS e em escalas de avaliação e triagem de pacientes deste tipo. Essa equipe levou em conta todas as informações colhidas dos sujeitos que realizaram o pré-teste, além de avaliar os itens referentes à equivalência semântica, conceitual e cultural. Como resultado de todo esse processo, um conjunto de sugestões de modificação foram enviadas para os autores da versão brasileira e original da MATE, que incorporaram tais mudanças na versão brasileira da MATE.

3. Resultados

Houveram 13 entrevistadores no total. Destes, 6 eram residentes de psiquiatria, 3 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 farmacêutica e 1 terapeuta ocupacional. O autor do projeto foi treinado pelos autores da versão brasileira da MATE, que foram treinados pelos autores da versão original da escala. Ele replicou o treinamento com os demais entrevistadores. O treinamento teve duração de aproximadamente 16 horas, dividido em 2 dias (envolvendo leitura na íntegra do manual de aplicação da MATE, discussão sobre dúvidas, assistir presencialmente à aplicação do questionário em 4 sujeitos, espaço para discussão de dúvidas após cada aplicação). Todos os entrevistadores realizaram o treinamento online para a aplicação da ASI-6 e assistiram à aplicação do questionário em 4 sujeitos.

A aplicação dos questionários foi realizada em consultórios dos CAPS-AD III da pesquisa, estes consultórios são habitualmente utilizados para consultas médicas ou de outros profissionais das equipes dos serviços.

Como ambos os CAPS-AD III estudados dispõem de acolhimento integral, os entrevistadores abordaram preferencialmente estes pacientes para aplicação dos questionários.

Caso todos os pacientes do acolhimento já tivessem sido entrevistados ou se houvesse recusa, os entrevistadores abordavam pacientes ambulatoriais que estivessem nos serviços.

Foram entrevistados 239 sujeitos, que após explanação sobre o projeto de pesquisa, concordaram em participar, leram e assinaram o TCLE, sendo que 65,4% estavam em acolhimento integral, 31,2% em acompanhamento ambulatorial e 3,4% em outra modalidade de acompanhamento no momento da entrevista. Destes, 8 desistiram da participação durante a entrevista. Assim, 231 sujeitos responderam os 2 questionários. A coleta de dados ocorreu entre 01/11/2021 e 01/09/2022.

As respostas dos questionários foram transcritas para o Excel pelo autor deste projeto. Cada MATE consumiu cerca de 5 minutos para a transcrição dos dados, já a ASI-6 cerca de 8 minutos. Após a primeira transcrição dos dados houve uma revisão de todos os dados digitados para correção de eventuais erros de digitação ou transcrição.

O perfil epidemiológico dos 231 participantes (Tabela 2) foi: 183 (79,2%) do gênero masculino, 47 (20,3%) do feminino e 1 (0,4%) não declarado. A idade média foi de 42,4 anos com desvio padrão (DP) de 11,11. Quase metade da amostra - 114 (49,4%) - nunca se casaram, 27 (11,7%) estavam casados, 22 (9,5%) amasiados, 9 (3,9%) viúvos, 27 (11,7%) divorciados e 32(13,9%) separados.

Houve uma discreta maioria da cor branca, com 86 (37,2%), seguido por 73 (31,6%) pardo/mestiço, 65 (28,1%) negra, 3 (1,3%) amarela/oriental, 3 (1,3%) indígena e 1 (0,4%) não respondeu.

Quase metade da amostra - 105 (45,5%) concluíram apenas o ensino fundamental, 98 (42,4%) o ensino médio, 11 (4,8%) o ensino superior e 17 (7,4%) nunca estudaram.

Tabela 2: Perfil epidemiológico dos entrevistados (n=231)

Variável	Categoria	n	%
Gênero	<i>Masculino</i>	183	79,2
	<i>Feminino</i>	47	20,3
	<i>Não declarado</i>	1	0,4
Estado Conjugal	<i>Casado(a)</i>	27	11,7
	<i>Amasiado(a)</i>	22	9,5
	<i>Viúvo(a)</i>	9	3,9
	<i>Divorciado(a)</i>	27	11,7
	<i>Separado(a)</i>	32	13,9
	<i>Nunca casou</i>	114	49,4
	<i>Não respondeu</i>	1	0,4
Raça/cor	<i>Negra/Preta</i>	65	28,1
	<i>Branca</i>	86	37,2
	<i>Amarela/Oriental</i>	3	1,3
	<i>Pardo/Mestiço</i>	73	31,6
	<i>Indígena</i>	3	1,3
	<i>Não respondeu</i>	1	0,4
Escolaridade	<i>Ensino Fundamental</i>	105	45,5
	<i>Ensino Médio</i>	98	42,4
	<i>Ensino Superior</i>	11	4,8
	<i>Sem escolaridade</i>	17	7,4
Idade	<i>18 – 25</i>	17	7,4
	<i>26 - 35</i>	43	18,6
	<i>36 - 45</i>	78	33,7
	<i>46 - 55</i>	70	30,3
	<i>>56</i>	23	10

Considerando o local de realização das entrevistas: 35 (15,2%) foram em São Bernardo o Campo e 196 (84,8%) em São Miguel Paulista. Quanto a substância considerada o maior problema, os participantes responderam: 113 (48,9%) álcool, 100 (43,4%) crack/cocaína, 13 (5,6%) maconha, 3 (1,3%) jogos ou nicotina, 2 (0,9%) outras drogas ou sedativos.

A maioria da amostra (222 participantes - 96,1%) havia feito uso de alguma substância nos últimos 30 dias (Tabela 3). As substâncias utilizadas, neste período, em ordem decrescente, foram: álcool com 169 (73,2%), nicotina 147 (63,6%), cocaína 102 (44,2%), canabis 70 (30,3%), crack 66 (28,1%), sedativos 20 (8,7%), inalantes 14 (6,1%), alucinógenos 6 (2,6%), ecstasy 4 (1,7%), cogumelos 3 (1,3%), heroína 3 (1,3%), estimulantes 2 (0,8%) e morfina 1 (0,4%). Apenas 13 (5,6%) relataram jogos de azar nos últimos 30 dias.

Considerando a média de dias consumidos nos últimos 30 dias, as substâncias que apresentaram as médias acima de 1 dia foram nicotina 18,20 dias (DP: 14,38), álcool 15,26 dias (DP: 12,63), cocaína 7,11 dias (DP:11,51), canabis 5,51 dias (DP: 10,66) e crack 5,26 dias (DP: 10,33).

Uma minoria faz uso de substâncias de maneira injetável: 13 (5,6%) já injetaram alguma vez na vida e 2 (0,9%) ainda injetam.

Considerando a duração do uso de substâncias, em anos ao longo da vida, observamos as seguintes médias: Álcool: 18,20 (Desvio-Padrão [DP]: 14,79), Nicotina: 16,16 (DP: 15,52), Canabis: 7,06 (DP: 11,58), Crack: 5,73 (DP: 9,58), Cocaína: 9,55 (DP: 11,84). O restante apresenta média inferior a um ano.

Tabela 3: Uso de substâncias nos últimos 30 dias, com prevalência de uso superior a 5% (n= 231)

Substância	<i>Categoria</i>	n	%	Média de dias de uso (DP)
Álcool	<i>Fez uso</i>	169	73,2	15,26 (12,63)
	<i>Não fez</i>	62	26,8	
Crack	<i>Fez uso</i>	66	28,1	5,26 (10,33)
	<i>Não fez</i>	165	71,9	
Cocaína	<i>Fez uso</i>	102	44,2	7,11 (11,51)
	<i>Não fez</i>	129	55,8	
Nicotina	<i>Fez uso</i>	147	63,6	18,20 (14,38)
	<i>Não fez</i>	84	36,4	
Canabis	<i>Fez uso</i>	70	30,3	5,51 (10,66)
	<i>Não fez</i>	161	69,7	
Sedativos	<i>Fez uso</i>	20	8,7	1,90 (6,99)
	<i>Não fez</i>	211	91,3	
Inalantes	<i>Fez uso</i>	14	6,1	N.A.
	<i>Não fez</i>	217	93,9	

DP: Desvio-padrão; N.A.: não aplicável

As pontuações médias dos módulos da MATE foram: 1,05 (DP: 0,95) em características da comorbidade física, 1,20 (DP: 0,82) para tratamentos psiquiátricos ou psicológicos prévios e 1,76 (DP: 1,63) para características da comorbidade psiquiátrica - todos componentes do módulo 2.

Os componentes do módulo 4 apresentaram 5,71 (DP: 1,67) para dependência, 2,49 (DP: 1,07) para abuso e 7,25 (DP: 2,12) para gravidade da dependência/abuso. Módulos 5, 6 e Q1 não apresentam subitens e pontuaram respectivamente com 16,86 (DP: 9,40), 4,67 (DP: 1,71) e 11,71 (DP: 5,93).

Os componentes dos módulos 7/8 apresentaram as seguintes médias de pontuações: limitações – total: 30,84 (DP: 17,84), limitações – básicas: 11,55 (DP: 8,52), limitações – relacionamentos: 7,42 (DP: 5,60), cuidado e apoio: 10,64 (DP: 8,68), influências externas positivas: 5,25 (DP: 3,11), influências externas negativas: 5,33 (DP: 4,62) e necessidade de cuidado: 10,94 (DP: 4,90).

O último módulo (Q2) apresentou 24,04 (13,63) para depressão, 20,19 (DP:10,83) para ansiedade, 21,85 (DP:11,06) para estresse e 66,26 (DP: 32,62) para o total de depressão, ansiedade e estresse.

O alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade da MATE (Tabela 4), apresentou os seguintes resultados: Módulo 2 (0,66), Módulo 4 (0,80), Módulo 5 (0,84), Módulo 6 (0,45), Módulos 7 e 8 (0,87), Módulo Q1 (0,88), Módulo Q2 (0,92).

Tabela 4: Confiabilidade da MATE e sua correlação entre os módulos

	Alfa de Cronbach	M 4	M 2	M 5	M 6	M 7 / 8	M Q1	M Q2
M 4	0,80	1.0						
M 2	0,66	0,35*	1.0					
M 5	0,84	0,27*	0,51*	1.0				
M 6	0,45	0,14*	0,33*	0,29*	1.0			
M 7/8	0,87	0,39*	0,43*	0,41*	0,30*	1.0		
M Q1	0,88	0,57*	0,41*	0,46*	0,25*	0,56*	1.0	
M Q2	0,92	0,35*	0,53*	0,59*	0,46*	0,53*	0,56*	1.0

M= Módulo

*p<0,05.

A validade calculada pelo coeficiente de correlação de Pearson ($p < 0,05$) entre os módulos da MATE e sua convergência ou divergência com os domínios da ASI-6 (Tabela 5) apresentou as seguintes correlações: Módulo 2 (Álcool, Drogas, Comorbidade psiquiátrica, Problemas médicos, Família/Crianças, Família/Problemas sociais), Módulo 4 (Álcool, Drogas, Comorbidade psiquiátrica, Família/Crianças, Família/Problemas sociais), Módulo 5 (Álcool, Drogas, Comorbidade psiquiátrica, Problemas médicos), Módulo 6 (Comorbidade psiquiátrica, Problemas médicos, Família/Suporte social, Família/Problemas sociais), Módulos 7 e 8 (Álcool, Drogas, Comorbidade psiquiátrica, Problemas médicos, Família/Suporte social, Família/Problemas sociais), Módulo Q1 (Álcool, Drogas, Comorbidade psiquiátrica, Problemas médicos, Família/Crianças, Família/Problemas sociais), Módulo Q2 (Drogas, Comorbidade psiquiátrica, Problemas médicos, Família/Crianças, Família/Problemas sociais).

Tabela 5: Correlação entre Módulos da MATE e domínios da ASI-6

ASI-6 ----- MATE	Álcool	Drogas	Comorbidades Psiquiátricas	Problemas Médicos	Problemas Legais	Situação de emprego	Família/ Crianças	Família/ Suporte Social	Família/ Problemas Sociais
M 2	0,17*	0,27*	0,46*	0,36*	0,08	-0,02	0,19*	-0,10	0,20*
M 4	0,17*	0,22*	0,23*	0,02	0,10	-0,06	0,13*	-0,03	0,21*
M 5	0,15*	0,28*	0,45*	0,45*	0,03	0,00	0,09	-0,11	0,12
M 6	0,04	0,07	0,36*	0,28*	0,03	-0,08	0,05	-0,15*	0,22*
M 7/8	0,13*	0,31*	0,47*	0,17*	0,11	-0,07	0,11	-0,14*	0,29*
M Q1	0,17*	0,23*	0,32*	0,20*	0,09	0,02	0,13*	-0,07	0,27*
M Q2	0,07	0,22*	0,51*	0,28*	0,05	-0,05	0,09	-0,04	0,24*

M=Módulo (MATE); *p<0,05

4. Discussão

Com base nos resultados obtidos, é possível afirmar que a versão brasileira da MATE é válida para a população brasileira, apresentando confiabilidade e validade. Para a confiabilidade, a MATE apresentou coeficientes alfa de Cronbach entre 0,45 e 0,92, estando apenas os Módulos 2 (0,66) e 6 (0,45) abaixo de 0,8. O alfa de Cronbach acima de 0,70 costuma ser considerado aceitável para confiabilidade (Bland JM & Altman DG, 1997). Índices inferiores a 0,70 costumam ser classificados como baixa concordância.

O Módulo 6 aborda questões sobre personalidade, são as mesmas 8 questões da Escala Abreviada de Avaliação Estruturada da Personalidade (The Structured Assessment of Personality Abbreviated Scale - SAPAS), que em estudo prévio de validação apresentou um alfa de Cronbach de 0,66 (Muñoz-Negro et al., 2020). Portanto, resultados abaixo de 0,7 eram esperados.

O Módulo 2 é heterogêneo, abordando questões de saúde física, mental e tratamentos psiquiátricos, podendo justificar uma consistência interna abaixo de 0,7. Vale ressaltar que, devido aos resultados obtidos, os Módulos 2 e 6 devem ser aplicados e terem seus resultados observados com cautela.

A MATE apresentou correlação significativa entre todas as suas diferentes seções (Anexo A – Tabela 3) - resultado esperado, uma vez que Kessler et al. encontraram resultados semelhantes avaliando as propriedades psicométricas da versão brasileira da ASI (Kessler et al., 2012).

Com relação à validade discriminante, apenas os domínios de Problemas legais e Situação de emprego da ASI-6 não apresentaram nenhuma correlação significativa com os módulos da MATE. Já o domínio de Comorbidade psiquiátrica apresentou correlação significativa com todos os módulos da MATE, similar ao ocorrido em um estudo prévio onde este domínio apresentou correlações altas não apenas com o domínio psicológico da versão brasileira da WHO *Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), como também com os domínios físico, de relações sociais e ambiental dessa escala (Fleck et al., 2000).

Apesar de não apresentarem módulos (MATE) e domínios (ASI-6) idênticos, houve correlação significativa quando os mesmos avaliavam questões semelhantes (Tabela 4).

Apesar da ASI-6 já ser validada para a população brasileira, a validação da MATE possibilita um intercâmbio mais direto de informações com pesquisadores europeus, principalmente da Holanda, onde a escala foi originalmente desenvolvida, gerando uma aproximação com o *Amsterdam Institute for Addiction Research*. Um pouco diferente da ASI, que foi desenvolvida e pensada para o modelo norte-americano (Broekman, et al., 2004), a MATE foi desenvolvida por pesquisadores holandeses ainda muito influenciados pelos estudos sobre o uso de álcool de Jellinek. Jellinek e seus estudos de tipologia foram um dos precursores do “*treatment matching*”, baseado nas necessidades do paciente (Barbor, T.F., 1996).

A ASI foi desenvolvida justamente para adicionar o contexto sociodemográfico e comorbidades clínicas ao diagnóstico de TUS (Kessler et al., 2012), dados que influenciam diretamente o tratamento. Por exemplo, caso 2 indivíduos com o mesmo diagnóstico de TUS apresentem contextos sociodemográficos e comorbidades clínicas muito distintas, provavelmente irão necessitar de abordagens terapêuticas diferentes. Ao introduzir estes elementos ao diagnóstico do TUS, a ASI aprimorou o “*treatment matching*” e tornou-se padrão ouro em alguns países.

A MATE tem a capacidade de aprimorar ainda mais o “*treatment matching*” ao adicionar aos elementos da ASI a funcionalidade do indivíduo. Por exemplo, caso 2 indivíduos com o mesmo diagnóstico de TUS apresentem contextos sociodemográficos e comorbidades clínicas semelhantes, porém apresentem funcionalidades diferentes, provavelmente irão necessitar de abordagens terapêuticas distintas. Ao incluir este elemento, a MATE, além de possibilitar uma melhor estratificação sobre a necessidade terapêutica, também possibilita uma avaliação evolutiva diferente da abstinência sustentada.

Diferentemente da validação brasileira da ASI-6 que ocorreu em centros acadêmicos (Kessler et al., 2012), este estudo apresentou uma característica naturalística ao ser realizado em CAPS-AD, local onde a maioria dos pacientes com TUS moderados e graves são atendidos no país (Costa-Rosa et al., 2003).

Apesar de existirem referenciais teóricos claros sobre o projeto terapêutico singular (PTS) como uma estratégia de organização do cuidado em serviços de saúde mental (Boccardo et al., 2011), na prática clínica diária dos CAPS-AD vemos que, muitas vezes, os PTS ainda são criados com base em dados não objetivos. Este fato pode ser explicado pela dificuldade de comunicação multidisciplinar ou mesmo por questões logísticas particulares de cada serviço. A tomada de decisões sobre o PTS nos CAPS-AD do Brasil parece ser semelhante à era anterior as descrições tipológicas de Jellineck, onde as descrições sobre uso de álcool eram baseadas em experiências e opiniões pessoais (Nunes et al., 2008).

Uma das questões observadas na criação da MATE foi justamente o fato de existirem muitas escalas e poucas serem utilizadas fora de ambientes acadêmicos. Portanto, um dos cuidados na criação da escala foi a utilidade clínica (Schippers et al., 2010). A expectativa com a validação da MATE é que ela possa facilitar a comunicação interdisciplinar e que forneça dados úteis e objetivos para auxiliar na formulação do PTS.

A principal limitação deste estudo foi a não avaliação da confiabilidade entre os avaliadores. Como o estudo foi realizado em dois CAPS-AD III, onde a duração do acolhimento integral, hospitalidade diurna e espaço de convivência dependem de inúmeras variáveis, a programação de duas entrevistas com pacientes que permanecem mais tempo nos serviços não foi possível. Acreditamos que a taxa de aceitação para uma nova entrevista com 2 horas de duração para pacientes que estão chegando aos serviços ou os frequentam em um modelo mais ambulatorial, dentro de poucos dias, seria baixa.

5. Conclusão

Os resultados deste estudo fornecem apoio substancial para a validade e confiabilidade da MATE no contexto da população do Brasil, apresentado robusta consistência interna. Embora os Módulos 2 e 6 tenham apresentado valores ligeiramente inferiores, esses resultados eram esperados devido à natureza das perguntas desses módulos. A MATE também demonstrou correlações significativas entre suas diferentes seções, alinhando-se às expectativas de estabelecer relações coerentes entre seus componentes. Isso ressalta a capacidade do instrumento de avaliar diferentes facetas do TUS de forma eficaz. Ao fornecer uma avaliação abrangente sobre o uso de substâncias enquanto considera a funcionalidade dos pacientes, a MATE pode contribuir para um tratamento mais informado e direcionado, além de

auxiliar na alocação de recursos, especialmente no contexto de serviços regionalizados, como os CAPS-AD no Brasil. A MATE surge como uma ferramenta valiosa para avaliar o TUS e prejuízos funcionais comórbidos no contexto brasileiro. Mais pesquisas e aplicações da MATE em diversos ambientes clínicos e populacionais poderiam fornecer mais insights sobre sua eficácia e ampliar sua utilidade no cuidado do TUS.

6. Referências

Alves, P., Sales, C., & Ashworth, M. (2017). Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 299-308.

Alterman, A. I., Brown, L. S., Zaballero, A., & McKay, J. R. (1994). Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 201-209.

Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. K. (1996). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry*, 53, 225-231.

American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2001). ASAM PPC-2r-ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders.

Babor, T.F. (1996) The Classification of Alcoholics: Typology Theories From the 19th Century to the Present. *Alcohol Health Res World*, 20(1):6-14. PMID: 31798163; PMCID: PMC6876530.

Boccardo, A. C. S., Zane, F. C., Rodrigues, S., Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22, (1), 85-92.

Blanken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., et al. (1994). European addiction severity index EuropASI. A guide to training and administering EuropASI interviews. Bruxelles: European Cooperation in the Field of Scientific and Technical Research.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores. Brasília: Ministério da Saúde.

Broekman, T.G., Schippers, G.M., Koeter, M.W.J., & van den Brink, W. (2004). Standardized assessment in substance abuse treatment in the Netherlands: The case of the Addiction Severity Index and new developments. *Journal of Substance Use*, 9, 147-155.

Buchholz, A., Friedrichs, A., Berner, M., König, H.-H., Konnopka, A., Kraus, L., Kriston, L., et al. (2014). Placement matching of alcohol-dependent patients based on a standardized intake assessment: rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 286.

Buchholz, A., Spies, M., & Bruett, A. L. (2015). ICF-based Assessments to Evaluate Need and Success in the Treatment of Patients With Mental Disorders-A Systematic Review. *Die Rehabilitation*, 54(3), 153-159.

Castaldelli-Maia, J. M., da Silva, N. R., Campos, M. R., Moura, H. F., Zabert, G., Champagne, B. M., et al. (2017). Implementing evidence-based smoking cessation treatment in psychosocial care units (CAPS) in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 669-673.

Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2016). The impact of Basaglia on Brazilian psychiatry. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(5), 411-414.

Castro, S. S. D., Castaneda, L., Araújo, E. S. D., & Buchalla, C. M. (2016). Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 679-687.

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizador. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora.

Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S. et al. (2002) Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 205-210.

DeWildt, W. A., Lehert, P., Schippers, G. M., Nakovics, H., Mann, K., & van den Brink, W. (2005). Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of

the obsessive-compulsive drinking scale: A multinational study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 509-516.

Fonseca, A. M., Galduroz, J. C., Noto, A. R., Carlini, E. L. (2010). Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), 663-70.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-83.

Galland, D., Simioni, N., Schippers, G., Broekman, T., Alaux-Cantin, S., Houchi, H., Naassila, M. , & Rolland, B. (2018). La MATE-Fr. Introduction à la version française d'un instrument d'évaluation globale en addictologie. *Alcoologie et Addictologie*, 40(2), 140-148.

Gil, A.C. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.

Hell, M. E., Andersen, K., & Nielsen, A. S. (2018). Is the Danish Version of MATE Feasible? A Pilot Study on Feasibility and Adequacy. *Journal of Dual Diagnosis*, 14(1), 14-20.

Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., et al. (2012). Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 24-33.

Küfner, H., Vogt, M., & Indlekofer, W. (2000). PREDI Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz. Manual Version 1.1. München: IFT, Institut für Therapieforchung.

Langenbucher, J. W., Labouvie, E., Martin, C. S., Sanjuan, P. M., Bavly, L., Kirisci, L., et al. (2004) An application of item response theory analysis to alcohol, cannabis, and cocaine criteria in DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 72-80.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343.

Madden, R. H., & Bundy, A. (2019). The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation* [Epub ahead of print]

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P. et al. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction, 93*, 1857-1867.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. et al. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*, 199-213.

Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., & Kressel, D. A client-treatment matching protocol for therapeutic communities: first report. *Journal of Substance Abuse Treatment 2001; 21*: 119-128.

Menezes, P. R., Scazufca, M. Reliability study of the Portuguese version of the “Psychiatry Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)”. *Revista ABP-APAL 1993; 15*(2): 65-7.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M., Olschowsky, A., Machado, M. S. (2009). Mental care delivered in psychosocial care centers (CAPS) from the viewpoint of the professionals. *Ciencia e Saude Coletiva, 14*(1), 159-64.

Miranda, L., & Campos, R. T. (2008). Analysis of reference work in Psychosocial Care Centers. *Revista de Saude Publica, 42*(5): 907-13.

Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality—Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183, 228-232.

Nunes, M., Torrenté, M., Otoni, V., Moraes Neto, V., Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 188-196.

Pereira, M.G. (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Reis, A. D., & Laranjeira, R (2008). Halfway houses for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for the organization of facilities. *Clinics*, 63(6), 827-32.

Rutten, R.J.T., Broekman, T.G. & Schippers, G.M. (2019). Prediction of care consumption in addiction care; better with MATE intake-instrument than with DSM scores, but insufficient to base funding on. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61(1), 41-47.

Rutten, R.J.T., Broekman, T., van den Brink, W., & Schippers, G.M. (2017). Differentiating Treatment-Seeking Substance-Use Disordered Patients: Support for a Staging Model. *SUCHT*, 63(5), 289–296.

Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & Van Den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, 105(5), 862-871.

Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2019). MATE 2.1. Manual e Protocolo. Edição Brasileira: Castaldelli-Maia, J.M, Gil, F., & Monteiro-Gil, N.M. Nijmegen: Bêta Boeken.

Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz, A., & Rutten, R. (2009). Introducing a new assessment instrument: The Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. *Sucht*, 55, 209-218.

Schippers, G.M., & Broekman, T. G. (2007). Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment Final report ZonMw/Resultaten Scoren (Project Number 31000068). Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Beta, Nijmegen. Available from: <http://www.mateinfo.eu/pub>.

Selb, M., Kohler, F., Nicol, M. M. R., Riberto, M., Stucki, G., Kennedy, C., & Üstün, B. (2015). ICD-11: A Comprehensive Picture of Health, an Update on the ICD–ICF Joint Use Initiative. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(1), 2-8.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 573-579.

Spies, M., Brütt, A. L., Freitag, M., & Buchholz, A. (2015). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Psychosomatic Rehabilitation and Addiction Rehabilitation in Germany-The Current State. *Die Rehabilitation*, 54(5), 297-303.

Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2002). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24, 281-282.

World Health Organization (1997). Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Version 2.1). WHO-CIDI Training en Referentie Centrum. Amsterdam: Psychiatrisch Centrum AMC.

World Health Organization (1993). WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS) WHOQOL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9) (<http://www.who.int/icidh/whodas/index.html>).

7. APÊNDICES

APÊNDICE A – Apresentações dos achados dessa tese em eventos acadêmicos

1. 23rd WPA World Congress of Psychiatry. Evaluation of the validity of the Brazilian version of the Screening and Assessment Scale for Dependents (MATE-pt-BR). 2023.

2. I Encontro dos Programas de Pós-Graduação de Psiquiatria. Avaliação da validade da versão brasileira da Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (MATE-pt-BR). 2023.

APÊNDICE B – Artigos originais e revisões publicadas pelo aluno em periódicos científicos indexados na base de dados pubmed ao longo do período do mestrado

1. SIVA, NILSON ; MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON SOUSA ; GALVÃO, LUCAS PEQUENO ; TORALES, JÚLIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURICIO ; BALDASSIN, SERGIO . Exploring Depressive and Anxiety Symptoms Among Employees from a General Hospital in Need of Mental Health Treatment: A Cross-sectional Study. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, v. 01, p. 14, 2023.

2. FOGO, RODRIGO CASA ; MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON SOUSA ; BLAAS, ISRAEL KANAAN ; GALVÃO, LUCAS PEQUENO ; HASEGAWA, ELLEN HIROE ; CASTALDELLI, FERNANDO IKEDA ; GIMENES, GISLAINE KOCH ; DE AZEVEDO-MARQUES PÉRICO, CINTIA ; PAIVA, HENRIQUE ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURÍCIO . Exploring correlates of involuntary treatment in substance use disorders: a global systematic review and meta-analysis. *INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY*, v. epub, p. 1-16, 2023.

3. CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURICIO ; CAMARGOS DE OLIVEIRA, VICTORIA ; IRBER, FLÁVIA MARIANA ; BLAAS, ISRAEL K. ; ANGERVILLE, BERNARD ; SOUSA MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON ; KOCH GIMENES, GISLAINE ; WAISMAN CAMPOS, MARCELA ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; GUILLOIS, CARINE ; EL OUAZZANI, HOURIA ; GAZAIX, LÉNA ; FAVRÉ, PASCAL ; DERVAUX, ALAIN ; APTER, GISÈLE . Psychopharmacology of smoking cessation medications: focus on patients with mental health disorders. *INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY*, v. SE, p. 1-21, 2023.

4. MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON SOUSA; DA SILVA MOURA, WÉLISSA ; MARCO, CIRO ; GALVÃO, LUCAS ; BALLIARI, ERIC ; CAVALLO, ISABELA ; BECKER, RUTH ; SILVA, LUCINA ; OLIVEIRA, ECLESIASTER ; GIL, FELIPE ; MONTEIRO-GIL NATHALIE, MOSCHETTA ; WAISMAN CAMPOS, MARCELA ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; DE AZEVEDO-MARQUES PÉRICO, CINTIA ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURICIO . Comparing the Addiction Severity

Index (ASI) and Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE). INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY, v. 1, p. 1-7, 2023.

5. SOUZA, LAURA COSTA ; GALVÃO, LUCAS PEQUENO ; PAIVA, HENRIQUE SOARES ; PÉRICO, CINTIA DE AZEVEDO-MARQUES ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; TORALES, JULIO ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURÍCIO ; MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON SOUSA . Major depressive disorder as a risk factor for suicidal ideation for attendees of educational institutions: a meta-analysis and meta-regression. REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA (ONLINE), v. 41, p. 1-10, 2023.

6. MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON SOUSA; TORALES, JULIO ; BECKER, RUTH FRANCYELLE VIEIRA ; MOURA, HELENA F. ; WAISMAN CAMPOS, MARCELA ; FIDALGO, THIAGO M. ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURICIO . Tobacco growing and tobacco use. INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY, v. 20, p. 1-8, 2022.

7. CASTALDELLI-MAIA, JOÃO M. ; SILVA, ANDERSON S.M. ; GONÇALVES, PRISCILA D. ; SANCHES, MARIANA V. ; LASSI, DÂNGELA L.S. ; NEGRÃO, ANDRÉ B. ; AMARAL, RICARDO A. ; MALBERGIER, ANDRÉ ; DE AZEVEDO-MARQUES PÉRICO, CINTIA . Smoking cessation for individuals living with mental disorders in Brazil: Increasing providers' commitment and impact. GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY, v. 74, p. 139-140, 2022.

8. MAESTRELLI, LUIZ GUSTAVO ; SOUSA MARTINS SILVA, ANDERSON ; DE AZEVEDO-MARQUES PÉRICO, CINTIA ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURÍCIO . Homelessness and Depressive Symptoms. JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, v. 210, p. 380-389, 2022.

9. ALVES DA SILVA ZUNINI, PABLO ANDRES ; PASSAMANI BORGES, GUILHERME ; ALMEIDA TONON, JOÃO HENRIQUE ; NISHIMURA, RAFAELA ; BARRIOS, IVÁN ; O'HIGGINS, MARCELO ; RUÍZ-DÍAZ, NOELIA ; ALMIRÓN-SANTACRUZ, JOSÉ ; NAVARRO, RODRIGO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; TORALES, JULIO ; SOUSA MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURICIO .

Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis o esquizofrenia, análisis de la legislación actual y mapeo regional: una revisión sistemática. *Medicina Clínica y Social*, v. 6, p. 65-79, 2022.

10. MESSIAS, MAIALU PEDREIRA ; SILVA, ETIENNE DE MIRANDA E ; ANDRADE, MARIELE HERTHA DE ; CAVALLO, ISABELA CRISTINA CASANOVA ; GALVÃO, LUCAS PEQUENO ; PÉRICO, CINTIA DE AZEVEDO MARQUES ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO MAURICIO ; MARTINS-DA-SILVA, ANDERSON SOUSA . Clinico-epidemiological profile of patients at children's psychosocial care centers in São Bernardo do Campo: a cross-sectional study. *SAO PAULO MEDICAL JOURNAL*, v. 140, p. E1, 2022.

11. MOREIRA E SILVA, CÉLIA REGINA ; PINHEIRO DE ALMEIDA, ANA PAULA ; PEQUENO GALVÃO, LUCAS ; PAIVA, HENRIQUE SOARES ; BUTINHON, MARIANA VENDRAMINI ; MARQUES PÉRICO, CINTIA DE AZEVEDO ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; CASTALDELLI-MAIA, JOÃO M. ; MARTINS SILVA, ANDERSON SOUSA . Issues Faced by General Practitioners in Managing Mental Health Disorders in Basic Health Units: a Cross-Sectional Study. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, v. 01, p. 01, 2022.

12. DE MENDONÇA, FELIPE MARAUCCI RIBEIRO ; DE MENDONÇA, GIULIA PAULO ROSSI RIBEIRO ; SOUZA, LAURA COSTA ; GALVÃO, LUCAS PEQUENO ; PAIVA, HENRIQUE SOARES ; DE AZEVEDO MARQUES PÉRICO, CINTIA ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; MAURÍCIO CASTALDELLI-MAIA, JOÃO ; SILVA, ANDERSON SOUSA MARTINS . Benzodiazepines and Sleep Architecture: A Systematic Review. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, v. 20, p. EPub, 2021.

APÊNDICE C - Reconhecimentos

1. Artigo mais citado nos últimos 3 anos da revista CNS & Neurological Disorders-Drug Targets, que possui um fator de impacto: 3.

DE MENDONÇA, FELIPE MARAUCCI RIBEIRO ; DE MENDONÇA, GIULIA PAULO ROSSI RIBEIRO ; SOUZA, LAURA COSTA ; GALVÃO, LUCAS PEQUENO ; PAIVA, HENRIQUE SOARES ; DE AZEVEDO MARQUES PÉRICO, CINTIA ; TORALES, JULIO ; VENTRIGLIO, ANTONIO ; MAURÍCIO CASTALDELLI-MAIA, JOÃO ; SILVA, ANDERSON SOUSA MARTINS . Benzodiazepines and Sleep Architecture: A Systematic Review. CNS & Neurological Disorders-Drug Targets, v. 20, p. EPub, 2021.

8. ANEXOS

ANEXO A: MATE

MATE		Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes Versão: MATE-pt-BR 2.1		Formulário de Avaliação																								
Aplicado por: 	Data da aplicação: <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	m	m	y	y	Número de Identificação: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													Idade: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							Sexo: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d	d	m	m	y	y																							
1. Uso de Substâncias	2																											
2. Indicadores de consulta médica ou psiquiátrica	3																											
3. História de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias	3																											
4. Dependência e Abuso de Substâncias	4																											
5. Queixas físicas	5																											
6. Personalidade	6																											
7. Atividades e participação; cuidado e apoio (MATE-IPN)	7																											
8. Fatores ambientais que influenciariam a recaída (MATE-IPN)	10																											
Q1. Fissura	11																											
Q2. Depressão, ansiedade e estresse	12																											
Símbolo ou tipografia																												
Instruções/Explicações																												
O MATE é um instrumento de avaliação. O entrevistador avalia a informação obtida e é livre para escolher a maneira de obter a informação requerida. Se a informação necessária para um item é sabida com certeza, a resposta pode ser preenchida sem perguntar ao entrevistado. A maioria das perguntas não tem que ser falada palavra por palavra. Exceções feitas quando está marcado nos módulos "L" (literalmente) ou "Q" (Questionário de auto-preenchimento).																												
(literalmente)	As perguntas devem ser preenchidas palavra por palavra. Explicações devem ser dadas apenas quando absolutamente necessárias ou quando uma pergunta não foi claramente entendida.																											
(questionário de auto-preenchimento)	A pessoa preenche o questionário sem ajuda do entrevistador. Se a pessoa não está apta a fazer isto, o entrevistador deve ajudá-la lendo as perguntas.																											
(tempo de duração)	Tempo de duração da avaliação																											
<i>«Pergunta de sondagem»</i>	Perguntas de sondagem que podem ser utilizadas para buscar informações sobre o paciente estão em itálico e começam com aspas.																											
† Avaliação/ características/ explicação	O texto precedido por uma cruz, em uma fonte diferente, deve ser: † uma instrução para a avaliação † uma determinada característica que o entrevistador deve ficar atento † uma explicação para o entrevistador Esses textos não devem ser utilizados literalmente																											
textos sublinhados	Denotam um aspecto importante do item. São utilizados quando é necessário perguntar sobre esse aspecto.																											
[—substância—]	Preencher Principal substância ou comportamento problemático.																											
[—substância/comportamento—]																												
Sim Não	Circule Sim ou Não																											
.....	Escreva o número																											
	Escreva a explicação (formato livre)																											
Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2019). MATE 2.1. Manual e Protocolo. Edição Brasileira: J. M. Castaldelli-Maia, F. Gil, & N.M.Monteiro-Gil																												
MATE-pt-BR 2.1 http://www.mateinfo.eu																												

Q
 T
 Período de tempo

MATE **1. Uso de Substâncias**

† Marque isso se você não se encaixa no uso durante os últimos 30 dias, mas em um período de 30 dias anterior ao último mês

«Eu vou começar a perguntar sobre as substâncias que você pode ter utilizado. Nós vamos considerar dois períodos: os últimos 30 dias e durante a vida. Quando perguntamos sobre "a vida toda" nós gostaríamos de saber quantos anos usou a substância regularmente. Quando perguntamos "nos últimos 30 dias" nós queremos saber quantos dias você utilizou a substância durante este período, e quanto você utiliza geralmente em um dia de uso»

«Eu vou começar com o álcool. Você bebeu álcool nos últimos 30 dias? Se sim, quantos dias você utilizou, e quanto você bebe em um dia de uso?»

† Continue com as outras substâncias

		Últimos 30 dias		Durante a vida
		Número de dias	Quantidade utilizada em um dia típico de uso	Número total de anos de uso regular
		† Preencha com o número de dias de uso (Todo o dia é 30; 1 dia por semana é 4, etc. Se não existiu nenhum dia de uso, preencha "zero")	† Preencha o número de copos, cigarros, gramas ou pílulas em um dia típico de uso	† NB: Sempre preencha essa coluna, mesmo que a substância nunca tenha sido utilizada; nesse caso preencha "zero". † Menos que um ano: preencha assim: 0,25 (3 meses), 0,5 (6 meses), 0,75 (9 meses).
	Uso habitual	.....	.....	.....
Álcool	† Maior uso: preencha apenas se ocorreu um uso diferente nos últimos 30 dias, por exemplo, de uma quantidade muito maior que a consumida em um dia típico de consumo durante a semana, no final-de-semana. Maior uso	.....	Unidades de bebida (10 gramas de álcool)	.....
Nicotina	Cigarros, charutos, cachimbo, rapé	.....	Cigarros, charutos, cachimbo, fumo-de-mascar, pitadas	.....
Canabis	Maconha, haxixe, Skank	.....	gramas, baseados, cigarros	.....
Opióides	Metadona, buprenorfina	.....	mg, comprimidos	.....
	Heroína	.....	gramas, goladas, tragadas, cheiradas	.....
	Outros opióides como codeína, morfina, dolantina, oxicodona	.....	gramas, goladas, tragadas, cheiradas, comprimidos	.....
Cocaína	Crack	.....	gramas, cachimbos	.....
	Cocaína em pó	.....	gramas, papelote, cheiradas, goladas	.....
Estimulantes	Anfetaminas, Ritalina*, Dualid*, Feproporex	.....	gramas, comprimidos, cheiradas, goladas, cachimbos	.....
Ecstasy	MDMA, MDEA, MDA 2-CB, etc.	.....	mg, comprimidos	.....
Outro	Por exemplo: alucinógenos, inalantes, GHB, cogumelos. Escreva aqui: .....	.....	mg, grama	.....
Sedativos	Tranquilizantes, remédios paa dormir, barbitúricos, benzodiazepínicos, Valium*, Diempax*, Rivotril*, Frontal*, Lorax*	.....	mg, comprimidos	.....
Jogos de azar	Escreva o tipo de jogo de azar aqui: .....	.....	Reais gastos (bruto)	.....
«Você já injetou alguma droga?» <input type="checkbox"/> Alguma vez injetou <input type="checkbox"/> Ainda injeta <input type="checkbox"/> Nunca injetou				
† A Principal substância ou comportamento problemático é aquele que é avaliado pela pessoa e pelo avaliador como o que causa a maioria dos problemas. Se não está claro, escolha nesta sequência (1) cocaína, (2) opióides, (3) álcool, (4) outras drogas e sedativos, (5) maconha, (6) jogos de azar ou nicotina. Se a pessoa está procurando ajuda para tratar jogo patológico ou tabagismo, então jogo patológico ou tabagismo é a substância ou comportamento problemático primordial.				
† [—Principal substância ou comportamento problemático—] =		.....		

30 dias

Durante toda a vida

Utilizador de bebida por semana: homens >= 8, mulheres >= 7

Durante todo o dia

Uso regular significa: >= 30

MATE-pt-BR 2.1

2 Padrão de uso: Últimos 30 dias: Número de dias e quantidade utilizada em um dia típico de uso/ Durante toda a vida: número de anos de uso regular

2. Indicadores de consulta médica ou psiquiátrica

MATE 

Medicações em uso atualmente		«Essas medicações foram prescritas para tratar que doença/transtorno?»	
No momento	«Alguma medicação para dependência de álcool/ drogas/jogo patológico em uso atualmente?»	Sim	Dependência
	Não		
	«Alguma medicação em uso para problemas psiquiátricos/psicológicos?»	Sim	
	Não		
	«Alguma medicação em uso para outras doenças?»	Sim	
	Não		
Algum tratamento psiquiátrico ou psicológico recente ou atualmente?			
12 meses	«Você tem passado por algum tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente (ou durante o ano passado)?»	«Qual o tratamento que você está inserido?»	† Preencha se houve uma integração com o tratamento atual. Comente.
		Sim	Sim
	Não		Não 
Característica		Característica/Questão/Observação	
30 dias	Risco de suicídio	Desejo	«No mês passado, você pensou que seria melhor se estivesse morto ou desejou estar morto?»
		Planejamento ou tentativa	«No mês passado, você fez planos de se suicidar ou teve alguma tentativa de suicídio?»
Momento	Sintomas psicóticos	Alucinações	«No mês passado, você viu ou ouviu coisas que as outras pessoas não podiam ver ou ouvir?»
		Delírios	† Paranóia «No mês passado, você pensou que outras pessoas poderiam estar conspirando contra você?»
	Confusão	† Passa uma impressão de de confuso, desorientado, é desleixado	
	Saúde física	† Aparência não-saudável, face pálida ou esbaforida, sudorese, dificuldade de caminhar, pernas inchadas, obesidade ou edema abdominal, abscessos, marcas de coceira	
	Intoxicação/ sintomas de abstinência	† Tremedeira, falta de coordenação motora, fala arrastada, andar cambaleante, retardo ou agitação psicomotora, insultos, sudorese intensa, vômitos, alterações da pupila ocular	
	Doença física	«Você tem alguma doença grave ou contagiosa, como doenças cardíacas, diabetes, hepatite ou AIDS?»	
	Gravidez ♀	«Você está grávida?»	
3. História de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias			
Tratamento para uso de álcool/drogas nos últimos 5 anos?			
† Conte apenas os tratamentos que foram focados em dependências, conduzidos por um profissional e que foram direcionados para uma mudança no uso de substâncias. Uso de metadona em programa de redução de danos, desintoxicação breve, hospitalização para manejo de crise, etc. não contam como tratamento.			
5 anos	«Você já esteve em tratamento para dependência?»	Sim	«Se sim, quantos tratamentos você frequentou nos últimos 5 anos?»
		Não	Número de tratamentos ambulatoriais nos últimos 5 anos Número de internações nos últimos 5 anos
	† Comentários se desejar.		

MATE-pt-BR 2.1

Indicadores de consulta médica ou psiquiátrica e História de tratamento para transtornos relacionados ao uso de substâncias

3

MATE		4. Dependência e Abuso de Substâncias			
L		Número	Questão		
		Número do CIDI	† Atenção: "nos últimos 12 meses" pode se referir a algum hábito/comportamento que começou antes e ainda continua.		
		[—substância—] =	<input type="text"/>		
12 meses	1	1kb	Nos últimos 12 meses, você começou a sentir a necessidade de uma quantidade maior de [—substância—] para obter o mesmo efeito ou que a mesma quantidade da [—substância—] <u> tinha menos efeito do que antes?	Sim	Não
	2	1q4+B	Nos últimos 12 meses, você quis parar ou tentou parar ou diminuir o uso de [—substância—] ?	Sim	Não
	3	1q5A	Nos últimos 12 meses, você gastou muito tempo usando, procurando, ou se recuperando do uso de [—substância—] ?	Sim	Não
	4	1q6B	Nos últimos 12 meses, você frequentemente usou [—substância—] em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou achou difícil parar o uso de [—substância—] após ficar sob efeito da mesma?	Sim	Não
	5	1q7+B	Nos últimos 12 meses, parar ou diminuir o uso de [—substância—] fez você se sentir doente ou mal ou você usou [—substância—] outra substância similar à essa para não ter problemas?	Sim	Não
	6	1q8+1q9B	Nos últimos 12 meses, você continuou a usar [—substância—] após saber que ela causava problemas físicos ou psíquicos à você?	Sim	Não
	7	1q0	Nos últimos 12 meses, você desistiu ou reduziu de forma importante atividades para procurar ou usar [—substância—] - atividades como esportes, trabalho, ou encontros com amigos ou familiares?	Sim	Não
	8	18	Nos últimos 12 meses, usar [—substância—] frequentemente interferiu nas suas atividades na escola, no trabalho ou na sua casa?	Sim	Não
	9	116	Nos últimos 12 meses, existiram vezes que você usou [—substância—] em situações que você poderia se ferir, — por exemplo, enquanto andava de bicicleta, dirigindo um carro ou barco, operando uma máquina, ou alguma outra situação?	Sim	Não
	10	1qA	Nos últimos 12 meses, o seu uso de [—substância—] levou a problemas com a polícia?	Sim	Não
	11	19	Nos últimos 12 meses, você continuou a usar [—substância—] após saber que isso causava problemas com a sua família, amigos, no trabalho, ou na escola?	Sim	Não

MATE-pt-BR 2.1

Critérios diagnósticos de Dependência e Abuso do DSM-IV (baseado no CIDI 2.2)

4

Sempre
Frequentemente
Algumas vezes
Raramente
Nunca

5. Queixas físicas

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
L 30 dias T	<i>«Nos últimos 30 dias, com que frequência você teve:</i>					
	1 Pouco apetite	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	2 Cansaço/fadiga	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	3 Náuseas (se sentindo doente)	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	4 Dor-de-estômago	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	5 Dificuldade para respirar	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	6 Dor no peito	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	7 Dor nas articulações/ossos	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	8 Dores musculares	<input type="radio"/>	1	2	3	4
	9 Dormência/formigamento	<input type="radio"/>	1	2	3	4
10 Tremores/abalos	<input type="radio"/>	1	2	3	4	

L

† Esteja ciente de que essa resposta deve ser aplicada de modo geral, frequentemente, normalmente, e não apenas para pessoas ou situações específicas

T Usualmente, geralmente

1	Em geral, você tem dificuldades para fazer e manter amizades?	Sim	Não
2	Você se descreveria normalmente como solitário?	Sim	Não
3	Em geral, você acredita em outras pessoas?	Sim	Não
4	Você normalmente perde a paciência com facilidade?	Sim	Não
5	Você é normalmente um tipo de pessoa impulsiva?	Sim	Não
6	Você é normalmente preocupado?	Sim	Não
7	Em geral, você depende muito dos outros?	Sim	Não
8	Em geral, você é perfeccionista?	Sim	Não

O MATE-IPN é a seção do MATE que é baseada na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). Da CIF um conjunto de domínios e fatores são selecionados. Problemas, limitações e necessidade de cuidado são acessados nesses domínios no Módulo 7, e fatores ambientais que influenciam a recaída são acessados no Módulo 8. IPN se refere a CIF-Principais pontos e Necessidade de cuidados.

Com relação a atividades e participação, a CIF faz uma distinção entre performance e capacidade. O MATE-IPN avalia mais a performance do indivíduo do que a sua capacidade. A performance se refere à execução de atividades e a participação, e capacidade se refere à habilidade de executá-las.

A performance de uma pessoa pode ser ajudada pelo uso de serviços ou outros fatores ambientais. Uma pessoa que não tem capacidade de realizar suas tarefas domésticas, mas existem pessoas que exercem essas tarefas para ele, seria classificada como não tendo uma limitação neste domínio. Se o apoio é fornecido por alguma organização, as atividades de apoio são pontuadas no item "Cuidado e serviços de ajuda".

As limitações são pontuadas em uma escala de 5 pontos que vai de 0 (nenhuma) até 4 (completa). O grau de limitação pode variar de intensidade ("não perceptível" até "total quebra da rotina diária"), em frequência ("nunca" até "constantemente"), ou duração ("menos que 5% do tempo" até "mais que 95% do tempo")

Esta figura mostra a escala.

Pontuação	0	1	2	3	4
Grau de limitação	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Completa
Intensidade	Não perceptível	Tolerável	Interferência na rotina diária	Quebra parcial da rotina diária	Quebra total da rotina diária
Frequência	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Constantemente
Duração	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

Bitola

A figura mostra que as pontuações extremas, 0 (nenhuma) ou 4 (completa), representam apenas uma pequena parte da escala (5% para cada lado). Para uma pontuação de 0 a 4 ser aplicada, o grau de limitação deve ser bem óbvio. A pontuação 2 (moderada) alcança não mais que metade da escala. Isso significa que quando a limitação é maior que 50%, a pontuação 3 deve ser aplicada.

Fatores externos pontuam de acordo com a extensão dos efeitos positivos (por exemplo: facilitadores) ou efeitos negativos (por exemplo: barreiras) como: 0 (nenhum); 1 (leve); 2 (moderado); 3 (substancial); e 4 (completa).

No protocolo do MATE, os pontos de corte são baseados em escalas que são utilizadas em todos os domínios e fatores para ajudar com a pontuação.

Alguns domínios (por exemplo: espiritualidade) não devem ser relevantes para dada pessoa. Se a pessoa não acha um domínio relevante, a pontuação 0 é dada para esse domínio.

Todas as avaliações devem ser realizadas dentro do contexto da saúde. Informações que não estão relacionadas à saúde física e/ou mental não devem ser pontuadas.

A necessidade por cuidado avalia (a) se o avaliador acredita que a pessoa precisa de cuidado e apoio (adicional) para realizar uma atividade que lhe foi dada ou participação, (b) se a pessoa acredita que precisa (maior) cuidado, e, se algum desses pontuou "Sim", (c) se isso é uma função que a insituição deve oferecer o cuidado em questão.

O funcionamento da pessoa durante os últimos 30 dias é avaliado, independente se este período foi representativo ou não da vida pessoa.

30 d.36

CIF Componente d: Atividades e participação e Componente e: Cuidado e serviços de apoio		Limitação na performance / tem dificuldade em	Componente e: Cuidado e apoio de serviços	Quantidade de cuidado e apoio	NECESSIDADE POR CUIDADO		
Componente d: Atividades e participação		↑ Preencha o nível da limitação: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Grave 4: Completa	Qual a quantidade de cuidado e apoio que a pessoa recebeu?	↑ Preencha a quantidade de cuidado: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Substancial 4: Completa	1: Precisa? 2: Precisa? 3: Precisa? 4: Precisa?		
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade a pessoa teve em							
CAPÍTULO	Criando e mantendo:						
	d720	relações íntimas «Você teve dificuldade com o seu parceiro (ou você achou difícil não ter um parceiro)?»	NA		Sim	Sim	Sim
	d7600	relações pai-filho «Você teve dificuldades no relacionamento com seu(s) filho(s)? ↑ Procurar por sinais de negligência ou abuso	e5750, e5800, e5500	Qual a qualidade de apoio que a pessoa recebeu para lidar com isso, por exemplo, de serviços de cuidado para infância e família?	Sim	Sim	Sim
	d750, d760	relações sociais informais e relações familiares «Você teve dificuldades com as suas familiares ou amigos?»	NA		Sim	Sim	Sim
	d740	relações formais «Você teve dificuldades relacionadas ao seu empregador, trabalhadores, provedores de serviço, ou profissionais da saúde?»	NA		Não	Não	Não
RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS	d710-d729	Interações interpessoais gerais «Você teve dificuldade em fazer contato ou em lidar com outras pessoas?»	NA		Sim	Sim	Sim
	d810-d859	Educação, trabalho e emprego «Você teve dificuldades em se empregar, manter-se empregado, ou em atividades educacionais?»	e5850, e5900	Quanto de apoio essa pessoa recebeu para isso, por exemplo, de serviços de auxílio ocupacional ou educacionais?	Sim	Sim	Sim
ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	d870	Auto-suficiência econômica «Você teve dificuldades de se sustentar, você esteve com dinheiro insuficiente para as despesas do dia-a-dia?»	e5700	Quanto de apoio essa pessoa teve para isso, por exemplo, através de serviços de apoio social ou auxílio para as dívidas?	Sim	Sim	Sim
	VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	d920	Recreação e lazer «Foi difícil de achar tempo livre para se envolver em atividades de lazer, como por exemplo, relaxar ou fazer esportes?»	NA		Sim	Sim
d930		Religião e espiritualidade «Você teve dificuldades em participar de atividades ou organizações espirituais ou religiosas que podem te ajudar a encontrar auto-conhecimento, dar significado à vida, ou valores religiosos ou espirituais?»	NA		Sim	Sim	Sim
VIDA DOMÉSTICA	d610	Aquisição de um lugar para morar «Você esteve sem um lugar para viver, ou teve outros problemas de moradia?»	e5250	Quanto de apoio essa pessoa teve para isso, por exemplo, de albergues ou serviços de apoio à moradia?	Sim	Sim	Sim
	d620-d640	Tarefas domésticas «Você teve dificuldades para fazer as atividades domésticas como compras, preparar comida ou fazer trabalho doméstico?»	e5750	Quanto de apoio essa pessoa teve para isso, por exemplo, de serviços sociais?	Sim	Sim	Sim

MATE-pt-BR 2.1

MATE-IPN: Principais pontos do CIF e Necessidade de cuidado

7. Atividades e participação; cuidado e apoio (MATE-IPN)				MATE 				
CIF Componente d: Atividades e participação e Componente e: Cuidado e serviços de apoio		Limitação na performance / tem dificuldade em	Componente e: Cuidado e apoio de serviços	Quantidade de Cuidado e apoio	NECESSIDADE POR CUIDADO			
CAPÍTULO	Componente d: Atividades e participação	† Preencha o nível da limitação: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Grave 4: Completa	Qual a quantidade de cuidado e apoio que a pessoa recebeu?	† Preencha a quantidade de cuidado: 0: Nenhuma/ NA 1: Leve 2: Moderada 3: Substancial 4: Completa	† Preencha se o cuidado (autorajudado) é necessário?	† Preencha se a pessoa precisa que o cuidado (ajudado) é necessário?	† Preencha se a motivação está alta e disponível a melhor e cuidado necessário?	
CUIDADO PESSOAL	<u>d510, d520, d540</u> Cuidado pessoal «Você teve dificuldade com seu auto-cuidado, tal como se lavar, cuidar de partes do seu corpo, ou se vestir?»	.....	e5750 Quanto de apoio está sendo dado para essa pessoa através de serviços profissionais de auto-cuidado (d510, d520, d540), conforto físico, organização de dieta ou atividade física (d5701), por exemplo, de serviços sociais ou de enfermeiras de rua?	.....			
	<u>d5700</u> Garantir o próprio conforto físico «Você teve dificuldade em encontrar um lugar seguro para dormir, ou usar roupas para se proteger?»	.....			Sim	Sim	Sim
	<u>d5701</u> Controle da dieta e forma física «Você teve dificuldade de comer ou beber de forma saudável, ou de cuidar da sua saúde?»	.....			Não	Não	Não
	<u>d5702a</u> Procurando e seguindo recomendações e tratamentos médicos ou de saúde «Você teve dificuldades de seguir orientação médica ou de seguir o seu tratamento? Você evitou procurar um médico, mesmo quando você realmente precisava?»		e5800 Quanto a pessoa foi encorajada ou supervisionada em pedir ou seguir orientações e tratamento (monitoramento do comprometimento ou terapêutica)	Sim	Sim	Sim
	<u>d5702b</u> Proteger-se dos riscos à saúde devido a comportamentos de risco «Você colocou a sua saúde em risco por causa de algum comportamento de risco? Você teve relação sexual desprotegida com parceiros casuais; você dirigiu ou andou no meio da rua estando sob a influência de alguma substância? Se você está usando drogas injetáveis, usou agulhas ou seringas não-esterilizadas?»		NA	Não	Não	Não
TÁ REFIAS E DEMANDAS GERAIS	<u>d230</u> Realizar a rotina diária «Você achou difícil planejar, organizar, ou realizar a sua rotina diária?»	.....	e5750 Quanto de apoio essa pessoa recebeu para isso, por exemplo, de serviços sociais ou hospital-dia?	.....	Sim	Sim	Sim
	<u>d240</u> Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas «Você achou difícil lidar com o estresse em situações difíceis ou tarefas que requeriam muita responsabilidade?»	.....	NA	.....	Sim	Sim	Sim
APRENDENDO E APLICANDO CONHECIMENTO	<u>d1</u> Aprendizagem e aplicação do conhecimento «Você achou difícil aprender coisas novas, resolver problemas ou tomar decisões? † Isso pode ter sido causado por baixa inteligência ou um problema emocional ou cognitivo. Qual a sua impressão?»	.....	NA	.....	Sim	Sim	Sim
					Não	Não	Não	

MATE-pt-BR 2.1

MATE-IPN: Principais pontos do CIF e Necessidade de cuidado

9

Componente e da CIF: Fatores ambientais		Influência na recuperação	NECESSIDADE POR CUIDADO			
CAPÍTULO	Componente e Fatores ambientais Considerando os últimos 30 dias, que fatores ambientais estão tendo ou tiveram um influência positiva ou negativa na recuperação da pessoa?	↑ Preencha com o grau de influência: 0: Nenhuma/NA 1: Leve 2: Moderada 3: Substancial 4: Profunda	Especifique o fator ↑ Fatores ambientais que compõe o ambiente físico, social e de atitudes. Esses fatores são externos à pessoa. Verif. medida que cuidada (a doença) e precisa? <input type="checkbox"/> A pessoa medida que cuidada (a doença) é eficaz? <input type="checkbox"/> A medida que cuidada está agta e deposita a doença e cuidada necessário?			
APOIO E RELACIONAMENTOS	e310-e325 Cônjuge, família, amigos, conhecidos, vizinhos, colegas, etc.					
	Influência positiva «Existem pessoas em seu ambiente que ajudam e que têm uma influência positiva sobre você e a sua recuperação?»	+.....	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Influências negativas «Existem pessoas no seu ambiente que têm uma influência negativa em você ou na sua recuperação?» ↑ Considere quem encoraja o uso de substâncias. ↑ NB: Escreva influências negativas de atitudes sob influência de grupo (e460).	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim Não	Sim Não	Sim Não
	Influência negativa por perda de relacionamentos durante o último ano «Durante o último ano, você perdeu algum relacionamento importante (por exemplo, por morte ou divórcio) que resultou em uma influência negativa em você ou na sua recuperação?»	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim Não	Sim Não	Sim Não
ATTITUDES	e460 Influência das atitudes sociais					
	Influência negativa «Você foi afetado por opiniões e crenças do grupo sobre pessoas com transtornos psiquiátricos que tiveram uma influência negativa em você ou na sua recuperação?»	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim Não	Sim Não	Sim Não
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	e5500 Serviços legais					
	Influência positiva «Você teve contato com algum profissional da lei ou envolvimento com alguma questão legal que teve uma influência positiva na sua recuperação?» ↑ Por exemplo, ter assistência legal, ter um contato positivo com local de prestação de serviço compulsório, ou estar em tratamento ou ter apoio por medida legal.	+.....	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Influência negativa «Você teve contato com algum profissional da lei ou alguma questão legal que teve uma influência negativa em você ou na sua recuperação?» ↑ Por exemplo, abordado por policiais, ser preso sem acesso a cuidados, estar sob pena de medidas legais.	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim Não	Sim Não	Sim Não
OUTROS FATORES AMBIENTAIS	e598 Outros fatores ambientais ↑ Não registre aqui fatores que já tenham sido registrados					
	Outros fatores ambientais que têm uma influência positiva «Existem outros fatores ambientais que estejam tendo uma influência positiva em você e na sua recuperação?»	+.....	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Outros fatores ambientais com influência negativa «Existem outros fatores ambientais que estejam tendo uma influência negativa em você e na sua recuperação?»	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim Não	Sim Não	Sim Não

Q

As questões abaixo perguntam sobre seus pensamentos e sentimentos em relação à/ao [—substância/comportamento—] e sobre usar ou não usar

As questões enfocam apenas *os últimos 7 dias*. Responda as questões baseado no que você pensa, sente e fez durante a semana passada. Circule o número antes de responder qual a melhor resposta para você.

T
7 dias

[—substância/comportamento—] =  _____

1 Quanto do seu tempo quando você não está usando é ocupado por idéias, pensamentos, impulsos ou imagens relacionadas a usar?

- Nada
- 1 Menos de 1 hora por dia.
- 2 1-3 horas por dia.
- 3 4-8 horas por dia.
- 4 Mais de 8 horas por dia.

2 Com que frequência esses pensamentos ocorrem?

- Nunca
- 1 Não mais que 8 vezes por dia.
- 2 Mais de 8 vezes por dia, mas na maior parte das horas do dia eu não tenho esses pensamentos.
- 3 Mais de 8 vezes por dia, e na maioria das horas do dia.
- 4 Esses pensamentos são tão numerosos para contar, e é raro eu passar uma hora sem muitos pensamentos ocorrerem.

3 Quanto de aflição ou perturbação essas idéias, pensamentos, impulsos, ou imagens relacionadas ao uso causam em você quando você não está usando?

- Nenhuma.
- 1 Leve, infrequente, e não tão perturbador.
- 2 Moderada, frequente, e perturbador, mais ainda assim consigo lidar com eles.
- 3 Grave, muito frequente, e muito perturbador.
- 4 Extremas, quase constantes, e uma aflição incapacitante.

4 Quanto de esforço você faz para resistir à esses pensamentos ou tentar desconsiderar ou tirar a sua atenção desses pensamentos quando eles estão na sua cabeça quando você não está usando? (Avalie o seu esforço feito para resistir à esses pensamentos, não o sucesso ou falha em realmente controlá-los)

- Meus pensamentos são tão poucos que eu realmente não tenho que ativamente resistir à eles. Se eu realmente tenho pensamentos, eu sempre faço um esforço para resistir à eles.
- 1 Eu tento resistir à eles na maioria do tempo.
- 2 Eu faço algum esforço para resistir à eles.
- 3 Eu uso todos os meus esforços para tentar controlar esses pensamentos, mas faço isso com alguma relutância.
- 4 Eu entrego todos os meus esforços de forma voluntária para lidar com esses pensamentos.

5 Quão forte é a vontade de usar [—substância/comportamento—]?

- Nenhuma vontade de usar [—substância/comportamento—].
- 1 Alguma vontade de usar [—substância/comportamento—].
- 2 Forte vontade de usar [—substância/comportamento—].
- 3 Vontade muito forte de usar [—substância/comportamento—].
- 4 A vontade de usar [—substância/comportamento—] é completamente incontrolável.

Q

Por favor, leia cada afirmação e circule um número 0, 1, 2, ou 3 que indica o quanto essa afirmação se aplica para você na semana passada. Não existe resposta certa ou errada. Não gaste muito tempo avaliando uma afirmação.

T
7 dias

A escala de avaliação é assim:

0 = Não se aplica de jeito nenhum para mim

1 = Se aplica para mim em certo grau ou em algum tempo

2 = Se aplica para mim em um grau considerável ou em uma boa parte do tempo

3 = Se aplica muito para mim ou na maior parte do tempo

Não se aplica de jeito nenhum para mim	Se aplica para mim em certo grau ou em algum tempo	Se aplica para mim em um grau considerável ou em uma boa parte do tempo	Se aplica muito para mim ou na maior parte do tempo
--	--	---	---

1	Eu acho difícil relaxar	0	1	2	3
2	Eu percebi minha boca seca	0	1	2	3
3	Eu não parecia poder ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade de respirar (respiração excessivamente rápida, falta-de-ar na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5	Eu achava difícil de ter a iniciativa de fazer as coisas	0	1	2	3
6	Eu tinha uma tendência a ter reações excessivas às situações	0	1	2	3
7	Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu sentia como se estivesse usando muita energia psíquica	0	1	2	3
9	Eu fiquei com medo de situações em que eu pudesse perder o controle ou fazer papel de bobo	0	1	2	3
10	Eu me senti como se não tivesse nada a buscar	0	1	2	3
11	Eu me senti ficando agitado	0	1	2	3
12	Eu senti dificuldade em relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti desanimado e deprimido	0	1	2	3
14	Eu não conseguia aguentar nada que me impedisse de ter sucesso no que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que eu estava perto de perder o controle	0	1	2	3
16	Eu não conseguia ficar entusiasmado com nada	0	1	2	3
17	Eu me senti como se não tivesse grande valor como pessoa	0	1	2	3
18	Eu senti que eu era muito melindroso	0	1	2	3
19	Eu percebi meu coração batendo sem ter feito nenhum esforço físico (por exemplo, sensação de taquicardia ou palpitação)	0	1	2	3
20	Eu me senti assutado sem razão	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index
(ASI)

Versão 6

Observação:

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

Dr. Felix Kessler:
kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:
fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

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

Códigos para aplicação do instrumento:

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

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

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início: :

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

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

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

___ 1. Negra/Preta

___ 5. Indígena

___ 2. Branca

___ 6. Outros

___ 3. Amarela/Oriental

___ 7. Não respondeu

___ 4. Parda/Mestiça

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

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

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

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

7 – Sistema penal ou pelo juiz

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

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

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

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

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

A. B.

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

H3. Hospital geral?

H4. Hospital psiquiátrico?

H5. Delegacia ou prisão?

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

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada?

Que tipo de lugar?

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

000 → H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → NOTA

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

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

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

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

[Marque todas que se aplicam]

___ 1. Sozinho

___ 5. Outros parentes adultos

___ 2. Cônjuge/Parceiro

___ 6. Outros adultos não-parentes

___ 3. Filho(s) < 18anos

___ 7. Não respondeu

___ 4. Pais

___ 8. Outros

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

ASI6

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

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

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

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

E25b... últimos 6 meses? R\$

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

E26b... últimos 6 meses? R\$

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

E27b... últimos 6 meses? R\$

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

E28b... últimos 6 meses? R\$

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

E29b... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d... últimos 6 meses? R\$

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

E30b... últimos 6 meses? R\$

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

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

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

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

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

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

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

Comentários: _____

ASI6

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?
 – inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?
 – desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?
 A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
 000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?
 ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.
 – exclua medicações para dependência de nicotina. 000 → D6
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
 – exclua períodos sem álcool 00 → D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
 0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

¹ Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

D14. Quando você bebeu pela última vez?
 [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?

D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei?
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente

Comentários:

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

NOTA: Se o entrevistado relata:

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

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

Comentários adicionais:

Uso de Substâncias – Categorias Problema

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

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

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

Comentários adicionais:

ASI6

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

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

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

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

- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? 1 – Sim, 0 – Não
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não

- L19. Investigado em inquérito policial
- L20. Suspensão condicional do processo
- L21. Aguardando julgamento ou sentença
- L22. Sursis ou em Liberdade condicional
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica
- L24. Outros
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

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

ASI6

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

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

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
 F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem? [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

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

Nos últimos 30 dias, você:

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

Comentários:

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

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

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

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

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

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

ASI6

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

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

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

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

ASI6

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

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

1 – Ruim, 2 – Satisfatória, 3 – Boa

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

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

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

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS No466/2012, MS.**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Investigação da Validade da Versão Brasileira da Escala de Triagem e Avaliação para Dependentes (MATE-pt-BR) e está sendo desenvolvida por Anderson Sousa Martins da Silva, do Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Departamento de Psiquiatria – Pós-graduação sob a orientação do(a) Prof(a) Dr. João Mauricio Castaldelli Maia.

Os objetivos do estudo são realizar validação da versão brasileira da MATE. A finalidade deste trabalho é contribuir para a validação de um instrumento para a avaliação de pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Solicitamos a sua colaboração para entrevista com tempo médio de três horas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não apresenta riscos para o participante, uma vez que será apenas entrevistado sem nenhuma intervenção. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Comparing the Addiction Severity Index (ASI) and Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE)

Anderson Sousa Martins-da-Silva¹, Wélissa da Silva Moura², Ciro Marco³, Lucas Galvão³, Eric Balliari⁴, Isabela Cavallo⁵, Ruth Becker⁶, Lucina Silva⁷, Eclesiaster Oliveira⁸, Marcela Waisman Campos⁹, Julio Torales^{10,11,12}, Antonio Ventriglio¹³, Cintia de Azevedo-Marques Périco⁴, João Mauricio Castaldelli-Maia^{1,4,10}

1. Department of Psychiatry, Medical School, University of São Paulo, São Paulo 05403-903, Brazil.
2. CBI of Miami, Rio de Janeiro, 22775-056, Brazil.
3. Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 04021-001, Brazil.
4. Department of Neuroscience, Medical School, FMABC University Center, Santo André 09060-870, Brazil.
5. Department of Psychiatry, Bairral Institute of Psychiatry, Itapira, 13970-426, Brazil.
6. Post Graduate Department, Torrens University Australia, Sidney, NSW 2010, Australia.
7. Pharmacy Course, Nove de Julho University, São Paulo, 01156-050, Brazil.
8. Centers for Psychosocial Care - Alcohol and Other Drugs III (CAPS AD III) in São Miguel Paulista, São Paulo, 08060-040, Brazil.
9. Department of Cognitive Neurology, Neuropsychiatry, and Neuropsychology, Fleni, Buenos Aires C1428AQQ, Argentina.
10. Department of Medical Psychology, School of Medical Sciences, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo 111454, Paraguay.
11. Regional Institute of Health Research, Universidad Nacional de Caaguazú, Coronel Oviedo 050106, Paraguay.
12. School of Health Sciences, Universidad Sudamericana, Pedro Juan Caballero 130112, Paraguay.
13. Department of Experimental Medicine, Medical School, University of Foggia, 71100 Foggia, Italy.

Corresponding Author:

Dr Anderson Sousa Martins-da-Silva

R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 - Cerqueira César, São Paulo, SP, Brazil, 05403-903

Phone: + 55 11 26616963 / Email: andersonsmsilva@usp.br

Abstract

Substance use disorder (SUD) assessment and measurement in Brazil, as well as in many other countries, face significant shortcomings. The Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) was developed as a public domain tool, drawing from validated scales and incorporating World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) framework. The Brazilian version of the MATE (MATE-pt-BR) was evaluated for its reliability and validity, with a total of 239 subjects participating in the study, and data collected between 11/01/2021 and 09/01/2022. The majority were male (79.2%), with diverse racial backgrounds. The substances most prevalently used in the last 30 days were

Alcohol (73.2%), nicotine (63.6%), and cocaine (44.2%). The mean scores for MATE modules showed variations, with Module Q2 assessing psychological well-being having high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.92$). MATE-pt-BR demonstrated robust internal consistency, with Module 6 (personality) and Module 2 (medical and psychiatric consultation indicators) being exceptions. MATE-pt-BR exhibited significant correlations among its sections and strong discriminant validity. Moreover, the paper compares MATE-pt-BR with the Addiction Severity Index (ASI-6), which is considered the gold-standard measure for SUD assessments. MATE-pt-BR offers a valuable tool for assessing substance use and related functional impairments in the Brazilian context.

Key-words: Substance use disorder assessment; Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE); Validity; Reliability; World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF); Addiction Severity Index (ASI-6)

1. Introduction

The assessment and measurement of patient characteristics in the realm of substance use disorders (SUD) remain underdeveloped in Brazil, as well as in many other countries worldwide (Schippers et al., 2010; Kessler et al., 2012; Alves et al., 2017). Patients grappling with diverse types and degrees of SUD could benefit from tailored treatment approaches (Rutten et al., 2017). Effective allocation of patients to the appropriate level of care holds promise for yielding superior outcomes, especially in underserved areas (Rutten et al., 2019).

Brazil's current health policy invests in regionalized and community services, such as Psychosocial Care Centers (CAPS). These are instruments that promote comprehensive care for people with serious and persistent mental disorders, developing work to enable them to live in society and have access to work, study, and their rights as citizens (Miranda & Campos, 2008). There are exclusive CAPS for patients with problems related to alcohol and other drugs (CAPS-AD) (Castaldelli-Maia et al., 2017).

Even when relevant clinical characteristics of patients (including those required for administrative purposes) are measured in the CAPS, they are restricted to a set of patient characteristics collected on admission, using a variety of forms produced differently at each site. These instruments are rarely systematic, non-comparable to each other, and are almost never valid from a psychometric point of view (Miranda & Campos, 2008, Schippers et al., 2010).

Addressing the theoretical gaps in existing assessment instruments for SUD, it becomes imperative to incorporate an individual's functionality into the evaluation process (Stucki et al., 2002). The World Health Organization (WHO) International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) plays a pivotal role in facilitating this holistic assessment (Buchholz et al., 2015; Madden & Bundy, 2019). In the WHO's international classifications, health conditions, such as diseases, disorders, and injuries, find their primary classification in the International Classification of Disease (ICD), which provides an etiological framework. Concurrently, the ICF classifies functioning and disability associated with health conditions. Consequently, the ICD and the ICF complement one another (Selb et al., 2015). While the ICD offers a "diagnosis" of health conditions, the ICF augments this information by providing valuable data on functioning. The ICF, as a comprehensive framework, encompasses all facets

of human health and certain key elements contributing to well-being, systematically categorizing groups based on health and health-related domains (Stucki et al., 2002; Selb et al., 2015; Buchholz et al., 2015; Madden & Bundy, 2019).

The Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) was developed by drawing from previously validated scales in the public domain and subsequently underwent rigorous validation procedures (Schippers et al., 2010). As a result, MATE stands as a public domain tool. The creators of MATE (Schippers et al., 2010) deliberately avoided crafting new instruments, as they recognized the presence of well-established tools. MATE comprises ten modules, encompassing eight interview forms and two self-report questionnaires, with the flexibility to be customized according to the specific requirements of each location (Schippers et al., 2010). The final score of a module may carry varying degrees of significance from one context to another. Given its robust foundation in WHO functionality assessment tools and its alignment with clinical practice, the Brazilian version of the Screening and Assessment Scale for Dependent People - MATE emerges as a valuable asset in this landscape.

In Brazil, the primary tool available is the Brazilian version of the sixth edition of the Addiction Severity Index (ASI-6) (Kessler et al., 2012). This translation into Portuguese was undertaken by the Center for Research on Alcohol and Drugs at the Federal University of Rio Grande do Sul, with support from the National Anti-Drug Secretariat. It is worth noting that the ASI-6 is a questionnaire that necessitates specific training, which involves the amalgamation of video resources and a training manual in Portuguese (Kessler et al., 2012).

In light of the evident gaps in SUD assessment and the pressing need for more comprehensive and effective evaluation tools in the Brazilian context, there exists a critical demand for a thorough examination of the reliability and validation of the Brazilian version of the Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE-pt-BR). Given its strong foundation in WHO functionality assessment tools and its alignment with clinical practice, MATE-pt-BR holds immense potential for enhancing the precision and depth of SUD assessments in Brazil. A study aimed at validating MATE-pt-BR, utilizing the Addiction Severity Index (ASI-6) as the current gold-standard measure available, would represent a significant stride toward advancing the field of SUD assessment and treatment in the country. Such research would not only foster a deeper understanding of the unique challenges and complexities of SUD in the Brazilian population but also lay the groundwork for more tailored,

effective, and evidence-based interventions, ultimately improving the outcomes and quality of care for individuals grappling with substance use disorders.

2. Methods

2.1. Approval of the Ethics Committee

The Ethics Committee at Research Center from Hospital Moriah approved the realization of this project, protocol number 5,384,766, and certificate of ethical presentation and appreciation 51702721.2.0000.8054.

2.2. Sample

The study's sample included individuals, between 18 and 65 years old, who sought freely or who were referred or who were already undergoing treatment for SUD, and who freely agreed to participate in the project after explanation and signing of the free and informed consent form.

Participants were approached at the CAPS-AD III in São Miguel Paulista, in São Paulo, and at the CAPS AD III, in São Bernardo do Campo.

The sample calculation considered the prevalence of alcohol use and dependence in the population aged 18-65 years, which is 74.6% and 12.3%, respectively (Fonseca et al., 2010). It is inferred that approximately 16.5% of alcohol users developed dependence. To achieve 95% statistical power, with an error of 5%, we calculated a total sample of 212 subjects, according to the formula: $n = z^2 \cdot p(1-p)/d^2$.

2.3. Measures

In addition to the application of the Brazilian version of the MATE, the validated Brazilian version of the sixth edition of the ASI6 was applied (Kessler et al., 2012). This version of the scale is available for public use.

Procedures

The author of the project was trained by the authors of the Brazilian version of the MATE, who were trained by the authors of the original version of the scale. This training consists of 16 hours divided into 2 days. The author then replicated this training with the other interviewers. The author and the other interviewers carried out online training for the application of the Brazilian version of the ASI6.

The interviews, lasting approximately 120 minutes, could be segmented into two parts (ASI6 and MATE) and executed within one day, with one group responding to MATE before ASI6 and the other in reverse order.

Statistical analysis

Data were entered into spreadsheets in the Excel® 2000 program without identifying the participants and analyzed using the statistical program STATA® version 16. After transcribing the data from the printed questionnaires to the spreadsheet, the printed questionnaires were shredded and discarded. A statistician assisted the research team in checking data entry and quality. The significance level was set at 5% for all analyses. The sample characteristics were described with mean and standard deviation.

2.4. Internal Consistency Analysis

For Internal consistency, defined as the extent to which the results are valid for our sample (Pereira M.G., 1995), we considered the population studied, the sample size, the reliability between interviewers, and the strategy for data analysis.

The internal consistency of the Brazilian version of the MATE was assessed using Cronbach's alpha, which was calculated for the total score and the scores of the following modules:

- Module 2 - Medical and psychiatric consultation indicators:
 - Characteristic of physical comorbidity.
 - Previous psychiatric or psychological treatments.
 - Characteristics of psychiatric comorbidity.
- Module 4 - Addiction and Substance Abuse:
 - Dependency.
 - Abuse.
 - Severity of addiction and abuse.
- Module 5 – Physical Complaints.
- Module 6 – Personality.
- Modules 7 & 8 – MATE-IPN:
 - Limitations – Total.
 - Limitations – Basic.

- Limitations – Relationships.
- Care and support.
- Positive external influences.
- Negative outside influences.
- Need for care.
- Module Q1 – Crack.
- Module Q2 – Depression, anxiety, and stress:
 - Depression.
 - Anxiety.
 - Stress.

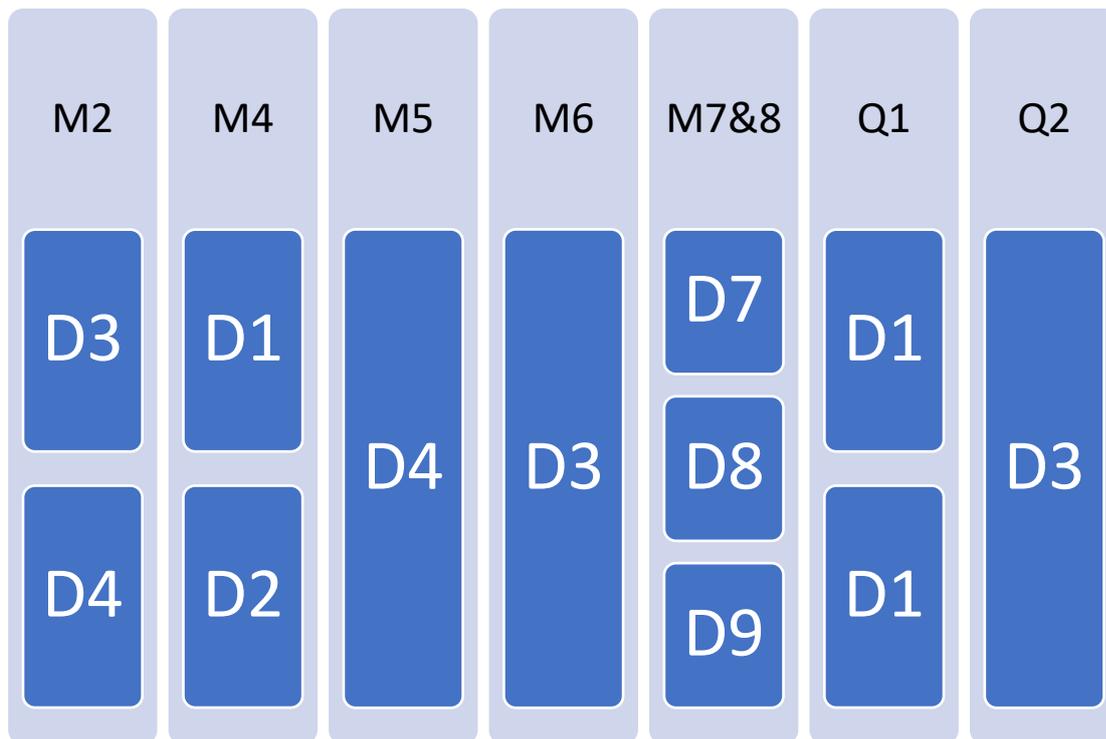
2.5. Convergent and Discriminant Validity Analysis

Convergent and discriminant validity were assessed using Pearson's correlation coefficient between items and scores, as well as between sections of the Brazilian version of the MATE and the ASI-6. The Brazilian version of the ASI6 (Kessler et al., 2012) incorporates scores across nine assessment domains that were used in correlation with the scores of the Brazilian version of the MATE:

- Alcohol(D1).
- Drugs (D2).
- Psychiatric comorbidity (D3).
- Medical problems (D4).
- Legal problems (D5).
- Employment situation (D6).
- Family/Children(D7).
- Family/Social support (D8).
- Family/Social problems (D9).

Expectations of convergent and discriminatory validities between the MATE modules and the ASI6 domains can be seen in the figure below.

Figure 1: Convergent validity projections



Subtitle: M= module from MATE; D: domain from ASI6

Regarding discriminant validity, D5 and D6 evaluate legal problems and employment situations individually, so a correlation with any module form MATE is not expected since these data are covered in M 7 & 8 alongside other variables.

3. Results

A total of 13 interviewers conducted the assessments, comprising 6 psychiatric residents, 3 psychiatrists, 2 psychologists, 1 pharmacist, and 1 occupational therapist. The interviewers received extensive training, which spanned approximately 16 hours over two days. This training encompassed a comprehensive review of the MATE application manual, addressing any questions or concerns, conducting face-to-face assessments with four subjects, and allowing for further clarification of doubts after each assessment. Additionally, all interviewers underwent online training for the application of the ASI6, followed by face-to-face assessments of four subjects. The interviews were conducted in offices at the CAPS AD III research center, typically reserved for consultations with healthcare professionals.

The study involved 239 subjects, who provided informed consent after receiving a detailed explanation of the research project. These subjects were receiving various modalities of treatment, with 65.4% being inpatients, 31.2% in outpatient follow-up, and 3.4% undergoing another form of follow-up during the interviews. However, 8 participants withdrew from the study during the interview process, resulting in a total of 231 subjects who completed both questionnaires. Data collection occurred between 11/01/2021 and 09/01/2022.

The transcription of questionnaire responses into Excel was carried out by the project's author. The data transcription process required approximately 5 minutes per MATE assessment and 8 minutes per ASI6 assessment. To ensure accuracy, all typed data were thoroughly reviewed, and any typing or transcription errors were corrected.

Regarding the epidemiological profile of the 231 participants (Table 1), the majority were male (79.2%), with a mean age of 42.4 years (SD=11.11). Marital status varied, with 49.4% never having been married. The participants had diverse racial backgrounds, with 37.2% identifying as white and 28.1% as black. In terms of education, 45.5% had completed primary education, while 7.4% had no education. Participants were distributed across two locations, São Bernardo do Campo (15.2%) and São Miguel Paulista (84.8%). Concerning the substance they considered their primary problem, 48.9% identified alcohol, 43.4% crack/cocaine, and smaller percentages related to other substances.

A significant portion of the sample (96.1%) had used some substance within the last 30 days (Table 2). Alcohol (73.2%), nicotine (63.6%), and cocaine (44.2%) were the most prevalent substances. Injection drug use was reported by 13% of participants, with only 0.9% currently engaged in injection drug use.

Regarding the duration of substance use over a lifetime, participants reported average durations for specific substances: Alcohol (18.20 years, SD=14.79), Nicotine (16.16 years, SD=15.52), Cannabis (7.06 years, SD=11.58), Crack (5.73 years, SD=9.58), Cocaine (9.55 years, SD=11.84), and the remaining substances had an average duration of less than one year.

The mean scores for the MATE modules were as follows: Module 2, which assesses Physical Comorbidity Characteristics, yielded a mean score of 1.05 (SD=0.95). For the Previous Psychiatric or Psychological Treatments sub-module, the mean score was 1.20 (SD=0.82), and

for Psychiatric Comorbidity Characteristics, the mean score was 1.76 (SD=1.63). Moving to Module 4, which focuses on Dependence, the mean score was 5.71 (SD=1.67), while the Abuse sub-module had a mean score of 2.49 (SD=1.07). The overall Severity of Addiction/Abuse within Module 4 had a mean score of 7.25 (SD=2.12). Module 5, centered on Physical Complaints, showed a mean score of 16.86 (SD=9.40). In Module 6, which examines Personality, the mean score was 4.67 (SD=1.71). Modules 7/8, collectively assessing Limitations, yielded several sub-module mean scores: Limitations – Total had a mean score of 30.84 (SD=17.84), Limitations – Basic had a mean score of 11.55 (SD=8.52), Limitations – Relationships had a mean score of 7.42 (SD=5.60), Care and Support had a mean score of 10.64 (SD=8.68), Positive External Influences had a mean score of 5.25 (SD=3.11), Negative External Influences had a mean score of 5.33 (SD=4.62), and the Need for Care had a mean score of 10.94 (SD=4.90). Module Q1, specifically targeting Crack use, exhibited a mean score of 11.71 (SD=5.93). Lastly, Module Q2, which assesses psychological well-being, had the following mean scores: Depression (24.04, SD=13.63), Anxiety (20.19, SD=10.83), Stress (21.85, SD=11.06), and the combined score for Depression, Anxiety, and Stress (66.26, SD=32.62).

Cronbach's alpha was used to assess the internal consistency of the MATE (Table 3), yielding the following results: Module 2 (0.66), Module 4 (0.80), Module 5 (0.84), Module 6 (0.80), Modules 7 and 8 (0.87), Module Q1 (0.88), Module Q2 (0.92). Convergent and discriminant validities were assessed using Pearson's correlation coefficient, revealing correlations between the domain of psychiatric comorbidity and all MATE modules, while domains such as legal problems and employment situation showed no correlation with any module (Table 4).

4. Discussion

Based on the obtained results, we can confidently assert that MATE-pt-BR demonstrates validity within the Brazilian population, featuring robust internal consistency as well as convergent and discriminant validities. The internal validity assessment, as indicated by Cronbach's Alphas, generally surpassed the 0.70 threshold, which is considered acceptable for internal consistency. However, modules 2 and 6 had slightly lower values of 0.66 and 0.45, respectively, which was anticipated due to the nature of the questions in these modules. Module 6, which delves into questions about personality, consists of the same 8 questions from the Structured Assessment of Personality Abbreviated Scale - SAPAS, which previously had a

Cronbach's alpha of 0.66 in a validation study (Muñoz-Negro et al., 2020), thus validating the expected results. Module 2 encompasses a heterogeneous range of topics, including physical and mental health and psychiatric treatments, which may explain the lower internal validity. It's worth noting that, based on the obtained results, Modules 2 and 6 should be administered and interpreted with caution.

The MATE demonstrated significant correlations among all its distinct sections, an expected outcome, as a similar study evaluating the psychometric properties of the Brazilian version of ASI6 also found correlations among its sections (Kessler et al., 2012).

Regarding discriminant validity, only the ASI6 domains Legal Problems and Employment Status did not exhibit significant correlations with the MATE modules. In contrast, the Psychiatric Comorbidity domain displayed significant correlations with all the MATE modules. This aligns with a prior study where this domain exhibited high correlations not only with the psychological domain of the Brazilian version of the WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) but also with the physical, social relations, and environmental domains of this scale (Fleck et al., 2000).

In Brazil, the current health policy emphasizes regionalized and community-based services, with CAPS playing a vital role in delivering comprehensive care for individuals with severe and persistent mental disorders. These services often lack comprehensive data collection from patients, resulting in limited epidemiological publications about patient profiles. Furthermore, patient characteristics assessed for administrative purposes typically rely on various forms, each produced differently in different locations, and these instruments are rarely systematic, comparable, or psychometrically valid. The adoption of a modular instrument like MATE could enable data exchange between services and facilitate comparisons with international services.

In SUD care, there's often debate and friction between primary healthcare centers (UBS) and CAPS-AD regarding patient treatment locations. An instrument like MATE, which assesses substance use while also evaluating patient functionality, with scores adaptable to location-specific needs, has the potential to alleviate such issues.

Some limitations are noted. First, the sample was drawn from individuals seeking treatment or already undergoing treatment for SUD at specific CAPS-AD, which may not fully represent the diversity of individuals with SUD in Brazil. Second, the study did not elaborate on measures taken to ensure inter-rater reliability. Third, the interviews, which lasted approximately 120 minutes, could have posed challenges for participants, potentially affecting the quality of responses or introducing fatigue-related biases.

In conclusion, the results of this study provide substantial support for the validity and reliability of MATE-pt-BR within the context of the Brazilian population. It exhibits robust internal consistency. While Modules 2 and 6 displayed slightly lower values, these outcomes were expected due to the nature of the questions within these modules. It also demonstrated significant correlations among its various sections, aligning with expectations and indicating coherent relationships between its components. This underscores the instrument's ability to assess different facets of SUD effectively. By providing a comprehensive assessment of substance use while considering patients' functionality, the MATE-pt-BR can contribute to more informed and targeted treatment decisions, particularly within the evolving landscape of regionalized and community-based services, such as the CAPS-AD in Brazil. MATE-pt-BR emerges as a valuable tool for assessing SUD and related functional impairments in the Brazilian context. Further research and application of the MATE-pt-BR in diverse clinical settings and populations could provide deeper insights into its effectiveness and broaden its utility in SUD care.

5. References

Alves, P., Sales, C., & Ashworth, M. (2017). Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 299-308.

Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997;314(7080):572.

Buchholz, A., Spies, M., & Bruett, A. L. (2015). ICF-based Assessments to Evaluate Need and Success in the Treatment of Patients With Mental Disorders-A Systematic Review. *Die Rehabilitation*, 54(3), 153-159.

Castaldelli-Maia, J. M., da Silva, N. R., Campos, M. R., Moura, H. F., Zabert, G., Champagne, B. M., et al. (2017). Implementing evidence-based smoking cessation treatment in psychosocial care units (CAPS) in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 669-673.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-83.

Fonseca, A. M., Galduroz, J. C., Noto, A. R., Carlini, E. L. (2010). Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), 663-70.

Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., et al. (2012). Psychometric properties of Brazil's sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 24-33.

Madden RH, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil*. 2019 Jun;41(12):1450-1462. doi: 10.1080/09638288.2018.1431812. Epub 2018 Feb 12. PMID: 29433362.

Miranda, L., & Campos, R. T. (2008). Analysis of reference work in Psychosocial Care Centers. *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 907-13.

Muñoz-Negro, J., Passalacqua, R., Alonso, N., Cervilla, J. (2020). Validity and reliability of a Spanish version of the Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) for personality disorder screening in community mental health settings. *The European Journal of Psychiatry*. 34(4):189-194.

Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2016;387(10028):1672–1685.

Pereira, M.G. (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Quinderé, P. H. D., & To'foli, L. F. (2007). Análise do Perfil Epidemiológico dos clientes do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Sobral-CE. *Sanare*, 6(2), 62–6.

Rutten, R.J.T., Broekman, T., van den Brink, W., & Schippers, G.M. (2017). Differentiating Treatment-Seeking Substance-Use Disordered Patients: Support for a Staging Model. *SUCHT*, 63(5), 289–296.

Rutten, R.J.T., Broekman, T.G. & Schippers, G.M. (2019). Prediction of care consumption in addiction care; better with MATE intake-instrument than with DSM scores, but insufficient to base funding on. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 61(1), 41-47.

Santana, R. T., Miralles, N. C. W., Alves, J. F., Santos, V. Ávila dos, Vinholes, U., & Silveira, D. S. da. (2020). Perfil dos usuários de CAPS-AD III/ Profile of users of a psychosocial Care Center. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 1343–1357. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-103>

Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W., & Van Den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction*, *105*(5), 862-871.

Selb, M., Kohler, F., Nicol, M. M. R., Riberto, M., Stucki, G., Kennedy, C., & Üstün, B. (2015). ICD-11: A Comprehensive Picture of Health, an Update on the ICD–ICF Joint Use Initiative. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *47*(1), 2-8.

Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2002). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, *24*, 281-282.

Table 1: Epidemiological profile of respondents (n=231)

		n	%
Gender	Male	183	79,2
	Female	47	20,3
	Not Declared	1	0,4
Marital Status	Married	27	11,7
	Cohabited	22	9,5
	Widower	9	3,9
	Divorced	27	11,7
	Separate	32	13,9
	Never married	114	49,4
Race/Color	Black	65	28,1
	White	86	37,2
	Yellow/Oriental	3	1,3
	Brown	73	31,6
	Indigenous	3	1,3
	Not Declared	1	0,4
Education	Elementary School	105	45,5
	High school	98	42,4
	University education	11	4,8
	No schooling	17	7,4

Table 2: Substance use in the last 30 days, with a prevalence of use greater than 5% (n = 231)

		n	%	Average days of use (SD)
Alcohol	Use	169	73,2	15,26 (12,63)
	Did not use	62	26,8	
Crack	Use	66	28,1	5,26(10,33)
	Did not use	165	71,9	
Cocaine	Use	102	44,2	7,11(11,51)
	Did not use	129	55,8	
Nicotine	Use	147	63,6	18,20(14,38)
	Did not use	84	36,4	
Cannabis	Use	70	30,3	5,51(10,66)
	Did not use	161	69,7	
Sedatives	Use	20	8,7	1,90(6,99)
	Did not use	211	91,3	
Inhalants	Use	14	6,1	N.A.
	Did not use	217	93,9	

Table 3: Internal consistency of MATE and its correlation between modules.

	Cronbach's Alpha	Module 4	Module 2	Module 5	Module 6	Module 7 & 8	Module Q1	Module Q2
Module 4	0,80	1.0						
Module 2	0,66	0,35*	1.0					
Module 5	0,84	0,27*	0,51*	1.0				
Module 6	0,45	0,14*	0,33*	0,29*	1.0			
Module 7 & 8	0,87	0,39*	0,43*	0,41*	0,30*	1.0		
Module Q1	0,88	0,57*	0,41*	0,46*	0,25*	0,56*	1.0	
Module Q2	0,92	0,35*	0,53*	0,59*	0,46*	0,53*	0,56*	1.0

*p<0,05.

Table 4: Correlation between MATE Modules and ASI-6 Domains

	Alcohol	Drugs	Psychiatric comorbidity	Medical problems	Legal problems	Employment situation	Family/Children	Family/Social support	Family/Social problems
Module 2	0,17*	0,27*	0,46*	0,36*	0,08	-0,02	0,19*	-0,10	0,20*
Module 4	0,17*	0,22*	0,23*	0,02	0,10	-0,06	0,13*	-0,03	0,21*
Module 5	0,15*	0,28*	0,45*	0,45*	0,03	0,00	0,09	-0,11	0,12
Module 6	0,04	0,07	0,36*	0,28*	0,03	-0,08	0,05	-0,15*	0,22*
Module 7 & 8	0,13*	0,31*	0,47*	0,17*	0,11	-0,07	0,11	-0,14*	0,29*
Module Q1	0,17*	0,23*	0,32*	0,20*	0,09	0,02	0,13*	-0,07	0,27*
Module Q2	0,07	0,22*	0,51*	0,28*	0,05	-0,05	0,09	-0,04	0,24*

*p<0,05