

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JOSÉLIA BENEDITA CARNEIRO DOMINGOS

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE COCAÍNA E/OU CRACK EM
CLIENTES DE UM CAPSad**

RIBEIRÃO PRETO
2012

JOSÉLIA BENEDITA CARNEIRO DOMINGOS

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE COCAÍNA E/OU CRACK EM
CLIENTES DE UM CAPSad**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para a obtenção do título de Doutor em Ciências,
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e
Drogas

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO
2012

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DOMINGOS, JOSELIA BENEDITA CARNEIRO

FATORES RELACIONADOS AO USO DE COCAÍNA
E/OU CRACK EM CLIENTES DE UM CAPSad. Ribeirão
Preto, 2012.

167 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon

1. cocaína. 2. cocaína crack. 3.fissura (craving).

DOMINGOS, Josélia Benedita Carneiro

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE COCAÍNA E/OU CRACK EM
CLIENTES DE UM CAPSad**

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para a obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e
Drogas.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS, por me dado força para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesses caminhos!

A minha Família por estar presente e apoiar minhas escolhas e decisões.

Ao meu esposo Ricardo por me apoiar e me incentivar nos momentos de exaustão e crise. Além de amigo e companheiro, meu eterno amor.

A minha Orientadora Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon pela atenção, dedicação, incentivo e apoio no estudo. Obrigada pela paciência, amizade e confiança nesse momento tão importante para minha vida.

"A glória da amizade não é a mão estendida, nem o sorriso carinhoso, nem mesmo a delícia da companhia. É a inspiração espiritual que vem quando você descobre que alguém acredita e confia em você" (Érico Veríssimo).

Aos Clientes do CAPSad de Ribeirão Preto, SP.

Mesmo que o tempo e a distância diga "não". Mesmo esquecendo a canção. O que importa é ouvir. A voz que vem do coração (Milton Nascimento)

Aos pastores da Comunidade Cristã de Ribeirão Preto, SP (Djalma e Iolanda) e irmãos em especial Glaucia Berenice e família.

"Tudo está feito. Eu sou o Alfa e o Ômega, o princípio e o fim" (Apocalipse 21, v.6).

Aos colegas do CAPSad de Ribeirão Preto por me acolher e colaborar com suas experiências do dia a dia. Natália (Enfermeira e colega muito especial de estudo), Inês (Enfermeira), Adriana (Assistente Social), Gisela Pires (Psicóloga), Gisela Amorim (Terapeuta Ocupacional), Cristina Taveira (Terapeuta Ocupacional), Élber (psicólogo), Júlio (Educador Físico), Claudinéia (Assistente Social); Cidinha (Auxiliar de Enfermagem), Adilson (Auxiliar de Enfermagem), Cristina, Isabel e Cleonice (Recepcionistas).

A amizade é uma virtude que muitos sabem que existe, alguns descobrem, mas poucos reconhecem (Érico Veríssimo).

Aos professores Dr. Jair Lício Ferreira Santos e Dr. Erickson Furtado, pelas valiosas contribuições e sugestões no exame de qualificação.

"Um dia de chuva é tão belo como um dia de sol. Ambos existem; cada um como é" (Fernando Pessoa).

Soneto do amigo

Enfim, depois de tanto erro passado
Tantas retaliações, tanto perigo
Eis que ressurgue noutro o velho amigo
Nunca perdido, sempre reencontrado.

É bom sentá-lo novamente ao lado
Com olhos que contêm o olhar antigo
Sempre comigo um pouco atribulado
E como sempre singular comigo.

Um bicho igual a mim, simples e humano
Sabendo se mover e comover
E a disfarçar com o meu próprio engano.

O amigo: um ser que a vida não explica
Que só se vai ao ver outro nascer
E o espelho de minha alma multiplica...

Vinicius de Moraes

RESUMO

DOMINGOS, J. B. C. **Fatores associados ao uso de cocaína e/ou crack em clientes de um CAPSad.** 167f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

O estudo teve por objetivo avaliar o uso de cocaína e/ou de crack e suas possíveis relações com os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Trata-se de um estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no CAPSad de Ribeirão Preto, SP, por meio de uma amostra de conveniência composta por 95 clientes do serviço, sendo 42 (44,2%) usuários de cocaína e 53 (55,8%) de crack. Os instrumentos de coleta de dados foram: Informações sociodemográficas, Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B), *Severity Alcohol Dependence Data* (SADD), Inventário das Consequências do Beber (DrInC) e o *Addiction Severity Index* (ASI6). A análise de dados foi realizada empregando-se os testes *t de Student*, para amostras independentes, o de correlação de Pearson e *Spearman*. A amostra foi composta predominantemente por usuários do sexo masculino, adultos, solteiros, cor branca, com baixo nível de escolaridade, religião católica e trabalhos informais, sem diferença entre os grupos. Não houve diferenças entre usuários de cocaína e de crack para droga de maior uso, idade do primeiro uso, tempo, em anos e dias, de consumo da droga, uso de álcool no padrão *binge* (na vida), níveis de gravidade da dependência do álcool e da fissura. Os usuários de crack apresentaram maiores níveis de severidade da dependência da droga, avaliada tanto segundo a escala SDS quanto do ASI6. O uso de drogas e o suporte familiar e social constituíram as áreas mais prejudicadas entre esses usuários ($p \leq 0,005$). Correlações entre os escores das áreas: uso de drogas ($r=0,33$, $p < 0,000$), psiquiátrica ($r=0,27$, $p < 0,007$), legal/justiça ($r=0,23$, $p < 0,024$), suporte familiar/social do ASI e os escores do SDS foram baixas e estatisticamente significativas. Encontrou-se ainda uma correlação negativa entre as áreas do ASI-6: uso de drogas ($r=-0,36$, $p < 0,000$), uso de álcool ($r=-0,29$, $p < 0,003$), legal/justiça ($r=-0,23$, $p < 0,024$), e, positiva, entre a área família ($r=0,24$, $p < 0,005$) e o nível de gravidade da fissura. A escala DrInC correlacionou apenas com a área uso do álcool (ASI6). Correlações também foram identificadas entre a maioria das áreas do ASI6; no entanto, foram exceções as áreas família e emprego/financeira. A idade correlacionou com as áreas, uso de drogas ($r=-0,25$, $p < 0,014$), legal/justiça ($r=-0,21$, $p < 0,04$) de forma negativa; e, positiva entre com a área médica do ASI6 ($r=0,43$, $p < 0,000$). As consequências do beber não se diferenciaram entre os usuários de cocaína e crack. Houve uma correlação positiva entre o escore total do ASI, a SDS e do DrInC, mas contrariamente aos escores do CCQ-B total. A idade correlacionou com as consequências do beber (DrInC) e com os níveis de gravidade da dependência do álcool (SADD). Pode-se concluir que a relação entre o uso de cocaína e/ou crack e os aspectos biológicos, psicológicos e sociais são complexas e multidimensionais. Assim, avaliar as peculiaridades relacionadas ao uso de cocaína e crack possibilitou identificar elementos cruciais nos aspectos de saúde e sociais que podem contribuir, de maneira mais apropriada, no norteamo e planejamento da assistência com qualidade a essa população.

Descritores: Cocaína; Cocaína Crack; fissura (*craving*)

ABSTRACT

DOMINGOS, J. B. C. **Factors associated with cocaine and/or crack use in clients at a CAPSad.** 167p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2012.

The aim in this study was to evaluate cocaine and/or crack use and its possible relations with biological, psychological and social aspects. A cross-sectional study with a quantitative approach was undertaken. The research was developed at the CAPSad in Ribeirão Preto, SP, Brazil, using a convenience sample of 95 service clients, 42 (44.2%) of whom were cocaine users and 53 (55.8%) crack users. The data collection instruments were: Sociodemographic information, Severity of Dependence Scale (SDS), Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B), Severity Alcohol Dependence Data (SADD), Drinker Inventory of Consequences (DrInC) and the Addiction Severity Index (ASI-6). For data analysis, Student's t-test was used, and Pearson and Spearman's correlation test for independent samples. The sample predominantly included male, adult, white users with low education levels, Catholic and active in informal work, without any difference between the groups. No differences were found between cocaine and crack users with regard to the most used drug, age of first use, duration of drug consumption, in years and days, binge drinking (in life), severity levels of alcohol dependence and craving. Crack users showed higher severity levels of drug dependence, assessed according to the SDS and ASI6. Drugs use and family and social support were the most impaired areas among these users ($p \leq .005$). Correlations between area scores: drugs use ($r=0.33$, $p < .000$), psychiatric ($r=0.27$, $p < .007$), legal/justice ($r=0.23$, $p < .024$), family/social support on the ASI and SDS scores were low and statistically significant. In addition, a negative correlation was found between ASI-6 areas: drugs use ($r=-.36$, $p < .000$), alcohol use ($r=-0.29$, $p < .003$), legal/justice ($r=-.23$, $p < .024$), and a positive correlation between the family area ($r=0.24$, $p < .005$) and the severity level of the craving. The DrInC scale was only correlated with the alcohol use area (ASI-6). Correlations were also identified among most ASI-6 areas; exceptions were the family and employment/financial areas. Age was negatively correlated with drugs use ($r=-0.25$, $p < .014$), legal/justice ($r=-0.21$, $p < .04$), and positively with the medical area of the ASI-6 ($r=0.43$, $p < .000$). No distinctions in drinking consequences were found between cocaine and crack users. A positive correlation was found between total ASI score, SDS and DrInC, but opposed to total CCQ-B scores. Age was correlated with drinking consequences (DrInC) and with alcohol dependence severity levels (SADD). In conclusion, the relation between cocaine and/or crack use and biological, psychological and social aspects are complex and multidimensional. Therefore, assessing the peculiarities of cocaine and crack use permitted the identification of crucial elements in health and social aspects, which can contribute more appropriately to guide and plan quality care to this population.

Descriptors: Cocaine; Crack; Craving

Resumen

DOMINGOS, J. B. C. **Factores asociados al uso de cocaína y/o crack en clientes de un Capsad.** 2112.167f. (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El estudio tuvo por objetivo evaluar el uso de cocaína/crack y las posibles interrelaciones con los factores biológicos, psicológicos y sociales. Se trata de un estudio transversal, con enfoque cuantitativo. El estudio se realizó en el CAPSad de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Por medio de una muestra de conveniencia con 95 clientes del servicio, 42 (44,2%) usuarios de cocaína y 53 (55,8%) de crack. Los instrumentos de recolección de datos fueron: Informaciones sociodemográficas, Escala de Severidad de la Adicción de Drogas (SDS), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B), *Severity Alcohol Dependence Data* (SADD), *Inventario de las consecuencias del Beber* (DrInc) y el *Addiction Severity Index* (ASI6). En el análisis de datos se realizó la prueba *t-Student* para muestras independientes, la correlación de Pearson y de Spearman. La muestra estuvo compuesta principalmente por hombres, adultos, solteros, blanco, con bajo nivel educativo, religión católica y empleo informal, sin diferencias entre los grupos. No hubo diferencias entre los usuarios de cocaína y crack para la droga de mayor uso, la edad de inicio del consumo, el tiempo en años y días del uso de drogas, consumo de alcohol en el patrón *binge* (en la vida), en los niveles de severidad de la dependencia del alcohol y de la fisura. Los consumidores de *crack* presentaron mayores niveles de severidad de la dependencia de drogas, evaluada tanto en la escala SDS, como en la ASI-6. El consumo de drogas y el apoyo familiar/social fueron las áreas más afectadas en los usuarios de *crack* ($p < .005$). Las correlaciones entre las correlaciones de las áreas: uso de drogas ($r = 0.33$, $p < .000$), psiquiátrica ($r = 0.27$, $p < .007$), legal/justicia ($r = 0.23$, $p < .024$), apoyo familiar/social de ASI-6 y SDS fueron bajas y estadísticamente significativa. También se encontró correlación negativa entre las áreas: uso de drogas ($r = -.36$, $p < .000$), consumo de alcohol ($r = -0.29$, $p < .003$), legal/justicia ($r = -0.23$, $p < .024$), y positiva en la área familia ($r = 0,24$, $p < .005$) y el nivel de gravedad de la fisura. La escala DrInc correlaciono solamente con el área uso de alcohol (ASI-6). Las correlaciones también fueron identificadas entre la mayoría de las áreas de la ASI-6, sin embargo, las excepciones fueron las áreas familia y empleo/financiera. Las áreas - uso de drogas ($r = -0.25$, $p < .014$), legal / justicia ($r = -0.21$, $p < .040$) correlación negativamente con la edad. Y correlación positiva entre edad y e la área médica del ASI ($r = 0.43$, $p < .000$). Las consecuencias del consumo de alcohol no fueron diferentes entre los consumidores de cocaína y crack. También hubo una correlación positiva entre la puntuación total de la ASI, el SDS y DrInc, pero a diferencia de las puntuaciones del total de CCQ-B. La escala DrInc correlacionado con la edad y con la SADD. Se concluyó que la relación entre el uso de cocaína/ crack y los factores biológicos, psicológicos y sociales son complejos y multidimensionales. Por lo tanto, la evaluación de las peculiaridades relacionadas con el uso de la cocaína y crack permitió identificar elementos importantes sanitarios y sociales que pueden contribuir de manera más adecuadamente en la planificación y orientación de la calidad de atención a esta población.

Descriptor: Cocaína; Cocaina Crack; fissura (*craving*)

Lista de Quadros

Quadro 1. Início, intensidade e duração dos efeitos do consumo da cocaína e a via de administração.....	24
Quadro 2. Critérios diagnósticos para intoxicação pelo uso de cocaína.....	30
Quadro 3. Critérios de diagnóstico, segundo a CID-10 e o DSM-IV, para uso nocivo (abuso) de substâncias.....	31
Quadro 4. Critérios diagnósticos, segundo a CID-10 e o DSM-IV, para a dependência de substâncias.....	33
Quadro 5. Critérios da CID-10 e do DSM-IV para a síndrome de abstinência de cocaína.....	35
Quadro 6. Principais complicações relacionadas ao consumo de cocaína e à via de administração.....	41

Lista de Tabelas

Tabela 1. Informações sociodemográficas.....	79
Tabela 2. Participação em tratamentos para dependência de drogas.....	80
Tabela 3. Encaminhamentos para o tratamento do uso de drogas.....	80
Tabela 4. Doenças clínicas.....	81
Tabela 5. Drogas de maior consumo.....	82
Tabela 6. Média e Desvio-padrão da idade e do primeiro uso de álcool, maconha e cocaína (inalada ou fumada).....	82
Tabela 7. Média e Desvio padrão do tempo de uso de cocaína/ <i>crack</i>	83
Tabela 8. Uso de álcool na vida (em anos), no padrão <i>binge</i>	83
Tabela 9. Níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool (SADD)	84
Tabela 10. Média e Desvio Padrão dos escores totais da SDS.....	84
Tabela 11. Média e Desvio padrão do CCB-Q e seus componentes.....	85
Tabela 12. Média e Desvio padrão da pontuação total do ASI-6.....	86
Tabela 13. Média e Desvio padrão da pontuação dos Domínios do ASI-6.....	85
Tabela 14. Correlação entre os domínios do ASI e os escores totais das escalas SDS, CCQ-B, DrInC, ASI, SADD e a Idade.....	87
Tabela 15. Consequências do beber (DrInC).....	88
Tabela 16. Correlação entre os escores totais das escalas SDS, CCQ-B, DrInC, ASI, SADD e Idade.....	89

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
Parte 1	Fatores associados ao uso da cocaína/ <i>crack</i>	23
1.1	Ação Neuroquímica da Cocaína.....	23
1.2	Tempo de ação e vias de uso.....	24
1.3	Síndrome de Dependência da Cocaína.....	26
1.4	Intoxicação, Uso Nocivo, Dependência, CID-10 DSM-IV.....	29
1.5	Fissura (<i>craving</i>) da cocaína e/ou <i>crack</i>	37
Parte 2	Fatores Associados aos Aspectos Biológicos, Psicológicos e Sociais.....	39
2.1	Complicações Clínicas.....	39
2.2	Complicações Pulmonares.....	43
2.3	Complicações no SNC.....	44
2.4	Complicações Renais.....	45
2.5	Doenças Infecciosas.....	45
2.6	Aspectos psiquiátricos.....	47
2.7	Aspectos Sociais.....	48
2.8	Aspectos Familiares.....	48
2.9	Aspectos relacionados ao Emprego e Financeiro.....	51
2.10	Aspectos relacionados à violência e homicídios.....	51
2.11	Aspectos Legal / Justiça.....	56
2.12	Aspectos relacionados ao uso de álcool.....	57
3.0	JUSTIFICATIVA.....	61
4.0	OBJETIVOS.....	63
5.0	HIPÓTESES.....	65
6.0	MATERIAL E MÉTODO.....	67
6.1	Desenho Metodológico.....	68
6.2	Local.....	68
6.3	Amostra.....	68
6.4	Critério de Inclusão.....	69
6.5	Critério de Exclusão.....	69
6.6	Procedimentos.....	69
6.6.1	Recrutamento.....	69
6.6.2	Coleta de dados.....	69
6.7	Instrumentos de coleta de dados.....	70
6.7.1	Informações Sociodemográficas.....	70
6.7.2	Escala Severidade da Dependência de Drogas (SDS).....	70
6.7.3	<i>Cocaine Craving Questionnaire - Brief (CCQ-B)</i>	71
6.7.4	Inventário das Consequências do Beber (DrInC).....	72
6.7.5	<i>Short Alcohol Dependence Data (SADD)</i>	73
6.7.6	The Addiction Severity Index (ASI-6).....	74
6.8	Aspectos Éticos.....	75
6.9	Análise Estatística.....	76
7.0	RESULTADOS.....	78
8.0	DISCUSSÃO.....	90
9.0	CONCLUSÃO.....	111
	REFERÊNCIAS.....	114
	APENDICE.....	141
APENDICE- A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	142
APENDICE- B	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS).....	143
ANEXO – A	Instrumentos do coleta de dados.....	148
ANEXO – B	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	164
ANEXO - C	Carta ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.....	165

Introdução

I. Introdução

A utilização de drogas psicoativas é tão antiga quanto a história da própria civilização. A cocaína é consumida há mais de cinco mil anos (MUSTO, 1991; ESCHOHATO, 1997; DUAILIBI, 2010). A planta da qual a substância é extraída é originária de países andinos, utilizada por civilizações pré-incaicas, florescidas no século X a.C. (ESCOHOTADO, 1997; JOHANSON; FISCHMAN, 1989; DUAILIBI, 2010).

Nos primórdios da história, a cocaína foi associada aos mistérios sagrados da fertilidade, da sobrevivência e da morte, assim como de práticas curativas. O nome coca deriva da palavra aimará, “khoka”, cujo significado é “a árvore” (KARCH, 1989 *apud* FERREIRA; MARTINI, 2001).

Para os incas, a planta era sagrada, um presente do Deus Sol (Inti), relacionada à lenda de Manco Capac, o filho do sol, que desceu do céu sobre as águas do lago Titicaca para ensinar aos homens as artes, a agricultura e para presentear-lhes com a coca (HERNANDEZ; SANCHEZ, 1999 *apud* FERREIRA; MARTINI, 2001).

O hábito secular de mascar folhas de coca entre a população nativa visava seu uso em rituais religiosos e também era praticado para amenizar os efeitos da altitude, da fadiga e da fome (MUSTO, 1991; COURTWRIGHT, 2002). As baixas concentrações da substância nas folhas tornavam improváveis as chances de dependência entre os usuários. Assim, os nativos a usavam *in natura*, sem extrair seu princípio ativo, uma vez que esse processo era desconhecido (JOHANSON; FISCHMAN, 1989; DUAILIBI, 2010).

A folha da coca foi levada para a Europa logo nos primeiros anos da colonização espanhola por Américo Vespúcio (1499), Fernandez de O viedo (1535) e Nicholas Monardes (1565) (KARCH, 1999, FERREIRA; MARTINI, 2001; DUAILIBI, 2010).

Os primeiros relatos europeus sobre esse vegetal são de autoria de Américo Vespúcio, publicados em 1507, nos quais ele descreve a prática de mascá-lo. Os hispânicos não reconheceram o valor cultural da planta para a população nativa quando proibiram seu uso em 1551, taxando-a como “planta enviada pelo demônio para destruir os nativos”. A proibição não durou muito tempo, pois os espanhóis perceberam que os índios não conseguiam fazer o

trabalho pesado sem o uso de coca. No final do século XVI, a coca foi introduzida na Espanha por conquistadores para fins medicinais e como suposto afrodisíaco, porém seu uso não se difundiu nessa época (MUSTO, 1991; FERREIRA; MARTINI, 2001).

Desde os primeiros contatos entre os nativos das populações pré-colombianas e os invasores espanhóis, o uso da cocaína tem passado por constantes reformulações quanto ao seu papel social (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

No entanto, o uso da folha de coca não obteve popularidade nesse continente até o século XIX, provavelmente em virtude da deterioração da planta durante o transporte, permanecendo como um costume indígena exclusivo (GRINSPOON; BAKAKAR, 1985; JOHANSON; FISCHMAN, 1989; MUSTO, 1991; DUAILIBI, 2010).

O interesse pelas propriedades farmacológicas descobertas pelos europeus em relação à folha de coca surgiu na virada do século XIX, quando nobres botânicos, farmacologistas e médicos da primeira metade do século atribuíram-lhe designações tais como “tesouro da matéria médica”, “saudável e condutora da longevidade”, evocadora da potência do organismo, sem sinalizar para qualquer conseqüente debilidade (ESCOHOTADO, 1997; DUAILIBI, 2010).

Antagonistas da euforia causada pela descoberta da substância já eram encontrados nessa época, os quais comparavam a coca ao ópio e alertavam sobre o potencial uso abusivo da mesma (GRINSPOON; BAKAKAR, 1985; ESCOHOTADO, 1997; DUAILIBI, 2010).

A cocaína é uma droga relativamente recente no âmbito das substâncias de origem vegetal. Em 1855, o químico alemão Friedrich Gaedcke conseguiu o extrato das folhas de coca, o *erythroxyline*. No entanto, o interesse surgiu em 1859, quando o estudante de pós-graduação em química, o alemão Albert Neimann, descreveu, em sua dissertação, o isolamento da cocaína (o princípio ativo das folhas de coca), empregando álcool, ácido sulfúrico, bicarbonato de sódio e éter; purificou o alcaloide encontrado por Gaedcke, o que tornou a substância um produto global (JOHANSON; FISCHMAN, 1989; FERREIRA; MARTINI, 2001; COURTWRIGHT, 2002).

A cocaína ou benzoilmetilecgonina é um alcaloide branco, inodoro e cristalino, extraído de folhas da planta chamada *Erythoxylum coca*, nativa e cultivada nos países do Altiplano Andino da América do Sul, principalmente Bolívia, Colômbia e Peru (RIBEIRO; LARANJEIRA; DUNN, 1998; DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; DUALIBI, 2010).

Considerada a droga mais interessante e intrigante da história na Medicina, abriu fronteiras na Ciência, inspirou artistas e simbolizou comportamentos (DUALIBI, 2010). A promissora substância converteu-se, nesse ínterim, em um complexo problema que se espalhou do campo médico para a Política, Direito, Sociologia, Antropologia, dentre outros (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA; 2008).

Transformada em questão de saúde pública na maioria das nações ocidentais, apesar de sua prevalência ser pequena quando comparada ao álcool (BUCHER, 1992), é geradora de estatísticas preocupantes em vários países (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; DUALIBI, 2010; UNODC, 2012; LARANJEIRA et al., 2012).

A partir de sua purificação, o uso de cocaína tornou-se mais fácil e amplamente utilizada; são vários os autores que, ao final do século, ressaltaram uma série de seus efeitos benéficos (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Em 1863, Ângelo Mariani, químico ítalo-francês, desenvolveu uma bebida tônica composta por vinho de Bordeaux e extrato de folhas de coca, comercializada, na época, com o nome de Vin Mariani (CHASIN; LIMA, 2008).

Karl Koller, em 1884, descobriu que o olho humano permanecia insensível à dor com o uso de cocaína, o que representou o primeiro passo para a anestesia local nas cirurgias oftálmicas (FERREIRA; MARTINI, 2001; DUALIBI, 2010).

No ano de 1885 a cocaína foi incorporada ao refrigerante Coca-Cola, porém banida em 1914 (CHASIN; LIMA, 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; DUALIBI, 2010). Freud, em 1889, já experimentou pessoalmente, descrevendo-a como uma “droga mágica”, com grande repercussão posterior na área da psicanálise (DUALIBI, 2010).

Em 1902, Willstatt (prêmio Nobel) produziu cocaína sintética em laboratório. Sob a forma de cloridrato de cocaína, a substância consiste em um pó branco cristalino (FERREIRA; MARTINI, 2001).

A droga tornou-se tão popular nos Estados Unidos da América (EUA) que, em 1909, havia aproximadamente 70 tipos de bebidas que continham cocaína em sua fórmula (ESCOHOTADO, 1997).

Com seu uso mais difundido no começo do século, em virtude da ausência de leis ou regulamentação que limitassem sua venda ou consumo, a cocaína passou a ser encontrada em farmácias, mercearias e bares, de modo que as complicações como episódios de toxicidade, tolerância e dependência e até mesmo morte pelo seu uso passaram a ser descritas na literatura médica no início dos anos de 1920 (BAILEY, 1996; FERREIRA; MARTINI, 2001).

Baseando-se nos índices de morbi-mortalidade e em uma série de preocupações sociais relacionadas ao seu consumo, vários países, inclusive os Estados Unidos da América (EUA), aprovaram uma série de leis proibindo seu uso. Progressivamente, o uso e a preocupação social foram diminuindo até quase desaparecer no início do século XX (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996), com exceção dos países andinos, onde a substância continuava sendo usada. Seu reaparecimento ocorreu a partir de 1960, notando-se maior consumo entre pessoas de classes sociais mais altas.

Nas décadas seguintes pensava-se que a cocaína era uma droga segura e usada somente por uma minoria. Um estimulante que promovia um melhor convívio social e, por isso, era consumido como a “droga das festas”, ou seja, a droga de escolha para uso “recreacional”, sem risco de desenvolver dependência (GAWIN; KHALSA; ELLINWOOD, 1994; DUAILIBI, 2010). Além disso, as pessoas a usavam inicialmente para reduzir a inibição social e promover melhor convívio (FIGLIE; BOLDIN; LARANJEIRA, 2004).

O consumo de cocaína inalada era praticamente desconhecido antes de 1970 (NEGRETE, 1992). Nesse período, o hábito de fumar a pasta de folhas de coca começou a se popularizar, havendo progressivo aumento ao longo da década, tanto em países produtores como consumidores (MORGAN et al., 1997).

Na década de 1980, ocorreram expansão e mudanças no consumo em decorrência de vários motivos, entre eles aumento da oferta e distribuição no

mercado de diversos países (de uma forma bem organizada, por cartéis de traficantes sul-americanos), a redução do custo da droga e a diversificação nas vias de administração. Além de aspirada, passou a ser usada injetada e fumada (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; BAILEY, 1996; LARANJEIRA; JUNGEMAN; DUNN, 1998; DUAILIBI, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Um século após a descoberta da cocaína como agente anestésico por Karl Koller, surge o *crack*, em 1985, nas Bahamas, como uma nova forma (fumada) do uso da cocaína. Assim, o mundo testemunha uma nova fase da história da cocaína, pelo menos em relação ao potencial de toxicidade (FERREIRA; MARTINI, 2001).

O *crack* caracteriza-se por ser uma substância química não encontrada de forma pura na natureza, mas sua origem tem estreita relação com a produção da cocaína, principalmente a partir do abuso dessa droga (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; OGA; CARVALHO; BATISTUZZO, 2008). Uma droga que vem a ser uma modificação da cocaína, consumida de forma fumada ou inalada, com objetivo de produzir efeitos mais rápidos e intensos (ELLENHORN et al., 1997; LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; DUAILIBI, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

As pedras de *crack* são compostas por cristais de cocaína pura, preparadas após dissolução do alcaloide em solução alcalina, alterando, dessa forma, suas propriedades químicas e conferindo alto poder de dependência.

O termo *crack* é usado para descrever a forma de cocaína-base, convertida a partir do cloridrato de cocaína (forma alcalinizada); essa conversão pode ocorrer por dois caminhos: pela dissolução do cloridrato de cocaína em água, adicionando-se à solução de bicarbonato de sódio ou amoníaco, ou a partir do cloridrato de cocaína, com dissolução de sal em água. O bicarbonato sódico ou amoníaco é adicionado à mistura e agitado, seguido da inclusão de éter (BONO, 1998; LARANJEIRA; RIBEIRO, 2010).

Trata-se de uma substância que pode ser fumada de várias maneiras: em cachimbo de água produzido artesanalmente, em copos plásticos e água, sob forma de cigarro e/ou associado com tabaco ou maconha (mesclado), entre outros utensílios. Em virtude dos altos custos e dificuldades de portabilidade dos cachimbos, os usuários brasileiros desenvolveram um modo de fumar por meio do uso de latas de alumínio furadas, com auxílio de cinzas

de cigarro, o que resulta no aumento da combustão (DOMANICO, 2006; KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Os cristais, quando fumados em cachimbos, estalam (*cracking*) quando expostos ao fogo; daí o nome *crack* (ELLENHORN et al., 1997; DOMANICO, 2006).

A ação dessa substância no organismo está relacionada ao aumento do neurotransmissor dopamina nas terminações nervosas, apresentando, como principal característica, potente efeito recompensador de curta duração (5 a 10 minutos). Os efeitos do uso provocam um quadro de euforia com intensidade de grande magnitude e curta duração, seguido pelo intenso desejo do uso, também conhecido como fissura, ou, em inglês, *craving*, bem como pelo desejo de uma nova dose (OSAP, 1991; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; LARANJEIRA; RIBEIRO, 2010). Resultante da estimulação por repetidas doses, após o uso experimental que se deflagra condicionando ao uso intenso, compulsivo ou disfuncional, o *crack* passa a desempenhar o papel central na vida do usuário, adquirindo prioridade em detrimento de comportamentos anteriores de grande importância, sejam relegados (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Historicamente, o aparecimento do *crack* ocorreu na década de 1980, nos bairros mais pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami, nos EUA (REINARMAN, LEVINE, 1997); na Europa, surge na década de 1990, de modo peculiar, com o crescimento do seu consumo e vias de uso (HAMID, 1991a).

Ribeiro e Laranjeira (2010) descrevem que, no Brasil, há poucos estudos científicos que mencionam especificidades do surgimento do *crack*, uma vez que a maioria das informações é proveniente da mídia e mesmo de órgãos policiais e, portanto, retratavam apenas as apreensões da droga. A princípio, o crescimento do uso de *crack* ocorreu com mais evidência no Estado de São Paulo, quando comparado às demais regiões do País, com diferenças importantes na prevalência do uso e em suas formas de administração (DUNN, 2000; RAUPP, 2011).

Os estudos nacionais de natureza epidemiológica que identificaram os primeiros registros do uso de *crack* foram descritos a partir de 1993 e envolveram crianças e adolescentes em situação de rua. Os resultados

retrataram uma triste realidade, considerando que, do total da amostra, 36% já haviam usado a droga e, mais surpreendentemente, que no estudo realizado posteriormente por esse grupo de pesquisadores, a prevalência havia aumentado para 46% (NOTO et al., 1998).

Estudos epidemiológicos realizados no Brasil sobre o uso de drogas psicotrópicas identificaram um incremento na prevalência do uso de cocaína de 2,3 para 2,9% e, no uso de *crack*, 0,4% para 0,7% (CARLINI et al., 2001; CARLINI et al., 2006).

Resultados recentes de um estudo nacional realizado em 2012 sobre o uso de cocaína e/ou *crack* também evidenciam aumento do uso dessas substâncias. A pesquisa, envolvendo 149 municípios brasileiros, mostrou que quase seis milhões de pessoas (4%) já experimentaram alguma forma da cocaína, (intranasal, 78%; aspirada e fumada, 17% e apenas 5% fumada). Isso significa que cerca de dois milhões de pessoas já usaram o *crack*. A pesquisa evidenciou que um a cada 100 adultos já usou *crack* nos últimos 12 meses, representando um milhão de pessoas. De acordo com o estudo, a região Sudeste é a que apresentou maior consumo da cocaína no último ano, com 46% (1,4 milhões) (LARANJEIRA et al., 2012).

Os serviços ambulatoriais especializados começaram a sentir o impacto desse maior consumo em meados da década de 1990 (Ribeiro; Laranjeira, 2010), quando houve uma crescente busca por tratamento pelos usuários de *crack* (DUNN et al., 1996; FERRI et al., 1997).

Estudos evidenciam que os usuários de cocaína e *crack* que compunham, inicialmente, menos de um quinto da demanda ambulatorial para drogas ilícitas, passaram a ocupar entre 50 a 80% das vagas dessas instituições (LARANJEIRA et al.; 1998; BASTOS et al., 1988; FOCHI et al., 2000; NOTO et al.; 2002). No caso das internações, houve aumento considerável do número de pacientes internados em virtude das consequências do uso do *crack*, estimando entre 14 a 22% das internações (CARLINI; NAPPO; GALDUROZ, 1993).

A partir de 1996, a literatura mostra um incremento de estudos reportando o perfil de usuários de *crack* nos serviços de saúde, bem como sua procura por tratamento (DUNN et al., 1996; FERRI et al., 1997); isso

possibilitou a observação de especificidades desses usuários e de aspectos como o tipo de droga e via de uso.

Estudo transversal realizado com 440 pacientes de seis hospitais psiquiátricos da Grande São Paulo, de 1997 a 1998, identificou que 70% dos indivíduos internados por problemas de cocaína eram usuários de *crack* (CARLINI; NAPPO; GALDURÓZ, 1993). Outro estudo revelou que a proporção de usuários de *crack* passou de 17% para 64% entre os usuários de cocaína que buscavam tratamento (DUNN et al., 1996), atingindo níveis superiores a 70%.

Ao avaliar usuários de cocaína atendidos em serviços ambulatoriais e na comunidade (usuários que não buscaram tratamento), estudo revelou que as vias de administração da cocaína mais usadas eram a fumada (58,6%) e cheirada (39,8%), enquanto apenas (1,8%) usaram cocaína injetada (FERRI et al., 1997).

Em 2003, uma pesquisa com usuários de drogas hospitalizados na grande São Paulo relatou que 38,4% dos participantes eram dependentes de *crack* e 31,8% o usavam tanto na forma fumada como inalada (FERREIRA FILHO et al., 2003).

Entre os 406 pacientes internados para tratamento de dependência em Marília (SP), o *crack* foi a substância de maior prevalência, com índices de 62,9% entre os homens e 87,5% entre as mulheres (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

Estudo multicêntrico envolvendo cinco centros de tratamento ambulatorial e hospitalar de quatro capitais brasileiras identificou que 39,4% dos pacientes procuraram o atendimento devido ao uso do *crack* (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

Outro estudo, realizado no Sul do Brasil, nos anos de 2009 e 2010, investigou o perfil de 95 usuários de *crack* entre clientes de um Centro de Atenção Psicossocial. Os resultados mostraram que os usuários eram jovens, com baixas condições econômicas e altos níveis de gravidade, tanto para o padrão de consumo, quanto para a dependência (HORTA et al., 2011).

Em relação ao cenário histórico e epidemiológico do uso de *crack*, observa-se, no Brasil, que essa é uma droga de uso recente, já com grande número de usuários, maior visibilidade social e maior demanda sobre os

serviços de saúde, fatores que tornam necessária a ampliação desse campo de estudo (HORTA et al., 2011)

Revisão de Literatura

Parte 1. FATORES ASSOCIADOS AO USO DE COCAÍNA E/OU CRACK

1.1 Ação Neuroquímica da Cocaína

As substâncias psicoativas capazes de causar dependência atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), especificamente sobre o sistema de recompensa, ou seja, o sistema mesolímbico mesocortical, de natureza dopaminérgica (WHO, 2004; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A cocaína atua sobre esse sistema aumentando a atividade dopaminérgica (agonista direto), pois ocupa a proteína transportadora da dopamina e bloqueia a recaptação desse neurotransmissor, elevando sua concentração e o tempo de ação na fenda sináptica (GIROS; JABER; JONES, 1996; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

O aumento da concentração da dopamina na fenda sináptica é responsável pelos efeitos euforizantes da cocaína. Assim, a manutenção do bloqueio da captação da dopamina resultará no aumento dos transportadores, gerando o surgimento da fissura e de outros sinais e sintomas da síndrome de abstinência da cocaína (ELLENHORN et al., 1997). Além disso, a cocaína inibe a recaptação da noradrenalina e serotonina.

O aumento da noradrenalina é responsável pelos efeitos euforizantes e pelos efeitos adversos do consumo. Dessa forma, leva ao aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos (euforia, desinibição, mudanças perceptuais, ansiedade, aumento da autoestima e libido) e de comportamento (agressão física, inquietação psicomotora), além de sintomas como fotofobia (dilatação da pupila), sudorese, aumento da pressão arterial (BERGERET; LEBLANC, 1991; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007; WHO, 2004; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Já a ação serotoninérgica tem importante função no reforço do uso da cocaína, produzindo efeitos estimulantes (WHO, 2004). No organismo, tanto a cocaína como o *crack* agem de maneira similar, no entanto, os efeitos dessa última droga podem ser ampliados por sua maior potência (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

O consumo de cocaína e/ou de *crack* encontra-se geralmente associado a padrões graves da dependência e a maioria dos usuários apresenta critérios

para a dependência ao longo do tempo de consumo (HATSUKAMI; FISHMAN, 1996; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999; FALCK; WANG; CARLSON, 2008).

O usuário de *crack* apresenta maior risco para desenvolvimento da dependência, uma vez que o consumo ocorre em maior frequência, quantidade e sensibilidade aos efeitos da substância (CHEN; KANDEL, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010), independentemente de gênero, etnia, associação com álcool ou tempo de consumo (CHEN; ANTONY, 2004).

Nesse sentido, as fases da dependência podem ser definidas por diferentes características clínicas em relação à dose, tempo de uso, padrão de consumo e via de administração (GUINDALINI et al., 2006).

1.2 Tempo de ação e vias de uso

A via de administração é um importante fator para o desenvolvimento do uso abusivo e dependência. Desse modo, sua escolha pode ocasionar complicações específicas (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002). Os fenômenos relacionados ao uso da cocaína são fortemente influenciados pela via de administração, como mostra o quadro 1.

Quadro 1. Início, intensidade e duração dos efeitos do consumo da cocaína e a via de administração.

Tipo de substância	Concentração de cocaína (%)	Via de Administração	% Disponível no plasma	Velocidade do início dos efeitos	Tempo Max. no plasma	Duração dos efeitos	Potencial abuso/ dependência
Folhas de coca (infusão)	0,5 - 1,5	Mascadas ou infusão oral	20 - 30	Lenta	60 min	30-60 min	Baixo
Cloridrato de Cocaína	12 - 75	Tópico ou intranasal	20 - 30	Relativamente rápida	5-10 min	30-60 min	Médio/longo Prazo
		Endovenosa	100	Rápida	30-45 seg	10-20 min	Curto prazo
Sulfato de Cocaína	40 - 85	Inalatória	70 - 80	Muito rápida	8-10 seg	5-10 min	Curto prazo
Cristais de cocaína	30 - 80	Inalatória	70 - 80	Muito rápida	8-10 seg	5-10 min	Curto prazo

Fonte: LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002.

No entanto, também são relevantes, no uso de cocaína e *crack*, a via utilizada, a dose administrada e a quantidade que alcança a circulação sanguínea. A razão entre a dose administrada e a absorvida é denominada biodisponibilidade (ELLENHORN et al., 1997; RIBEIRO et al., 2012).

A cocaína é rapidamente absorvida por todas as vias de administração. Pela via oral (folhas mascadas), é absorvida pelas vilosidades intestinais; pela intranasal (cheirada), pela mucosa nasal e orofaríngea; pela endovenosa (injetável), é disponibilizada diretamente pela circulação sanguínea; pela via inalatória ou pulmonar (fumada), atinge rapidamente a circulação por meio dos capilares pulmonares.

Pelo uso na forma mascada, suas propriedades vasoconstrictoras reduzem a taxa de absorção e retardam o pico do efeito. No caso da droga injetada ou fumada, a biodisponibilidade excede os 90%, enquanto que para a droga inalada esse valor cai para, aproximadamente, 80%. Por outro lado, independentemente da via de administração utilizada, a cocaína possui biodisponibilidade alta e distribui-se rápida e amplamente por todo o organismo (JONES, 1997; RIBEIRO et al., 2012; LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002; GOLDFRANK et al., 2006; RIBEIRO; LARANJEIRA; DUNN, 1998; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Quanto ao *crack*, a via fumada é uma forma muito efetiva de tornar a cocaína biodisponível, pois a fumaça possui em sua composição, vapores e partículas de cocaína de tamanho médio, permitindo que a troca gasosa dos alvéolos pulmonares seja atingida pela cocaína, sendo imediatamente absorvida pela circulação pulmonar (ELLENHORN et al., 1997; RESTREPO et al., 2007; RIBEIRO; DE LIMA, 2012).

Dessa forma, o efeito da droga é intenso e mais rápido; distintamente da via inalada, a cocaína cheirada apresenta baixa biodisponibilidade e variável, entre 10 a 20% (ELLENHORN et al., 1997; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A duração dos efeitos da cocaína fumada (*crack*) é muito rápida, em torno de 5 a 10 minutos; por inalação 10 a 20 minutos, endovenosa e intranasal em torno de 30 a 60 minutos. Esse curto tempo de ação faz com que o usuário volte a utilizar a droga mais assiduamente do que por outras vias, levando-o à dependência muito mais rapidamente, quando comparados aos usuários de

outras vias (nasal e endovenosa) (CARLINI et al., 2001; RIBEIRO; LARANJEIRA; DUNN, 1998).

1.3 Síndrome de Dependência da Cocaína

Todas as substâncias psicoativas causam dependência, pois atuam sobre o sistema mesolímbico-mesocortical, também denominado sistema de recompensa (WHO, 2004; ESCH; STEFANO, 2004; NIDA, 2011).

A dependência consiste em uma doença crônica, com altos índices de recaídas, cuja característica principal é o padrão compulsivo pela busca e consumo da droga apesar dos efeitos adversos (WHO, 2004; HYMAN, 2005; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012).

O sistema de recompensa foi descoberto acidentalmente há meio século e abriu caminho para a compreensão das bases neurobiológicas e dos mecanismos do uso de substâncias psicoativas (OLDS; MILNER, 1954; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012). O mecanismo de adaptação desse sistema pode ser compreendido pela preservação do indivíduo e da espécie (SULLIVAN; HAGEN; 2002; LENDE; SMITH, 2002).

Assim, o sistema de recompensa pode ser ativado tanto por reforços naturais quanto pelas substâncias psicoativas; porém, as últimas são capazes de perverter o sistema biológico adaptativo original, imitando estímulos naturais e vitais (BOENING, 2001).

A dependência de qualquer tipo de substância psicoativa, incluindo cocaína/*crack*, caracteriza-se pela presença de pelo menos três dos sete critérios diagnósticos. No entanto, entre essas drogas, o que diferencia a dependência é a presença de um padrão de consumo compulsivo, geralmente voltado ao alívio ou à evitação de sintomas de abstinência. Dessa forma, a droga torna-se a principal prioridade na vida da pessoa, fazendo com que suas atividades e compromissos sociais, em parte ou em sua totalidade, passem a ser negligenciados e mesmo abandonados na intenção de priorizar o uso da droga (EDWARDS, 1995; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Observa-se que com o uso crônico da cocaína o SNC consegue adaptar-se (neuroadaptação) às novas situações produzidas por essa substância. Nesse caso, três fenômenos podem ser observados: a tolerância, a

sensibilização e o *kindling* (GOLD, 1993; KOSTEN; KLEBER, 1993; TIERNEY et al., 1995).

A tolerância refere-se à necessidade de usar uma dose maior para obter os efeitos euforizantes desejados, levando o usuário a aumentar a dose da substância consumida (WEISS; MIRIN; BARTEL, 1995; HATSUKAMI; FISHMAN, 1996).

Os efeitos euforizantes desenvolvem-se com certa rapidez na tolerância, principalmente no uso compulsivo. Decorrem da hipermetabolização da dopamina liberada na sinapse, do aumento nos limiares de estimulação dos autoceptores e da diminuição dos impulsos pré-sinápticos, resultando em uma diminuição dos níveis de dopamina na fenda (NATHAN; BRESNICK; BATKI; 1998; DUNN; LARANJEIRA, 1999).

Um dos critérios que pode ou não ser preenchido para o diagnóstico de síndrome da dependência é a tolerância. Considerada um fenômeno biológico, independe da personalidade e da sociedade, mas, sem dúvida, juntamente com a síndrome de abstinência, outro critério, é condicionada a fatores genéticos.

Dessa forma, o uso de cocaína leva, na maioria das vezes, ao preenchimento de dois critérios, ou seja, a tolerância e a síndrome de abstinência, principalmente em se tratando do uso de *crack* (HATSUKAMI; FISCHMAN, 1996; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012).

Nessa perspectiva, a tolerância pode ser definida como a perda do efeito da droga com o uso continuado ou a necessidade de aumento da dose para obter o mesmo efeito. Ela pode ser inata ou adquirida, sendo a segunda de maior relevância no caso do *crack* (KALIVAS; VOLKOW, 2005; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012). A tolerância não se desenvolve de forma equitativa para todos os efeitos de uma droga (ELLENHORN et al., 1997). No caso da cocaína, há tolerância parcial para os efeitos hemodinâmicos e total para os euforizantes (WEST; 2006; KOOB, LE MOAL, 2006; KOOB, 2009; LIMA; FONSECA, RIBEIRO, 2012).

Por outro lado, há uma tolerância reversa (fenômeno conhecido por sensibilização) para os sintomas motores, com piora dos movimentos estereotipados, da inquietação e dos níveis de ansiedade. A causa parece residir no aumento, quantitativo e qualitativo, dos receptores pós-sinápticos a

fim de compensar a diminuição da dopamina na fenda (STEKETEE et al., 2001).

A sensibilização caracteriza-se por ser um fenômeno observado, sobretudo, quando o uso de cocaína é intermitente, não continuado (KALIVAS; VOLKOW, 2005; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012). Consiste no aparecimento de sintomas de hipersensibilidade motora, não observados nos episódios iniciais do uso, porém podem se manifestar com o tempo, mesmo em doses mais baixas (STEKETEE et al., 2001).

Desse modo, a sensibilização pode persistir por muito tempo e ainda estar relacionada ao desenvolvimento de fissura e da própria dependência (SCHIMIDT; PIERCE, 2010; RICHTAND et al., 2001; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012). Uma hipótese é que seja esse o mecanismo pelo qual se desenvolvem as psicoses tóxicas e os estados paranóicos (RICHTAND et al., 2001).

O processo de sensibilização do SNC, também conhecido por *kindling* ocorre a partir de estímulos subliminares intermitentes, pelo componente anestésico da cocaína; está relacionado ao aparecimento de convulsões em usuários da substância e postula-se, também de sintomas paranoides e da fissura (*craving*) (POST; WEISS; AIGNER; 1993; SELF, 2005).

Dessa maneira, o *kindling* pode ser considerado um modelo de epilepsia, no qual a administração repetida e breve de estímulos elétricos origina manifestações eletrográficas e comportamentais de convulsão (GILBERT, 1994; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012).

Do ponto de vista farmacológico, esse fenômeno pode decorrer da exposição continuada do SNC à ação de drogas convulsivantes, como a cocaína e as anfetaminas, resultando na diminuição do limiar convulsivo (POST; WEISS, 1988; LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012). No caso da cocaína, o *kindling* também foi associado ao aparecimento dos transtornos psicóticos, comumente observados em usuários crônicos (PONTIUS, 2008).

A dependência de cocaína caracteriza-se por um comportamento compulsivo na busca e uso da droga, relegando as sérias consequências negativas; está presente dentre os transtornos psiquiátricos de maior prevalência, colaborando para altos índices de mortalidade e morbidade física e social (MALUF, 2011).

Os critérios diagnósticos da síndrome de dependência constituíram-se em pilares para a elaboração dos principais códigos psiquiátricos da atualidade: a *Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde* (CID-10) (OMS, 1993), e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV) (APA, 2002).

1.4 Intoxicação, Uso Nocivo e Dependência, de acordo com a CID-10 e o DSM-IV

Os principais critérios diagnósticos psiquiátricos (intoxicação, uso nocivo, dependência e abstinência) relacionados ao consumo de cocaína, segundo a CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV (APA, 2002), são critérios específicos para o usuário que chega para tratamento e necessita de uma avaliação diagnóstica.

A intoxicação pela cocaína caracteriza-se pela presença de alterações comportamentais e psicológicas que se desenvolvem durante ou logo após o consumo. Geralmente, inicia-se com a sensação de “barato”, que inclui grandiosidade, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, loquacidade, ansiedade, tensão, inquietação, comportamento estereotipado e repetitivo, raiva, julgamento prejudicado e, no caso de intoxicação repetida, embotamento afetivo com fadiga, tristeza e retraimento social (APA, 2002; CUNHA, 2007).

A intoxicação pode ocasionar convulsões, arritmias cardíacas, hiperpirexia e morte. Os critérios específicos para intoxicação pela droga são apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Critérios diagnósticos para intoxicação pelo uso de cocaína.

<p>a) Uso recente de cocaína;</p> <p>b) Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por exemplo, euforia ou embotamento afetivo; alterações na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade; tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; julgamento prejudicado; comprometimento no funcionamento social ou ocupacional), que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cocaína;</p> <p>c) No mínimo dois dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso da cocaína:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia ou bradicardia - Midríase - Hipertensão ou hipotensão arterial - Sudorese ou calafrios - Náusea ou vômitos - Evidências de perda de peso - Agitação ou retardo psicomotor - Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas - Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma; <p>d) Os sintomas não decorrem de uma condição clínica geral, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental.</p> <p>Especificar se:</p> <p><i>Com perturbações da percepção</i></p>
--

Fonte: APA, 2002.

O especificador “*com perturbações da percepção*” deve ser usado quando o indivíduo apresenta alucinações ou ilusões auditivas, visuais ou táteis, com teste da realidade intacto, ou seja, quando o usuário sabe que as sensações não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência do teste de realidade intacto, deve-se considerar o diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substâncias, com alucinações (APA, 2002).

O CID-10 (OMS, 1993) apresenta em sua definição, o abuso ou uso nocivo para a saúde, uma forma prejudicial de uso da cocaína, com a possibilidade de complicações físicas ou psíquicas. O DSM-IV (APA, 2002) a define como abuso de cocaína e explica que, nesse aspecto, a intensidade e a frequência da utilização da cocaína são menores do que na dependência.

Quadro 3. Critérios de diagnóstico, segundo o CID - 10 e o DSM – IV, para uso nocivo (abuso) de substâncias.

CID-10	DSM-IV
<p>O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.</p> <p>Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais diversas, de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não serem aprovados por outra pessoa, pela cultura ou possam ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é, por si mesmo, evidência de uso nocivo.</p> <p>A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é, por si mesma, evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo.</p> <p>O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool estiverem presentes.</p>	<p>A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo em um período de 12 meses:</p> <p>(a) uso recorrente da substância, resultando em fracasso para cumprir obrigações importantes, relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionado ao uso de substância; ausências, suspensões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos);</p> <p>(b) uso recorrente da substância quando isso representa perigo físico (dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substâncias);</p> <p>(c) problemas legais (detenções por porte ou conduta desordeira relacionada à substância);</p> <p>(d) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)</p> <p>B. Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência para essa classe de substância.</p>

Fonte: OMS, 1993; APA, 2002.

Além dos elementos apresentados para direcionar as diretrizes diagnósticas, torna-se crucial a identificação da substância usada pelos clientes, a frequência com que utilizam outras drogas e álcool que podem ou não estar associados, bem como transtornos mentais concomitantes. Tais informações podem ser fornecidas pelo cliente, também avaliadas por meio de exames de sangue, urina, sinais, sintomas clínicos e mesmo de relatos de parentes ou amigos (OMS, 1993).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), o abuso da cocaína caracteriza-se por um padrão de breves períodos (de horas a alguns dias) de uso de altas doses, seguidos por períodos muito mais longos (semanas a meses) de uso ocasional e não problemático ou de abstinência. Os episódios de uso problemático, negligência de responsabilidades e conflitos interpessoais ocorrem, frequentemente, em dias de pagamentos ou ocasiões especiais. Problemas com a lei podem ocorrer devido à posse ou uso da droga. No abuso de cocaína, a intensidade e a frequência da utilização da droga são menores quando comparadas à dependência.

A síndrome de dependência da cocaína, segundo o CID-10 (OMS, 1993), é definida como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se manifestam após o uso repetido, associados ao desejo de consumir a substância, com dificuldade de controle. Por outro lado, o DSM-IV (APA, 2002) concebe que os efeitos euforizantes produzidos pela cocaína são potentes, de curta duração, levando os indivíduos à dependência, caracterizada quando a pessoa sente dificuldade de resistir à substância sempre que disponível.

Quadro 4. Critérios diagnósticos, segundo a CID-10 e o DSM-IV, para a dependência de substâncias.

CID-10	DSM-IV
<p>Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tiverem sido experienciados ou expressos em algum momento do ano anterior:</p> <p>(a) forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</p> <p>(b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;</p> <p>(c) estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>(d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;</p> <p>(e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento do tempo necessário para se recuperar de seus efeitos;</p> <p>(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (são necessários esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).</p>	<p>Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando ao prejuízo clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <p>(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;</p> <p>(b) acentuada redução do efeito, com o uso continuado da mesma quantidade de substância;</p> <p>(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:</p> <p>(a) síndrome de abstinência característica para a substância;</p> <p>(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>(3) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidade ou por um período mais longo que o pretendido;</p> <p>(4) há desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;</p> <p>(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos;</p> <p>(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;</p> <p>(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.</p>

Fonte: APA, 2002; CID-10, 1993.

Um indicador da síndrome da dependência de cocaína ocorre quando a pessoa considera ser, cada vez mais difícil, resistir ao uso quando há disponibilidade da droga. Embora não seja um critério de diagnóstico, o forte desejo ou impulso subjetivo para consumir cocaína (fissura) tende a ser vivenciado por grande parte dos usuários. Os critérios do DSM-IV-TR para dependência de cocaína incluem a presença de um padrão mal-adaptativo de seu uso, associado ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo (APA, 2002).

O diagnóstico de dependência ou de uso nocivo, ambos aplicáveis ao consumo de qualquer substância, é extremamente necessário para avaliar a sua gravidade com o propósito de individualizar o diagnóstico e obter elementos necessários para o planejamento terapêutico (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

O usuário que consome semanalmente o *crack*, por exemplo, que consegue conciliar, ainda que de forma precária, o emprego e que possui algum suporte familiar demonstra um padrão menos compulsivo e saliente do que aquele cujo consumo levou à perda do emprego e ao abandono da família (RIBEIRO; MARQUES; 2012).

A síndrome de abstinência da cocaína é caracterizada, segundo o CID-10 (OMS, 1993), por um conjunto de sintomas que o DSM-IV (APA, 2002) define como uma redução do uso pesado ou prolongado. São eles: humor disfórico, alterações fisiológicas, causando sofrimento e prejuízo funcional, social e ocupacional ou em outras áreas.

Quadro 5. Critérios da CID-10 e do DSM-IV para a síndrome de abstinência de cocaína.

CID-10	DSM-IV
<p>(1) Um conjunto de sintomas de agrupamentos e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa à cocaína, após o uso repetido e usualmente prolongado e/ou de altas doses daquela substância. O início e o curso do estado de abstinência são limitados ao tempo e relacionados ao tipo de substância e à dose que vinha sendo utilizada imediatamente antes da abstinência.</p> <p>(2) Perturbações psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor disfórico e deprimido; - Insônia; - Irritabilidade, frustração e raiva; - Ansiedade; - Dificuldade para concentrar; - Inquietação. <p>(3) Perturbações físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frequência cardíaca diminuída; - Aumento de apetite ou ganho de peso 	<p>(1) Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado da cocaína</p> <p>(2) Humor disfórico e, no mínimo, duas das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvidas de algumas horas a alguns dias após o critério A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fadiga; - Sonhos desagradáveis; - Ins�nia ou hipersonia; - Aumento do apetite (hiperfagia); - Retardo ou agitação psicomotora. <p>(3) Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo às esferas social, ocupacional ou a outras áreas importantes.</p> <p>Os sintomas não se devem a uma condição cl�nica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.</p>

Fonte: APA, 2002; OMS, 1993.

Segundo o CID-10 (OMS, 1993), a síndrome de abstinência da cocaína pode, nos casos complicados, evoluir para convulsões.

Embora grande parte dos dependentes de cocaína não apresente sintomas de abstinência evidentes ao cessar o uso da droga, há usuários que relatam alterações do funcionamento geral decorridas algumas horas ou alguns dias após a cessação (ou redução) do consumo da substância. A síndrome de abstinência da cocaína caracteriza-se por um humor disfórico (depressivo e irritável), acompanhado por duas ou mais das alterações fisiológicas citadas no quadro acima e a fissura pela droga (APA, 2002; KOOB, 2009).

No período da abstinência do uso crônico da cocaína, os efeitos físicos são leves e, os psíquicos, mais pronunciados, principalmente os relacionados ao estado de humor. A fissura (*craving*) pode estar presente em qualquer momento da abstinência, desde o término dos efeitos decorrentes do último

uso até aos subsequentes; é ainda o fenômeno mais peculiar detectado no uso crônico de estimulantes como a cocaína (GOLD, 1993).

A síndrome de abstinência da cocaína passa por três fases, as quais podem se modificar na medida em que o organismo sofre adaptações de retorno à sua atividade anterior ao consumo da substância. Pesquisas demonstram que alterações causadas pela cocaína no cérebro são de longa duração, ou mesmo irreversíveis, podendo estar associadas às recaídas (WEDDINGTON et al., 1990; WEISS, 2005).

Gawin e Kleber (1986) realizaram um estudo observacional com 30 usuários ambulatoriais e propuseram um modelo de apresentação e evolução clínica da abstinência da cocaína. Dessa forma, dividiram em três fases: *Crash*, Abstinência e Extinção.

As fases da síndrome de abstinência foram classificadas da seguinte maneira: a primeira fase, ou *crash*, com duração média de quatro dias, consiste, inicialmente, em um quadro de agitação, depressão, anorexia e fissura intensa, o qual, ao longo dos dias, vai sendo substituído por outro, no qual predomina o aumento do sono e do apetite, podendo durar vários dias, normalizando o estado de humor.

A segunda fase, ou a síndrome de abstinência propriamente dita, caracteriza-se por um período de intensa disforia, anedonia, falta de motivação e fissura intensa, podendo durar até 10 semanas. A presença de fatores e situações desencadeadoras da fissura normalmente vence o desejo da abstinência e, dessa forma, é considerado um período bastante suscetível a lapsos e recaídas. A ansiedade também está presente nessa fase, bem como outros sintomas como hiper/hiposônia, hiperfagia, alterações psicomotoras, tais como tremores, dores musculares e movimentos involuntários.

A terceira fase, ou fase de extinção, é marcada por fissuras cada vez mais episódicas e de duração indefinida. A evolução da síndrome de abstinência não é observada em usuários internados, cujos sintomas costumam desaparecer progressivamente e sem oscilações, sugerindo que a síndrome seja fortemente influenciada por fatores ambientais.

Nessa fase, a fissura é leve e não altera a evolução de outros sintomas. Seu desaparecimento é gradual, podendo levar meses ou até anos. Desse modo, a ausência de estímulos ambientais cotidianos é o fator mais valorizado

para explicar a abstinência nos usuários (WEDDINGTON et al., 1990; GAWIN; KLEBER, 1986; WEISS, 2005; KOOB; LE MOAL, 2006).

1.5 Fissura (*craving*) da cocaína e/ou crack

A CID-10 e o D SM-IV descrevem a fissura ou, na palavra em inglês, *craving*, como um importante critério a ser avaliado no diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. De um modo geral, trazem, em suas definições, a fissura caracterizada por um desejo intenso ou senso de compulsão em consumir a substância de modo persistente (OMS, 1993; APA, 2002).

Os sintomas da fissura são decorrentes do bloqueio prolongado da recaptação da dopamina, causado pelo uso crônico da droga, ocasionando uma redução dos níveis de dopamina que tem, por consequência, a sensibilização dos neuroreceptores dopaminérgicos e a hipofunção dopaminérgica, o que resulta em comportamentos de fissura e busca constante pela droga (WHO, 2004).

A fissura está intimamente relacionada a um padrão intenso de consumo, contínuo e repetitivo do *crack*, ou seja, o uso no padrão *binge* (SIEGEL, 1982). Pode durar dias até que o suprimento da droga termine ou que haja fadiga do usuário (CHAVES et al., 2011). Esse período intermitente de consumo de doses repetidas de *crack*, seguido de parada abrupta, está associado à presença de sinais e sintomas da retirada (abstinência), caracterizados por mal-estar físico e psicológico (GAWIN; KLEBER, 1986; CHAVES et al., 2011).

Nos usuários de *crack*, a fissura apresenta-se em maiores níveis de gravidade, com sintomas mais evidentes e busca mais frequente pela droga (HATSUKAMI, FISHMAN, 1996), deixando os usuários vulneráveis ao abuso dessas substâncias, à recaída e ao abandono terapêutico, mesmo diante de sua vontade convicta de se manter abstinente (ARAÚJO et al., 2008, ARAÚJO; PEDROSO; CASTRO, 2010; BECK; NEWMAN; WRIGHT, 2000).

Trata-se de um elemento de crucial importância na compreensão da dependência, pois influencia a evolução e a gravidade da síndrome de abstinência, podendo ser também preditor para a recaída (MARQUES, SEIBEL,

2001; ARAUJO et al., 2008). É um fenômeno muito estudado, mas ainda muito pouco compreendido, constituindo o maior desafio no tratamento da dependência (SILVA, 2007; MARINHO, ARAUJO, RIBEIRO, 2012).

A fissura pode ser classificada em quatro tipos: como resposta à síndrome de abstinência; reação à falta de prazer; condicionada a estímulos relacionados ao consumo de drogas e, à tentativa de intensificar o prazer em determinadas atividades (BECK et al., 1993; KNAPP, LUZ JUNIOR, BALDISSEROTTO, 2001; MARINHO, ARAUJO, RIBEIRO, 2012).

A urgência pelo consumo do *crack* e a falta de dinheiro para suprir sua demanda colocam o usuário em situação de fragilidade, podendo fazer com que se submeta a estratégias e situações de risco para sua obtenção (tráfico de drogas, sexo sem proteção) e de violência (assaltos, brigas, homicídios) (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Apesar do *craving* se tornar menos frequente com o passar do tempo, ele pode ser desencadeado por estímulos associados ao consumo da droga muitos anos após ter cessado esse consumo e passados os sinais evidentes de abstinência (SELF, 2005; SILVA, 2007; FONSECA; LEMOS, 2011; MARINHO; ARAÚJO; RIBEIRO, 2012).

No entanto, a fissura pode ocorrer também frente a um determinado estímulo, que pode ser interno (como a ansiedade e depressão ou alegria) ou externo (como a presença de amigos que usam drogas, ter dinheiro ou receber um pagamento, consumir álcool ou tabaco, enfrentar situações sociais). Tais estímulos podem atuar como gatilhos condicionados para o desejo do uso de cocaína (MARLATT, GORDON, 1993; CARROLL, 1998; ZENI, ARAUJO, 2009).

Esses gatilhos também são altamente idiossincráticos, pois a identificação de pistas deverá ocorrer de forma contínua durante o tratamento do usuário e, portanto, eles precisam estar conscientes acerca dos gatilhos relacionados ao seu uso de cocaína e/ou *crack* (CARROLL, 1998; MARINHO, ARAUJO, RIBEIRO, 2012).

Estudo realizado com 35 usuários de *crack* internados para desintoxicação mostrou que os pacientes mais motivados contavam com um maior número de estratégias de enfrentamento para o manejo da fissura (ARAUJO et al., 2010).

Em uma avaliação com 26 usuários de cocaína e/ou *crack* internados para desintoxicação em comunidade terapêutica do Instituto Bairral de psiquiatria, na cidade de Itapira, SP, 42,3% referiram não ter sintomas de *craving* durante a abstinência (período de internação), enquanto 26,9% relataram apresentá-los (ZAGO, 2002).

Desse modo, considerando o papel determinante da fissura no desenvolvimento do padrão de uso compulsivo e dependência da cocaína e/ou *crack*, torna-se necessário avaliar e compreender esse fenômeno, de forma que sejam utilizadas estratégias de controle para o usuário (CHAVES et al., 2011), com vistas a reduzir os altos índices de recaída nessa clientela (ARAÚJO, OLIVEIRA, MANSUR, 2006; RIBEIRO et al., 2006; LARANJEIRA et al., 1998).

Na literatura, há poucos estudos sobre esse fenômeno e, dessa forma, sua avaliação pode constituir uma valiosa medida em serviços e programas para tratamento da dependência de drogas, principalmente do uso de cocaína, usada nas diversas formas, uma vez que essa substância causa impactos adversos em praticamente todas as esferas da vida do usuário.

Parte 2. FATORES ASSOCIADOS ÀOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

2.1 Complicações Clínicas

A própria farmacologia da cocaína acarreta uma série de efeitos físicos e psíquicos desagradáveis aos usuários (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012), independentemente da via de administração (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996). As complicações são graves e potencialmente fatais, podendo causar disfunções e danos profundos em todos os órgãos vitais.

Desse modo, há um consenso na literatura quanto ao rápido surgimento de problemas decorrentes do uso da cocaína (fumada), quando se compara com outras vias de administração (aspirada) (DUNN et al., 1996; FERRI, 1999; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; DUAİLÍBI, 2010).

Os usuários de cocaína e/ou de *crack*, além de se exporem a uma série de complicações físicas decorrentes do consumo, apresentam um estilo de vida e modo de consumo relacionados à piora expressiva do estado clínico e mental (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Assim, as taxas de morbimortalidade entre esses usuários são mais elevadas do que na população em geral (DEGENHARDT et al., 2011).

Em estudo que avaliou uma amostra de usuários de cocaína e/ou *crack*, sendo 77 homens e 23 mulheres, em um programa de tratamento para dependência, foi identificado que as mulheres apresentavam piores condições de saúde física e maiores taxas de hospitalizações em função das complicações físicas causadas pelo uso das substâncias (BOYD; MIECZKOWSKI, 1990).

O consumo de cocaína e/ou de *crack* pode provocar efeitos físicos e psíquicos agudos importantes em usuários crônicos, eventuais ou iniciantes, instabilizar problemas clínicos de base ou ainda gerar complicações clínicas pelo uso prolongado (RIBEIRO, 2005).

Dentre as complicações clínicas (BOGHDADI; HENNING, 1997), em específico as ocasionadas pelo consumo de *crack*, estão desde queimaduras e bolhas nos dedos das mãos (LIN, 2008), passando por lesões nas vias aéreas, até as ocorrências agudas de danos e morte decorrentes do uso agudo ou crônico da droga (BOGHDADI; HENNING, 1997; RIBEIRO et al., 2006). Isso ocorre geralmente em jovens de todos os grupos sociais, principalmente em fases mais produtivas de suas vidas (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Na prática clínica, as complicações envolvem principalmente o SNC, o cardiovascular e o pulmonar. Alguns sintomas mais comuns dessas doenças têm sido a tosse, expectoração, pneumonia, hemoptise, bronco espasmo e edema pulmonar, como comorbidades psiquiátricas: depressão e ansiedade (FERRI et al., 1997).

O quadro 6 apresenta as principais complicações físicas e as vias de uso da cocaína.

Quadro 6. Principais complicações relacionadas ao consumo de cocaína e à via de administração.

Aparelhos	Intranasal	Inalatória	Endovenosa	Todas as Vias
Cardiovascular	-	-	Endocardite Bacteriana	HAS Arritmias Isquemia do miocárdio Cardiomiopatias Dissecção ou ruptura da aorta.
Respiratório	Broncopneumonia	Broncopneumonias Hemorragia pulmonar Edema pulmonar Pneumomediastino Pneumotórax Asma /Bronquite Bronquiolite Depósito de resíduos Corpo estranho Lesões térmicas	Embolia Pulmonar	-
Sistema Nervoso Central (SNC)	-	-	Aneurismas micóticos	Cefaleias Convulsões AVC Hemorragia Intracraniana e Subaracnoidea
Aparelho Digestivo	Esofagite	-	-	Isquemia Mesentérica
Aparelho Excretor e Distúrbios Metabólicos	-	-	-	Insuficiência Renal aguda secundária à rabdomiolise Acidose láctica Hipocalemia Hipercalemia
Olhos/ouvidos/nariz e garganta	Necrose do septo Rinite Sinusite Laringite	Lesões Térmicas	-	-
Doenças Infecciosas	-	AIDS* Hepatite B e C*	AIDS* Hepatite B e C*	-

(*) Apesar do consumo de *crack* não apresentar risco de infecção para o usuário, esse acaba exposto às DSTs/AIDS devido ao maior envolvimento com a troca de sexo para obtenção do *crack*.

Fonte: ELLEHORN et al., 1997.

Estudo desenvolvido em pronto socorro dos EUA evidenciou que metade dos pacientes atendidos utilizava cocaína (injetável) e 23% *crack*. Essas drogas foram responsáveis por três quartos de todas as complicações clínicas decorrentes de seu uso, como dores torácicas, falta de ar, ansiedade e palpitações cardíacas; ainda 1% da mortalidade dos ingressantes no serviço foi relacionada ao uso da droga (WEISS; MIRIN; BARTEL, 1994).

As complicações clínicas causadas pelo uso da cocaína são decorrentes dos efeitos da própria droga e da ação de outras substâncias (adulterantes) sobre o organismo. A esse respeito, a cocaína e o *crack* vendidos nas ruas, por terem caráter ilícito, contêm alto teor de impurezas; não têm controle de qualidade e possuem toda a sorte de adulterantes e métodos de refino e alcalinização duvidosos, aumentando ainda mais a vulnerabilidade dos usuários. Os adulterantes geralmente são de péssima qualidade e, muitas vezes, tóxicos ao organismo como: talco, pó de mármore, aspirina, giz, farinha, lactose, cafeína, açúcar e sal, além de outros produtos que contribuem ainda mais para os efeitos nocivos à saúde (WEISS, 1995; COSTA-LEITE; ANDRADE, 1999; WIEGAND, 2010).

O sistema cardiovascular tem recebido atenção especial na literatura por ser alvo central das complicações mais comprometedoras e de potencial ameaçador à vida, como isquemia miocárdica aguda, angina e infarto, arritmias, morte súbita, miocardite, cardiomiopatia, hipertensão arterial e endocardite, que são os efeitos mais proeminentes observados sobre o coração (BAUMANN et al., 2000; MARAJ; FIGUEREDO; LYNN-MORRIS, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Como descrito previamente, todas as drogas psicoativas agem sobre o sistema cardiovascular, mas vale ressaltar o efeito potencializador da cocaína sobre esse sistema, decorrente de sua ação agonista central da dopamina (bloqueio da recaptação). Esse mecanismo permite que o usuário apresente altos níveis de pressão arterial e frequência cardíaca, reduzindo a circulação coronariana, além de outras patologias como trombose arterial e venosa, miocardopatia e edema pulmonar (LEITE et al., 1999; RIBEIRO, 2005).

As complicações cardiovasculares foram observadas em 0,7% a 6% dos usuários de cocaína e/ou *crack*, tornando-as a principal *causa mortis* por overdose. Outras complicações implicam em altos custos à saúde como as

arritmias e o infarto agudo do miocárdio, diagnosticados anualmente em prontos-socorros dos EUA (JONES; KNUTSON; HAINES, 2003; AFONSO; MOHAMMAD; THATAI, 2007).

2.2 Complicações Pulmonares

Em relação aos pulmões, a cocaína tem produzido complicações agudas sob todas suas formas de uso. No entanto, a ocorrência de problemas pulmonares cresceu nos últimos anos pela disseminação do uso de *crack*, o que implica em alterações nos mecanismos fisiológicos de troca de gases e difusão (ASHKIN; SIMMONS; COULSON, 1987).

A frequência e a extensão da lesão pulmonar causada pelo uso do *crack* ainda são obscuras, todavia é certo que sua utilização tem resultado em um amplo espectro de complicações (THADANI, 1996).

Estudo mostrou que 25 a 60% de usuários de *crack* apresentaram problemas respiratórios após o consumo, mas a busca por tratamento para tais problemas ainda é baixa (MANÇANO et al., 2008).

Os sintomas respiratórios são modificados e não específicos, podendo ocorrer alguns minutos após o uso da droga ou até horas mais tarde, sendo mais habitual o usuário queixar-se de dor torácica, dispneia, tosse com expectoração de secreção escura ou sanguinolenta, hemoptise, agitação, asma e episódios periódicos de broncoespasmos (TERRA-FILHO et al., 2004).

Os fatores relacionados a esses sintomas são diversos, como mostra uma pesquisa realizada com usuários de *crack*, na qual mais da metade da amostra apresentou relato de tosse e dispneia (ITKONEN; SCHOLL; GLASSROTH, 1984). Estudo realizado posteriormente por Delbono; O'Brien e Murphy (1989) também identificou índices de prevalência semelhantes, tosse com secreção, em 36 (61%) usuários, sendo que a metade apresentou dificuldades para respirar.

Outra complicação comum descrita na literatura é o “pulmão de *crack*”, caracterizado por hemoptises, hemorragias alveolares e constrição da artéria, levando a isquemias e hipoxemias, que, por sua vez, podem desenvolver a insuficiência respiratória (ALVES; ARAÚJO; COSTA, 1996; RESTREPO et al., 2007; RIBEIRO; DE LIMA, 2012).

2.3 Complicações no SNC

A cocaína gera múltiplas ações no sistema nervoso periférico e central, caracterizando-se por ser um potente anestésico local, com propriedades vasoconstritoras e também um potente estimulante do SNC (GOLD, 1993).

Os efeitos agudos da cocaína no SNC após o seu consumo ocasionam, em muitos usuários, sensação de agitação psicomotora, rapidez na fala e elevação do humor, acompanhados de insônia severa e falta de apetite, com perda de peso considerável. Alguns usuários relataram que os efeitos decorrentes do uso da cocaína fazem com que tenham sensação de maior energia, disposição para atividades físicas associadas aos esforços excessivos, o que pode ser prejudicial (GITLOW, 2008).

As complicações neurológicas encontradas com mais frequência em usuários de cocaína e/ou *crack* referem-se às cefaleias, crises convulsivas, acidente vascular cerebral (AVC), atrofia cerebral, vasculite cerebral e transtorno do movimento. Entre os dependentes de cocaína, 60 a 75% apresentam dores de cabeça severas relacionadas ao uso da substância (DHUNA; PASCUAL-LEONE; BELGRADE, 1991; BOGHDADI; HENNING, 1997).

A cocaína é a droga ilícita que apresenta maior associação com a ocorrência de AVC (KAKU; LOWEISTEN, 1990). Seus usuários apresentam risco 14 vezes maior de desenvolver AVC em comparação à população geral (PETITTI et al., 1998). Estima-se que 25% a 60% dos acidentes são causados por isquemia (DARAS et al., 1994; LEVINE et al., 1990; BARTZOKIS et al., 1999).

Um terço dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) em adultos jovens esteve associado ao uso de drogas. Nos jovens (20 a 30 anos), esse índice chega a 90% dos casos (SLOAN et al., 1991).

O primeiro relato de AVC induzido por cocaína ocorreu em 1977 (PETTY et al., 1990). Com o surgimento e a disseminação do *crack* na década de 80, houve significativo aumento no número de relatos de casos de AVCs isquêmicos e hemorrágicos (DARAS; TUCHMAN; MARKS, 1991), contribuindo, consideravelmente, como *causa mortis* entre esses usuários (PETTY et al., 1990).

A dopamina é o neurotransmissor responsável pelo controle do fluxo sanguíneo cerebral e, após o uso de cocaína, todas as vias dopaminérgicas se encontram aumentadas, podendo levar à constrição dos vasos sanguíneos cerebrais.

Além disso, o aumento da pressão arterial no cérebro e a agregação plaquetária (trombose) podem ocasionar isquemias, o que pode explicar o fato de aproximadamente 80% dos usuários que apresentaram essas alterações terem apresentado também rompimento de vasos sanguíneos (vasculites) (PETTY et al., 1990; VOLKOW et al., 1987).

A cocaína pode causar ainda crise convulsiva tônico-clônica, generalizada ou focal, pelas diversas vias de administração da droga ou durante o uso agudo ou crônico da substância. Isso ocorre pelo fato do acúmulo de neurotransmissores em usuários dependentes de cocaína e/ou *crack* pode provocar episódios convulsivos pela estimulação intensa, principalmente serotonérgica (BOGHADADI; HENNING, 1997; KOLLER et al., 2012).

2.4 Complicações Renais

Nos rins, o consumo da cocaína pode resultar em isquemia de musculatura esquelética, seguida de rabdomiólise, causa importante de insuficiência renal aguda (FINE et al., 2004; RIBEIRO; DE LIMA, 2012).

Com o surgimento do *crack*, houve aumento da notificação de Insuficiência Renal Aguda (IRA) decorrente da rabdomiólise, a qual ocasiona ruptura das fibras musculares para a corrente sanguínea, provocando “entupimento” das artérias e dos canalículos responsáveis pela função de filtração nos rins (FINE et al., 2004; ROTH et al., 1988; RIBEIRO; DE LIMA, 2012).

2.5 Doenças infecciosas

O consumo de cocaína, independentemente de sua forma de uso, tem sido diretamente associado à transmissão de doenças infecciosas como hepatites, tuberculose e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

(HATSUKAMI; FISCHMAN, 1996; NAPPO et al., 2004; STORY; BOTHAMLEY; HAYWARD, 2008), tanto pelos comportamentos sexuais de risco (troca de sexo por droga ou dinheiro), rituais de uso das substâncias (uso compartilhado de insumos), estilo de vida dos usuários e precariedade no autocuidado.

O comportamento de risco mais frequente nessa população tem sido o sexo em troca da substância, uma prática associada, com frequência, a elevado número de parceiros e a sexo sem proteção (BOOTH; WATTERS; CHITWOOD, 1993; DOMANICO, 2006, RIBEIRO; DE LIMA, 2012).

A troca de sexo desprotegido tem ocorrido em ambos os sexos, como mostram os estudos. Souza (2001), no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, avaliou 675 homens homossexuais que usavam *crack*, evidenciando que o uso dessa substância foi o maior fator de risco para o sexo desprotegido.

Um estudo desenvolvido com mulheres mostrou a troca de sexo por *crack*, na maioria das vezes sem uso de preservativo, sem a opção pelo parceiro e mesmo o tipo de sexo praticado (SILVA, 2000).

O uso de drogas injetáveis, responsável no passado por um quarto das transmissões de HIV no Brasil, corresponde, atualmente, a menos de 5% dos casos novos (BRASIL, 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2006, mostraram que 27% dos usuários de *crack* brasileiros apresentaram sorologia positiva para HIV/AIDS, sendo a prevalência e a incidência da doença maiores entre as mulheres (UNAIDS, 2006).

Estudo realizado na cidade de Campinas (São Paulo) detectou HIV positivo em 11% dos usuários de *crack*, predominantemente do sexo masculino, associando o uso da droga e sexo sem proteção ao risco de infecção pelo HIV (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARÃES, 2007).

Desse modo, os cuidados com os usuários de *crack* infectados pelo HIV e também por tuberculose e pelas hepatites (B e C) representam um grande desafio para a saúde pública, requerendo esforços adicionais para reduzir a elevada morbimortalidade desses pacientes (NACHER et al., 2009).

2.6 Aspectos Psiquiátricos

No Brasil, frente à complexidade do problema, ainda são ínfimos os estudos que avaliam as comorbidades psiquiátricas em dependentes de cocaína e/ou *crack*. Ao iniciar o tratamento, essa clientela pode apresentar dificuldade na diferenciação entre transtornos previamente existentes e transtornos secundários à dependência química devido aos sintomas depressivos, ansiosos e mania, presentes na fase de abstinência (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004).

Quando o usuário de substâncias psicoativas apresenta pré-existência de um problema de saúde mental, o tratamento torna-se mais complexo. O uso da cocaína, por exemplo, pode resultar em uma série de problemas psicológicos e psiquiátricos, uma vez que a droga gera mudança de humor e comportamento e pode ainda agravar um problema psiquiátrico adjacente (KESSLER et al., 1994).

Estudo realizado no EUA identificou altos índices de comorbidades psiquiátricas em dependentes de drogas, principalmente da cocaína, com 76% apresentando algum transtorno, sendo mais frequentes aqueles do humor e os ansiosos (PULCHERIO et al., 2008). As taxas de prevalência de transtorno depressivo, ao longo da vida, são maiores em pessoas que abusam e dependem de cocaína e variam entre 25 a 61% (ROUNSAVILLE, 2004).

A dependência de cocaína e/ou *crack*, associada a outros transtornos mentais, entre eles o transtorno de estresse pós-traumático, a depressão, a ansiedade, a distímia, bem como transtornos de personalidade *borderline*, pode aumentar, em até 10 vezes, o risco de suicídio em pacientes com algumas dessas comorbidades (DARKE; DEGENHARDT; MARTTICK, 2006).

A gravidade da dependência da cocaína e/ou *crack* surge relacionada ao início dos sintomas psicóticos. Atinge metade dos usuários com diagnóstico de uso nocivo ou dependência leve e a maioria dos que apresenta dependência moderada ou grave (SMITH et al., 2009).

2.7 Aspectos Sociais

A avaliação do usuário de cocaína e/ou *crack* requer grande atenção aos aspectos associados às modificações físicas, de comportamento, pensamentos e de funcionamento psicossocial; não deve ser considerado apenas o envolvimento com a substância psicoativa, mas todo o histórico de desenvolvimento e de repertório da pessoa (CUNHA et al., 2007).

Entre os dependentes de cocaína e/ou *crack* observa-se haver uma amplitude de problemas diretamente e indiretamente relacionada ao uso abusivo e a dependência dessas substâncias, com diversos níveis de gravidade, nos diferentes aspectos da vida, como família, trabalho, educação, vida social e bem-estar psíquico, decorrentes do padrão dessas drogas e da priorização que elas exercem na vida do usuário (ALVES; DUAILIBI, 2007).

2.8 Aspectos Familiares

A família é considerada de extrema importância para a compreensão do fenômeno do uso de drogas entre seus membros (VELHO, 2010). Assim, deve ser compreendida como uma unidade primordial no âmbito da construção, formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, transmitindo, às gerações, valores, regras, costumes, modelos e padrões de comportamento, inclusive hábitos nocivos à saúde (MORENO; VENTURA; BRETAS, 2009).

A instituição familiar tem sido um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada que pode levar ao uso abusivo de álcool e drogas, além de também atuar como importante fator de proteção (CALDEIRAS, 1999; BERNADY; OLIVEIRA, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2005).

A descoberta da droga no seio da família geralmente é causadora de situações de desespero e desamparo, acompanhadas de um imenso sentimento de impotência, gerando, muitas vezes, comportamentos complacentes e de cumplicidade, sem, necessariamente, que tudo isso seja feito conscientemente pelos pais (BURZSTEIN; STEMPLIUK, 1999).

Cabe salientar que a dimensão do problema é, muitas vezes, desconhecida, o que torna seu enfrentamento complexo. A reação inicial da família é ignorar, inconscientemente, o problema. Em seguida, há negação,

depois a minimização e, ocasionalmente, a responsabilidade é atribuída às “más companhias”. Até certo ponto, essas reações são normais, pois os familiares se culpam por não terem conseguido educá-los corretamente. Porém, essa defesa pode levá-los à distorção da realidade e, se o problema não for tratado, poderá ocorrer isolamento do membro afetado e um gradual afastamento da família (GAUDERER, 1998; SILVA, 2008).

Quando vem à tona o usuário de substâncias psicoativas, o sentimento de traição é inevitável para a família. As decepções e frustrações são presentes quando ela percebe que foi enganada e traída (TIBA, 2007). Dessa forma, muitos usuários são banidos do seio familiar, procurando locais inócuos para viverem e, na maioria das vezes, tornando-se moradores de rua.

A dependência da cocaína e/ou *crack* pode afetar a vida dos pais e dos filhos em suas relações familiares, pessoais e sociais, podendo causar danos físicos e psicológicos em todos os membros da família. Trata-se de um grave problema familiar e pessoal, com sérias consequências (SILVA, 2008).

As condições de disponibilidade da família para o tratamento da dependência química costumam ser um fator de preocupação frente à gravidade em que geralmente se encontra o usuário de cocaína e/ou *crack*, uma vez que é ele quem busca tratamento, sem a participação da família. Desse modo, é fundamental que a equipe de tratamento esteja empenhada em envolver a família de forma que possa alcançar mudanças positivas no estilo de vida do dependente e de sua família (FIGLIE, 2004).

Segundo Horta, Horta e Pinheiro (2006), a coabitação entre pais e filhos pode ser considerada fator de proteção para o uso de tabaco e drogas ilícitas. Quando o pai e/ou mãe não fazem uso de substâncias psicoativas de forma abusiva, isso contribui igualmente para sua não utilização pelos filhos. Outros estudos corroboram a presença dos pais em convivência harmoniosa, associada à prática religiosa, como importantes fatores de proteção ao uso não abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005; SILVA et al., 2006; VELHO, 2010).

Desse modo, estudo sobre tratamento para uso de drogas evidencia que a família tem importante participação tanto para o surgimento do abuso de drogas quanto como instituição protetora para a saúde de seus membros. O estudo revelou uma complexa influência da família, escola e do grupo de

amigos no caso da manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência (SCHENKER; MINAYO, 2003).

O uso da cocaína e/ou *crack* acarreta importantes mudanças de comportamentos, levando a graves prejuízos nos vínculos familiares (OLIVEIRA; NAPPO; 2008). Nesse contexto, tem-se observado aumento de pesquisas relacionadas ao papel das famílias e das relações familiares para o uso de drogas entre seus membros (SELEGHIM et al., 2011).

Estudo avaliou os aspectos familiares e o uso de substâncias psicoativas em 100 clientes de um programa para tratamento da dependência. Os resultados mostraram que 19% dos homens e 26% das mulheres haviam iniciado o uso de *crack* por meio de um membro da família (irmãos, irmãs, tios e tias). Além disso, revelou que o uso de maconha, cocaína e maconha esteve presente em um dos pais (BOYD; MIECZKOWSKI, 1990),

Esses dados também foram identificados em estudo, realizado com 31 usuários e ex-usuários de *crack*. Os resultados mostraram que a maioria possuía envolvimento grave de um ou mais membros da família com o uso de pelo menos uma droga, sendo o álcool a mais usada e, o pai, o usuário mais comum (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

A presença da dependência entre familiares de clientes de um CAPS-ad foi encontrada em 60,7% dos entrevistados, sendo o pai identificado com maior frequência (38,9%), seguido de irmãos (25,6%) (VELHO, 2010).

Ao avaliar o vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma Unidade de Emergência Psiquiátrica, autores observaram que, além dos antecedentes familiares de uso de drogas e de abuso, esteve presente a violência intrafamiliar (SELEGHIM et al. 2011).

O tratamento de usuário de cocaína e/ou *crack* apresenta melhor prognóstico e resultados quando a família é avaliada, orientada, envolvida no processo terapêutico e auxiliada na resolução de suas dificuldades específicas (FIGLIE, 2004; ALELUIA, 2007; OLIVEIRA; NAPPO, 2008; WOOD et al., 2010).

A quebra dos vínculos familiares, representa hoje um dos fatores cruciais para o início do consumo de drogas ilícitas e da violência gerada por esse fenômeno. O papel individual que o usuário exerce no contexto familiar tem grande importância para compreensão da dependência química (SILVA, 2008).

2.9 Aspectos relacionados ao Emprego /Sustento

Como visto o uso de cocaína e/ou crack está relacionado a diversos problemas físicos e psíquicos, além de ser um grande problema social (RIBEIRO et al., 2006). Estudos clínicos apontam que, concomitantemente com o uso abusivo e a dependência, ocorrem prejuízos no desempenho profissional, familiar e/ou social, o que muitas vezes acarreta desemprego, aposentadoria por invalidez, entre outros problemas (WHITE ALTMANN, NANCHAHAL, 2002).

Estudo com usuários de cocaína e/ou *crack* evidenciou que metade dos usuários não possuía fonte de renda; entre os usuários de *crack*, a proporção de desemprego foi maior (74,9%) quando comparada aos usuários de cocaína inalada (25,1%) (FERREIRA FILHO et al., 2003). Os autores descreveram que os usuários de *crack* apresentavam piores condições socioeconômicas quando comparados a outros usuários.

Entre os usuários de *crack* na cidade do Rio de Janeiro, atendidos em serviço ambulatorial, 55% da amostra estavam desempregados e apenas 10% recebiam benefícios (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011). Outro estudo realizado na cidade de São Paulo, envolvendo usuários e ex-usuários, mostrou que, dos entrevistados, 61,9% realizavam “bicos”, 32,2% estavam desempregados e apenas 6,5% possuíam emprego (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

2.10 Aspectos relacionados à Violência e Homicídios

Os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas vão muito além dos efeitos sobre a pessoa que consome a substância. Os efeitos podem ser sentidos em todos os segmentos da sociedade. Doenças físicas e/ou mentais incapacitantes, violência (assaltos, suicídio, homicídio, tráfico de drogas) e mortes precoces são alguns dos efeitos (GUINDALLINI et al., 2006).

Os problemas sociais advindos do uso de substâncias ilícitas são maiores do que aqueles resultantes do uso de substâncias lícitas (álcool, tabaco). Em primeiro lugar, estão relacionados à produção ilegal, à distribuição e à posse de drogas ilícitas, que se constituem em crime. Segundo, o uso de

drogas eleva a criminalidade, com aumento da violência social (tráfico, homicídio, suicídio), posse ilegal de armas e corrupção em vários níveis e formas. Esses graves problemas resultam em custos financeiros e sociais para toda a sociedade, com piora da qualidade de vida (FRISCHER; GREEN; GOLDBERG, 1994).

Além dos problemas médicos e sociais para o indivíduo, o consumo contemporâneo de drogas sempre apresentou uma forte associação com o mundo do crime, enquanto um elemento capaz de sublevar massas e reforçar comportamentos antissociais (ESCOHOTADO, 1997; MUSTO, 2001; RIBEIRO et al., 2006).

O aumento da criminalidade e da violência nas últimas décadas do século XX decorreu de uma complexa rede de acontecimentos, influenciados por fatores econômicos, políticos e culturais. Por quase todo o século XX, as políticas públicas de drogas tentaram lidar com a questão, dividindo-a em dois flancos: os problemas de saúde relacionados ao consumo individual merecem ações sanitárias e assistenciais, direcionadas à prevenção e ao tratamento dos usuários. Já os danos sociais suscitaram a criação de instituições repressoras, tendo o direito penal como seu principal instrumento (PASSETTI, 1991; MILITELLO, 1997; RIBEIRO et al., 2006).

A presença de jovens no cotidiano do tráfico de drogas decorre, provavelmente, das desigualdades sociais do país, constatadas por meio da concentração de renda e da ausência de oportunidades, tais como nutrição, educação, assistência médica, habitação e formação profissional adequada (SZWARCOWALD; CASTILHO, 1998). Em contrapartida, o mercado ilegal de tráfico oferece possibilidades de ascensão e de relações de reciprocidade social, vantagens imediatas, raramente encontradas nas regiões socialmente excluídas (MINAYO; DESLANDES, 1998; BAPTISTA et al., 2000).

Nos EUA, a política de drogas tem um eixo de conotação tipicamente militarista e acaba se tornando mais uma política de segurança pública do que de saúde, com intervenções cada vez mais profundas do Estado sobre os direitos civis e enrijecimento de medidas punitivas e restritivas de direitos (RIBEIRO et al., 2006).

Com a chegada do *crack*, a economia doméstica do tráfico de drogas modificou-se profundamente, bem como seu modo de ação. Antes do

aparecimento do *crack* em Nova York, a distribuição de substâncias era realizada por grupos de minorias étnicas culturalmente coesas, fazendo seus lucros circularem dentro daquela comunidade, sob forma de bens e serviços. O uso compulsivo do *crack* e a busca por divisas voltaram-se para a obtenção de mais substâncias, em detrimento da comunidade onde o comércio se dava. Dessa maneira, houve um paradigma importante - a separação entre o vendedor e o consumidor foi abandonada: os consumidores assumiram papéis na distribuição e muitos traficantes se tornaram dependentes do *crack* (HAMID, 1991a).

As principais vítimas da violência engendrada no mercado do *crack* são os próprios consumidores, principalmente os compulsivos e, em boa medida, os de baixa renda, residentes nos aglomerados urbanos onde prevalecem as redes de comercialização estruturadas em “bocas” (SAPORI; SENA, 2012).

Desse modo, surgiu uma nova forma de distribuição: automatizada e executada por jovens e suas gangues, porém fortemente hierarquizada, cada um exercendo especificamente o seu papel. Com o ambiente socialmente excluído, a reorganização dos esquemas de distribuição e venda (gangues) e o livre acesso às armas de fogo geraram uma disputa de mercado por essa nova demanda. Assim, o consumo de drogas passou a ser responsabilizado pela explosão de violência nos guetos (HAMID, 1991b; REINARMAN, LEVINE, 1997).

O consumo e a venda do *crack* são aspectos que envolvem o mercado do tráfico mais competitivo e os padrões de violência mais acentuados, superiores àqueles observados nos mercados das demais drogas ilícitas (SAPORI; SENA, 2012). Trata-se do ponto de encontro permanente entre traficantes e usuários, conhecido como “cracolândia”. Inicialmente restrito a uma zona específica do antigo centro da cidade de São Paulo, hoje multiplicado por inúmeras cracolândias, formado na proporção exata do aumento da demanda (SOUSSUMI, 2012).

Assim, a lucratividade da venda da droga é acentuada pelo fato de que o usuário realiza, diariamente, várias transações comerciais para adquirir o produto. Dessa forma, os traficantes, observando a grande demanda, começaram a recrutar jovens negros e pobres, residentes de bairros com pouca oferta de emprego no mercado formal, para atuarem como vendedores

da droga. Esses jovens buscavam, nas armas de fogo, uma ferramenta de autoproteção, dado que permitem atuar em contexto social bastante conflituoso e pautado pelo constante uso da violência física. Foram, assim, impelidos a prover sua própria segurança por meio do uso intensivo de armas de fogo (BLUMSTEIN, 1995; SAPORI, SENA, 2012).

A relação entre homicídios e uso e tráfico de *crack* na cidade de Nova York, entre 1985 e 2003, considerou que o pico da epidemia de homicídios ocorreu durante o ano de 1988. A amostra de 414 homicídios obteve evidências consistentes acerca da relação entre drogas e violência: 52% estavam relacionados ao uso de drogas, sendo que a maioria (65%) envolveu o *crack*. Foi constatado ainda que três quartos de tais homicídios foram motivados por conflitos relativos ao mercado ilícito da droga, sendo mais comuns as disputas territoriais entre comerciantes rivais e entre comerciantes e usuários (GOLDSTEIN; REINARMAN; LEVINE, 1997).

Blumstein (1995) argumenta que a epidemia dos homicídios que assolou a sociedade norte-americana em meados da década de 80 pode ser explicada por dois processos conectados: a emergência e difusão do mercado do *crack* em diversas cidades e a difusão do uso de armas de fogo por amplo contingente de jovens.

Nesse sentido, as taxas de mortalidade entre os usuários de *crack* são mais elevadas que na população em geral (DEGENHARDT et al., 2011).

Kessler e Pechansky (2008) assinalam que a relação entre uso de *crack* e mortalidade não é direta. Segundo eles, há um alto índice de mortalidade entre esses usuários, mas é importante compreender que os óbitos estão muito mais associados a elementos de tráfico, disputa entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia do que propriamente ao dano causado diretamente pela droga.

Goldstein, Reinerman e Levine (1997) identificou três maneiras pelas quais os homicídios, no estado de Nova York, eram associados às drogas, no ano de 1984. Dos casos, 25% foram por homicídios psicofarmacológicos (cometidos sob pesada intoxicação de álcool ou drogas), 10% homicídios sistêmicos (cometidos entre pessoas envolvidas em vendas de drogas) e menos de 2% referiam-se à modalidade compulsiva econômica, praticados no decurso de roubos e assaltos a cidadãos comuns.

O suicídio pode ser visto como uma forma de comportamento violento autodestrutivo. Um estudo na cidade de New York evidenciou que a cocaína estava presente em um a cada cinco casos de suicídio. Pode ocorrer, em consequência da depressão frequente, em usuários de *crack* (MARZUK et al., 1995).

Fatos observados no Brasil mencionam que a necessidade de gerar renda para manter o consumo de cocaína e/ou *crack* pode contribuir para os altos índices de criminalidade. A falta de controle sobre o uso da droga, associada a outras variáveis como fatores culturais, socioeconômicos e psicológicos, é capaz de gerar transtornos emocionais no indivíduo, os quais podem conduzi-lo a atos violentos (FERRI; GOSSOP, 1999; FORSTER; TANNHAUSER; BARROS, 1996; LIPTON; JOHNSON, 1998).

No entanto, estudo refere que a associação *crack* e violência não deve ser compreendida apenas no âmbito psicofarmacológico da droga, considerando que, após sua ingestão, algumas pessoas podem se tornar irracionais a ponto de agir de forma violenta, ou mesmo em decorrência da irritabilidade associada a síndromes de substâncias que causam dependência química (SAPORI; SENA, 2012).

A relação entre drogas e violência está relacionada à dinâmica do comércio de drogas ilícitas, incluindo disputas territoriais entre traficantes rivais, afirmação de códigos e condutas no interior dos grupos de traficantes, eliminação de informantes, punições por adulteração de drogas, punições por dívidas não pagas, entre outros conflitos que emergem nesse processo da comercialização (SAPORI; MEDEIROS, 2010; SAPORI; SENA, 2012).

Vale ressaltar que o mercado do *crack* tende a disseminar a violência nas regiões onde predomina, incrementando a incidência de roubos e, principalmente, de homicídios. Os consumidores compulsivos de *crack* tendem a se inserir na rede de comercialização do produto como pequenos revendedores; porém, é maior a probabilidade de consumirem aquilo que deveriam revender, quando comparados aos usuários da cocaína em pó. Além disso, podem tornar-se devedores de seus fornecedores, em geral os gerentes das bocas (local de venda de drogas ilícitas). Não pagando em tempo hábil o que devem, pagam com sua própria vida (SAPORI; SENA, 2012).

2.11 Aspectos Legal / Justiça

Além dos problemas físicos e psiquiátricos, muitos problemas sociais e legais relacionados ao consumo de cocaína e/ou *crack* têm sido amplamente registrados. Uma das principais complicações advindas do consumo dessas substâncias são os problemas com a justiça. Diversos estudos têm apontado o relacionamento estreito entre o consumo de álcool e de outras drogas e o crime (BALTIERI; CORTEZ, 2009).

Ao pesquisar padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados no município de São Paulo, Ferreira Filho et al. (2003) constataram que os dependentes de *crack* apresentavam maior frequência (57,4%) de prisões decorrentes da violência e criminalidade. Dessa forma, evidenciaram que esses eram algum dos motivos que justificavam a busca por tratamento em função de seu alto grau de prejuízo biopsicossocial.

Pesquisa realizada com 699 usuários de cocaína em um ambulatório e seis clínicas de internação no município de São Paulo identificou aspectos relacionados à história criminal. Os dados mostraram que 53% dos usuários tinham estado na prisão em alguma fase de sua vida. Comparando a via de administração, a taxa mais elevada foi no grupo de usuários de ambas as formas (inalada e fumada) (59%) em relação aos usuários da cocaína em pó (36,7%) e de *crack* (49%), correspondendo não significativamente (GUINDALINI et al., 2006).

Fatores relacionados à criminalidade em usuários internados foram identificados no estudo de Guimarães et al., (2008); dos 30 usuários, 40% apresentaram antecedentes criminais, sendo 25% motivados pelo uso da droga, enquanto 41,7% tiveram os dois tipos de crime: motivados e não motivados pela droga; 10% já haviam estado em regime penitenciário, (permanecendo, em média, 30 dias na prisão), o que caracteriza uma pena branda. Esse dado é distinto da tendência observada nos EUA, por meio do *Drug Enforcement Administration* (DEA), que consiste em um departamento que compõe a justiça americana, em que as penas para os usuários de *crack* têm sido maiores do que para outras drogas (ESCOHOTADO, 1997).

A dispersão do *crack* em nosso país, a exemplo de outros, tem sido acompanhada pelo aumento da criminalidade, como assaltos em sinaleiros,

sequestros relâmpagos, assassinatos, chacinas frequentes com mortes, principalmente de jovens e crianças e estupros. Esses comportamentos são consequências do uso compulsivo, sobretudo de cocaína e/ ou *crack*. Segundo Boyum e Kleiman (1995), quase 40% dos usuários de cocaína e/ ou *crack* relataram que cometem crimes para obter a droga; entre 50 a 80% dos indivíduos que são presos por crimes não relacionados às drogas apresentam testes positivos para as mesmas no momento em que são presos (FREEMAN, 1996).

Em virtude da fissura gerar uma necessidade de usar a droga, o usuário esgota rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades fora do mercado legal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física. Nesse sentido, as atividades mais citadas são o tráfico, roubos, sequestros, venda de pertences próprios e de familiares e a prostituição (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Foi realizado um estudo com 322 usuários de cocaína, sendo 237 em tratamento e 95 fora do tratamento. Em relação às taxas de criminalidade, em geral, ela era mais frequente entre os usuários de cocaína na comunidade, (sem tratamento). Os resultados apresentaram a distribuição de droga “avião” (63,2%), em seguida roubar objetos em lojas (42,1%), tráfico (40%), roubar pessoas (37,9%), roubar casas (33,7%), assalto (31,6%), carregar armas para proteção pessoal (29,5%) e roubar carros (23,2%) (FERRI et al., 1997).

2.12 Aspectos relacionados ao uso de álcool

Se, por si só, o consumo de álcool tem várias consequências para a saúde física e mental do indivíduo, quando associado ao consumo de outras substâncias como cocaína e/ou *crack*, os prejuízos são ainda maiores. O consumo de cocaína e álcool ocasiona problemas à saúde pública, gerando uma série de complicações clínicas, psiquiátricas, contribuindo para aumentar os índices de morbidade e mortalidade (CHASIN, 1996; KOLLING et al., 2007).

O usuário de cocaína e/ou *crack*, na maioria das vezes, apresenta problemas com outras drogas. Tanto a prática clínica como relatos de pesquisas permitem observar que os dependentes de cocaína e *crack*, em geral, são também dependentes de maconha, tabaco e, usualmente,

apresentam uso problemático de álcool (WASHTON, 1989; ALVES, DUAILIBI, 2007).

Estudos mostram que a combinação do uso de cocaína e álcool aumenta os níveis plasmáticos de cocaína e n orcocaína, reduz as concentrações de benzoilecgonina e induz a síntese de cocaetileno (HEDAYA, PAN, 1996; PAN, HEDAYA, 1999). Essa composição é considerada um fenômeno frequentemente observado nos usuários de cocaína e, dessa maneira, além de intensificar os efeitos da droga, é extremamente prejudicial ao organismo, aumentando os riscos de morte súbita (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

O cocaetileno é o único metabólito da cocaína formado na presença do etanol (SOBEL; RILEY, 1999). O uso nocivo de álcool, cocaína e/ou crack, substâncias que, quando associadas, podem formar cocaetileno, eleva os riscos de sérios problemas cardiovasculares e de toxicidade no fígado (WITTON; ASHTON, 2002; GOMES, 2007).

Segundo Kampman e colaboradores (2004), o cocaetileno é uma substância com propriedades estimulantes similares à própria cocaína. Assim, o metabolismo e a circulação sanguínea da glicose em muitas partes do cérebro ficam reduzidos quando há uso de cocaína associado ao de álcool. O cacaetileno tem alta taxa de distribuição no sangue/cérebro e sua meia-vida plasmática é de 3 a 5 vezes maior que o da c ocaína, cuja média é de 50 minutos (O'BRIEN; ECKARDT; LINNOILA, 1995). Ele pode ser estocado nos tecidos do corpo (HEARN et al., 1991) e sua lenta remoção torna-o um atrativo para o abuso (ANDREWS, 1997).

Outro aspecto farmacocinético decorrente da associação entre cocaína e álcool é a ordem de ingestão. Esse fator é importante e pode influenciar a ação dessa interação. O uso primeiramente do álcool e, posteriormente, da cocaína, eleva as concentrações de cocaína plasmática e de seus efeitos subjetivos, além de aumentar a frequência cardíaca, os sintomas de inquietação psicomotora e ansiedade. Quando ocorre o contrário, ou seja, o uso primeiro de cocaína e depois o de álcool, não resultará em alterações dos níveis de álcool sanguíneo ou nas taxas subjetivas de intoxicação pela cocaína. Assim, ocorrerá uma formação mais lenta de cocaetileno e em menores

quantidades (PEREZ-REYES; JEFFCOAT, 1992; PASTOR, LLOPIS, BAQUERO, 2003; GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006).

O álcool inibe a metabolização (hidrólise) da cocaína em benzoilecgonina e metil-éster-cocaína, lentificando a depuração da substância e potencializando sua ação farmacológica no organismo (PENNING, LECCESE, WOLFF, 2002; PARKER, LAIZURE, 2010).

Atualmente, pesquisas têm investigado, em humanos, a interação entre álcool e cocaína. Essas substâncias, quando combinadas, produzem um aumento mais significativo na frequência cardíaca e na pressão arterial em comparação ao uso isolado de uma das substâncias (CAMI et al., 1998), reduzem a sensação de embriaguez (HIGGINS et al., 1993) e aumentam a sensação de euforia induzida pela cocaína (PEREZ-REYES, JEFFCOAT, 1992; JATLOW, 2001; McCANCE-KATZ, KOSTEN, JATLOW, 1998).

O uso associado de álcool ocorre em, aproximadamente, 50% dos usuários de cocaína, tanto para potenciar os efeitos positivos quanto para aliviar as reações negativas da substância. Porém, há de se ressaltar que dessa mistura surge o cocaetileno, cujos efeitos fisiológicos são muito semelhantes aos da cocaína, mas com maior toxicidade cardíaca e risco de morte (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006).

Nos Estados Unidos, pesquisas mostraram que houve aumento entre 2,4% a 6,1% no consumo ingestão associado de drogas de abuso, entre elas a cocaína e o álcool. Nesse estudo, dados evidenciaram que cerca de 4 milhões da população em geral fizeram uso de álcool e cocaína concomitantemente em algum momento de suas vidas (GRANT; HARTFORD, 1990). Dessa forma, essa associação tem sido frequentemente identificada em ensaios biológicos de vítimas de acidente de trânsito (MARZUK et al., 1995).

Ao avaliar o consumo do álcool em usuários de cocaína (inalada), em uma amostra com 102 sujeitos, os resultados mostraram que 22,8% consumiram o álcool em maior frequência e quantidade (beber pesado), quando comparados aos usuários de *crack* (15,2%) (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006).

O consumo de bebida alcoólica representa um importante fator de risco para o tratamento e o prognóstico, pois há uma relação direta entre usuários de cocaína e abandono de tratamento, tentativa de suicídio e prevalência para

outros transtornos mentais (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006; VAUGHN et al., 2010).

A prevalência de uso concomitante entre cocaína e álcool é muito alta (GRANT; HARFORD, 1990). Os efeitos tóxicos dessa combinação têm sido observados nas salas de emergência e unidades de internação médica. Em 1996, um estudo mostrou que pacientes usuários de álcool e cocaína apresentaram maior porcentagem de queixas na sala de emergência (SIGNS et al., 1996).

Em estudo com pacientes adultos traumatizados, foi evidenciado que o uso associado de álcool e cocaína mostrou gerou aumento no número de admissão na unidade de terapia intensiva, resultando, dessa maneira, em maiores custos na atenção especializada (WIENER et al., 2010).

O álcool pode prolongar os efeitos agradáveis quando combinado com os efeitos da cocaína (MCCANCE et al., 1993; HARRIS et al., 2003). Desse modo, pode funcionar como um gatilho para o uso de cocaína e/ou *crack*, tornando fundamental que seja abordado o impacto do consumo simultâneo das duas substâncias (WITTON; ASHTON, 2002; GOMES, 2007).

Segundo Brown, Seraganian, Tremblay (1993), o usuário de cocaína e álcool geralmente inicia o uso de bebida mais cedo do que o usuário de álcool isoladamente, além de apresentar mais dificuldade para se manter abstinente. Dessa forma, a presença do consumo de bebidas alcoólicas deve ser sempre investigada nessa população (CHASIN, 1996; PUPO, RIBEIRO, MARQUES, 2012).

Justificativa

Entende-se que a cessação ou diminuição do uso de cocaína e/ou de *crack* é de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida de um modo geral. Frente a essa situação, o diagnóstico e o tratamento do usuário de cocaína e/ou de *crack* são desafios frequentes que se encontram no cotidiano de trabalho de muitos profissionais de saúde, considerando a gravidade e os diversos problemas relacionados ao uso dessa substância.

Por meio desta investigação, portanto, acredita-se que os resultados venham atender à premente necessidade de conhecer o perfil dos usuários de cocaína e/ou de *crack* quando esses chegam ao serviço especializado, bem como compreender as possíveis relações entre o uso da droga e os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ampliando, assim, as possibilidades de se atingir a excelência nos cuidados prestados nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas à medida que intervenções sejam adequadamente desenvolvidas.

Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o uso de cocaína e/ou de *crack* e as possíveis relações com os aspectos biológicos, psicológicos e sociais em clientes de um serviço especializado no tratamento da dependência.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Identificar as características sociodemográficas de usuários de cocaína e/ou de *crack*, clientes de um serviço especializado.

4.2.2 Avaliar o uso de cocaína e/ou de *crack*, níveis de gravidade da síndrome de dependência e fissura dessas substâncias em clientes de um serviço especializado.

4.2.3 Avaliar o uso de álcool e suas possíveis consequências em usuários de cocaína e/ou de *crack* em clientes de um serviço especializado

4.2.4 Identificar as possíveis relações entre uso de cocaína e/ou de *crack* e os aspectos familiares/amigos, saúde mental/física, trabalho/ocupação, uso de substâncias psicoativas e aspectos legais/jurídicos em clientes de um serviço especializado.

Hipóteses

H0 – Não há diferenças entre os níveis de gravidade da dependência entre os usuários de *crack* e os de cocaína.

H1 - Há diferenças entre os níveis de gravidade da dependência entre os usuários de *crack* e os de cocaína.

H0 – Não há diferenças entre os usuários de *crack* e os de cocaína, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

H1 – Há diferenças entre os usuários de *crack* e os de cocaína, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

.

.

Material e Método

6.1 Desenho Metodológico

Trata-se de estudo do tipo transversal da abordagem quantitativa.

6.2 Local

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad II) de Ribeirão Preto, SP.

Trata-se de um serviço pioneiro na assistência aos usuários de álcool e/ou de drogas, subsidiado e descrito pela Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e/ou outras Drogas, inaugurado pela necessidade de um serviço especializado, e de referência, para a rede de saúde mental em Ribeirão Preto, SP.

O CAPSad II foi criado no Sanatório Espírita Vicente de Paulo ou Paula, em Ribeirão Preto, SP, em 1996, em parceria com a Prefeitura Municipal. Conveniado com o SUS, está integrado à rede de atendimento à saúde do município, que são a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Unidade de Desintoxicação do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e outras unidades básicas de saúde do município.

O referido serviço oferece atendimento desde a assistência intensiva a não intensiva aos usuários de todas as faixas etárias, de ambos os sexos. O atendimento é realizado por equipe interdisciplinar, composta por enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra e clínico, assistente social, professor de educação física e equipe de apoio, que trabalham de modo integrado e com base em uma proposta terapêutica comum.

6.3 Amostra

Uma amostra de conveniência foi composta por 42 usuários de cocaína inalada e 53 de *crack*, os quais estavam em tratamento para dependência no referido serviço.

6.4 Critério de inclusão

Foram incluídos clientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, matriculados nos CAPSad II.

6.5 Critérios de exclusão

Excluíram-se os clientes que apresentaram retardo mental grave, sintomas psicóticos evidentes, prejuízos cognitivos severos, avaliados pela Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS (ANEXO A).

6.6 PROCEDIMENTOS

6.6.1 Recrutamento

Os clientes foram recrutados nas atividades terapêuticas de rotina do referido serviço, ou seja, no primeiro atendimento individual (na triagem) ou no grupo de acolhimento. Essas atividades foram escolhidas uma vez que todos os clientes passam por assistência, seja com a enfermeira ou outro profissional da equipe de saúde. Assim, os clientes foram convidados a participar da pesquisa e o agendamento ocorreu segundo a sua disponibilidade de horário. Essa estratégia foi necessária para que a participação na pesquisa não compromettesse a funcionalidade do serviço. Os clientes foram apresentados aos pesquisadores pela enfermeira do serviço e esclarecidos quanto aos procedimentos da pesquisa. A entrevista com aqueles que aceitaram participar foi agendada em local reservado.

6.6.2 Coleta dos dados

A coleta foi realizada durante um período de três meses, ou seja, no primeiro semestre de 2012. Para que pudesse ser iniciada, foi necessária uma avaliação dos sintomas mentais (por meio da escala BPRS), de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

No primeiro encontro, seguindo o horário agendado, a pesquisadora principal e os três pesquisadores aplicaram o questionário em uma sala reservada, atentando para os preceitos éticos.

6.7 Instrumentos de coleta dos dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário composto por seis partes:

- 6.7.1. Informações sociodemográficas;
- 6.7.2. Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS);
- 6.7.3. *Cocaine Craving Questionnaire - Brief* (CCQ-B) - Versão brasileira;
- 6.7.4. Inventário das Consequências do Beber (DrInC);
- 6.7.5. *Short Alcohol Dependence Data* (SADD);
- 6.7.6. The Addiction Severity Index (ASI6).

A seguir, apresentaremos, de forma específica, a composição de cada escala (ANEXO B).

6.7.1 Informações sociodemográficas

Idade, sexo, raça/cor de pele, estado civil, escolaridade, ocupação.

6.7.2. Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS)

No presente estudo, a Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS) foi utilizada para mensurar o nível de gravidade da dependência de cocaína e/ou *crack* (GOSSOP et al., 1995).

A SDS é composta por cinco itens, que fornecem uma pontuação indicativa do nível de gravidade da dependência de drogas. Cada item possui um escore de respostas de quatro pontos. Assim, os itens 1 a 4 são compostos por: (0) Nunca ou quase nunca; (1) Algumas vezes; (2) Sempre; (3) Quase sempre. Para o item 5, as respostas são (0) Não é difícil; (1) Difícil; (2) Muito difícil; (3) Impossível (GOSSOP et al., 1995, FERRI et al., 2000).

A pontuação total é obtida por meio da soma dos cinco itens, os quais mensuram os sintomas da síndrome de dependência nos últimos 12 meses.

Para sua leitura, quanto maior a pontuação, maior o nível de gravidade da dependência da droga (GOSSOP et al., 1995).

Trata-se de uma escala econômica, de fácil aplicação, que pode ser usada para avaliar o grau de severidade da dependência de diferentes tipos de drogas; foi validada no Brasil por Ferri et al., 2000. A SDS leva em torno de cinco minutos para ser respondida (GOSSOP et al., 1995).

Em estudo realizado com 374 usuários de drogas, as pontuações para os usuários de cocaína, *crack*, maconha e álcool foram significativamente positivas, indicando que a versão em português da SDS é uma ferramenta de pesquisa válida (FERRI et al., 2000).

6.7.3. Cocaine Craving Questionnaire - Brief (CCQ-B) versão brasileira

Desenvolvido por Sussner et al., (2006), o CCQ-Brief foi estudada em uma amostra com 247 usuários de drogas, principalmente de cocaína, internados. Em sua validação original, obteve um valor de alfa de Cronbach = 0,90, indicando ser um instrumento adequado para avaliar a fissura (*craving*).

Na versão original, a *Cocaine Craving Questionnaire Now* (CCQ-Now) perfazia um total de 45 itens, divididos em cinco categorias: desejo de usar cocaína, antecipação do resultado positivo, alívio dos sintomas da abstinência ou afeto negativo, intenção e planejamento para o uso de *crack* e a falta de controle desse uso (TIFFANY et al., 1993). A versão CCQ-Now foi testada e validada no Brasil em 2006, por Silveira et al., (2006).

A CCQ-B, na versão brasileira, está composta por 10 itens e foi utilizada, por Araújo et al. (2011), em usuários de *crack* hospitalizados. Na validação psicométrica resultaram dois fatores sendo: 1) representa o constructo da fissura (*craving*) e 2) a falta de controle do uso da cocaína e do *crack*.

A escala pode ser avaliada a partir de seu escore total (com os itens 4 e 7 invertidos e somados aos demais itens). Dos pontos do fator 1 – somam-se todos os itens, exceto 4 e 7, e, no fator 2 – somam-se os itens 4 e 7 já invertidos.

Na versão brasileira, as respostas do tipo *Likert* compunham sete pontos, que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (ARAÚJO et al., 2011). Para a leitura do escore total do CCQ-Brief, realiza-se o somatório

de pontos de todos os itens e, então, para a leitura, quanto mais alta a pontuação na escala, maior o nível de gravidade da fissura.

6.7.4 Inventário das Consequências do Beber (DrInC)

Trata-se de um inventário que avalia os problemas e as consequências do hábito de beber como um constructo distinto do consumo e dependência nas esferas física, interpessoal, intrapessoal, controle de impulsos e de responsabilidade social. Foi desenvolvido no Projeto MATCH para a descrição de pacientes e avaliação do desfecho clínico (MILLER; TONIGAN; LONGABAUGH., 1995) e validado no Brasil (FIGLIE, 2004).

O inventário está dividido em cinco domínios, distribuídos em:

(1) Consequências físicas (8 itens), que se referem às consequências do beber abusivo (efeitos agudos e crônicos da embriaguez). Os itens avaliam a ressaca, problemas do sono, doenças, prejuízos à saúde, hábito alimentar e danos relacionados ao beber.

(2) Consequências interpessoais (10 itens) - enfocam o impacto do beber sobre as relações da pessoa. As consequências adversas incluem o dano ou perda de amizade, de um relacionamento amoroso, prejuízos e perdas afetivas, em função do beber, de familiares, amigos, danos à reputação e ações cruéis ou confusas enquanto esteve embriagado.

(3) Consequências intrapessoais (8 itens), dizem respeito às percepções subjetivas que podem ser observáveis por outros. Incluem maus sentimentos, infelicidade em função da bebedeira, embriaguez frequente, experiências de mudanças de personalidade para pior e interferência no crescimento pessoal, vida moral/espiritual, atividades e interesses.

(4) Responsabilidade social (7 itens), refere-se às repercussões no cumprimento de papéis, observado por outros. Inclui os problemas no trabalho e/ou escola (ausência, redução na qualidade no trabalho, demissão ou suspensão), problemas financeiros graves, envolvimento em confusões e não atendimento às expectativas.

(5) Controle de impulsos (12 itens), incluindo os prejuízos causados pela embriaguez, uso abusivo de outras substâncias (tabaco, drogas), ações

impulsivas, exposição a r iscos, lutas físicas, acidentes de trânsito após o beber, conflitos com a lei , responsabilização por autoria de danos a outros ou a propriedades.

A pontuação total consiste no somatório dos escores, sendo, primeiramente, de cada domínio e, após, da es cala total (ANEXO B). As respostas são dicotômicas: (1) Sim e (0) Não; sua somatória resulta em uma pontuação classificada em: muito baixa, baixa, média, alta e muito alta.

O fato da escala DrInC ser um instrumento de autorrelato possibilita uma avaliação quantitativa do j ulgamento do usuário, o que permite uma aproximação empírica e da di mensão do funcionamento vital associado ao consumo do álcool (LONGABAUGH et al., 1994; PICCOLOTO et al., 2006).

6.7.5. Short Alcohol Dependence Data (SADD)

O *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) (RAISTRICK; DAVIDSON, 1983) foi traduzido e validado para o português do Brasil por Jorge e Masur (1986). Trata-se de uma escala breve, constituída por 15 itens relacionados ao consumo do álcool; tem por objetivo avaliar o grau de dependência dessa substância.

Há quatro alternativas de respostas para cada item: (0) Nunca; (1) Poucas vezes; (2) Muitas vezes; (3) Sempre. De acordo com o somatório total de pontos, os usuários são classificados nas seguintes categorias: 1 a 9 = Dependência leve; 10 a 19 = Dependência moderada; 20 a 45 = Dependência grave (ANEXO B).

Em estudo realizado com pacientes ambulatoriais como gastroenterologia e out ro específico para o tratamento da d ependência do álcool, os autores, ao investigarem as motivações para mudanças de comportamento do beber, constataram que pacientes do ambulatório especializado para o tratamento do álcool pontuaram médias mais elevadas na SADD, com fortes indicadores de dependência grave do álcool, enquanto os da gastroenterologia foram considerados mais propensos a u m quadro de dependência moderada (FLIGLIE et al., 2005).

6.7.6 *The Addiction Severity Index (ASI6)*

O *Addiction Severity Index* (ASI) é um instrumento de entrevista semiestruturada, que acessa, de forma multidimensional, informações relativas aos vários aspectos da vida de pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. Pode ser utilizado na admissão ao tratamento e, posteriormente, no seguimento de um projeto terapêutico, pois possibilita a obtenção de informações dos seis meses anteriores a entrevistas, bem como dos 30 dias prévios ao contato (MCLELLAN et al., 2006).

Normalmente, o ASI é utilizado no início do tratamento e seus escores fornecem um perfil geral da gravidade dos problemas em cada área específica, o que torna seu uso altamente relevante para a prática clínica, especialmente no planejamento do tratamento, avaliação dos resultados e encaminhamentos dos usuários (KESSLER et al, 2010).

Atualmente, no Brasil, o ASI está em sua sexta versão. Inicialmente a escala foi desenvolvida por McLellan et al., (1980), no *Center for Studies of Addiction*, na Filadélfia, EUA, decorrente de um projeto elaborado na Universidade da Pensilvânia pelos doutores Alterman, Cacciola e McLellan.

No Brasil, a versão foi traduzida para o português por Castel, Formigoni (1999). Esses autores descreveram que o ASI é muito mais conhecido e desenhado para a avaliação do tratamento das dependências, para mensurar as mudanças ao longo do tratamento nas referidas áreas: (1) Estado físico, composto por 11 itens; (2) Emprego e financeiro, composto por 24 itens; (3) Uso de álcool e drogas, composto por 27 itens, (4) Aspectos Legal/Justiça, composto por 30 itens, 5) Situação familiar e apoio social, composto por 27 itens, 6) Psiquiátrica, composto por 22 itens; há ainda outros 7 itens que envolvem as informações gerais (ANEXO B).

Em 2005, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), reconheceu a importância do ASI6 e financiou sua validação no Brasil (ASI-6), por meio de um convênio entre a comunidade científica, coordenada por Felix Kessler e Flávio Pechansky, e o Governo Federal. A orientadora da presente investigação, Professora Sandra Pillon, participou do treinamento para sua

validação na versão brasileira, bem como solicitou, pessoalmente, autorização para sua utilização aos autores originais.

Quanto às propriedades psicométricas, existem avaliações da confiabilidade entre teste e reteste e consistência interna, assim como validade de conteúdo, preditiva, concorrente e de construto. Esses estudos foram realizados em diferentes países e populações (DONOVAN, 1995; CASTEL; FORMIGONI, 1999; KESSLER, 2011).

A pontuação é construída por meio da somatória dos escores, ou seja, é determinada por meio da compilação das respostas identificadas em cada área, baseando-se no período de 30 dias anteriores nas áreas: médica, emprego/sustento, uso de álcool e/ou de drogas, situação legal, situação da relação familiar e social e saúde mental. Utilizado por Pereira (2008) em usuários de álcool de um CAPSad, sua consistência interna manteve-se bastante modesta.

Várias alterações foram realizadas para que o ASI se tornasse mais útil aos pesquisadores clínicos e aos profissionais envolvidos em políticas públicas para álcool e drogas (McLELLAN et al., 2006; CACCIOLA et al., 2011, KESSLER, 2011).

Para a recodificação das variáveis e, posteriormente, leitura do ASI6, a equipe de pesquisadores do Dr Pechansky elaborou uma *Syntax* dos dados (a ser utilizada nos programas: SPSS e EXCEL), sua aplicação resulta nos escores finais do ASI; esse material está disponível na *homepage* do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), juntamente com o Manual de Aplicação e o Guia de Orientação, os quais foram utilizados no presente estudo.

6.8 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, segundo a Resolução 96/196, Processo N°.1471/2011.

Os clientes do CAPSad foram convidados a participar da pesquisa, bem como esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos para a realização da entrevista, cuja aplicação ocorreu em locais reservados, possibilitando-lhes

tranquilidade e privacidade, bem como a garantia do seu anonimato nas entrevistas.

Todos os participantes foram informados que poderiam interromper ou encerrar a entrevista no momento em que desejassem e esclarecidos que a pesquisa não lhes causaria qualquer risco físico, social ou psicológico ou geraria custo econômico.

Após a aceitação, cientes de todos os aspectos já descritos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com uma cópia do mesmo.

6.9 Análise Estatística

Para análise do material, elaborou-se um banco de dados no *Statistical Program of Social Science (SPSS) v.19, for Windows*.

Em um primeiro momento foi realizada a análise exploratória por meio de médias, frequência e porcentagem dos dados para elucidação das características da amostra e análise comparativa a fim de avaliar as possíveis associações entre as variáveis estudadas.

Os dados foram avaliados por meio da estatística descritiva, tendo sido possível a caracterização da amostra quanto às variáveis em estudo. Esta metodologia tem como objetivo sintetizar uma série de valores de mesma natureza, possibilitando uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de *Fisher* (FISHER, 1935).

Para realizar a correlação entre as variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, que quantifica a força de associação linear entre duas variáveis, e, portanto descreve quão bem uma linha reta se ajustaria através de uma nuvem de pontos. Utilizou-se também o coeficiente de correlação de *Spearman* (PAGANO, GAUVREAU, 2004), o qual consiste em uma medida de correlação não-paramétrica, isto é, avalia a relação entre duas variáveis com base nos postos das suas observações, sem fazer suposições sobre a distribuição de suas frequências. Esse procedimento foi realizado através do software SAS® 9.1, utilizando a PROC CORR. O coeficiente de

correlação mede o grau de associação linear entre duas variáveis e pode variar de -1 a 1 , dependendo da relação encontrada: positivamente correlacionada (se uma variável tende a aumentar em grandeza conforme a outra também aumenta) ou negativamente correlacionada (se uma variável tende a diminuir conforme a outra aumenta).

Para as comparações, foi utilizado teste *t-Student*, que consiste em comparar duas médias provenientes de amostras não pareadas. Para a utilização desse teste é necessário avaliar se as variâncias dos dois grupos são estatisticamente iguais e se os dados seguem uma distribuição normal. Para este procedimento, foi utilizado o PROC TTEST do Software SAS® 9.0. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* estatístico SAS® 9.0. Valores de p menores que $0,05$ foram considerados significativos.

Resultados

PARTE 7.1: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Os usuários de cocaína e/ou *crack* são, em sua maioria, do sexo masculino, adultos jovens, solteiros, cor branca, com baixo nível de escolaridade, professam a religião católica e se ocupam de atividades informais. Esses dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Informações sociodemográficas, segundo os usuários de cocaína e/ou de *crack*, clientes do CAPSad (N = 95). Ribeirão Preto, 2012.

		Cocaína (N=42)		Crack (N=53)		p.
		N	%	N	%	
Sexo	Masculino	28	39,4	43	60,6	0,153
	Feminino	14	58,3	10	41,7	
Idade	18 - 29 anos	26	27,3	22	23,1	0,057
	30 - 49 anos	13	13,6	29	30,5	
	50 anos ou mais	03	3,1	02	2,1	
Estado Civil	Solteiro	22	52,4	24	45,3	0,621
	Separado ou Divorciado	12	28,6	16	30,2	
	União consensual	6	14,3	12	22,6	
	Viúvo	2	4,8	01	1,9	
Cor de Pele	Branca	23	54,8	25	47,2	0,581
	Parda	10	23,8	18	34,0	
	Negra	09	21,4	10	18,9	
Escolaridade	Nenhuma	01	2,4	01	1,9	0,184
	Ensino Fundamental Compl/Incompleto	17	40,5	31	58,5	
	Ensino Médio Compl/Incompleto	22	52,4	17	32,1	
	Ensino Superior Compl/Incompleto	02	4,8	04	7,5	
Religião	Católica	28	66,7	20	37,7	0,013
	Evangélica	11	26,2	21	39,6	
	Espírita	03	7,1	05	9,4	
	Nenhuma	-	-	07	13,2	
Situação Laboral	Fora do mercado de trabalho	22	52,4	25	47,2	0,453
	Desempregado e procurando trabalho	10	23,8	8	15,1	
	Trabalho informal	7	16,7	14	26,4	
	Trabalho formal	3	7,1	6	11,3	

Quanto à participação no tratamento, mais da metade dos usuários de cocaína e *crack* já esteve internada, conforme evidenciam os dados na Tabela 2.

Tabela 2. Participação em tratamentos para dependência de drogas, segundo os usuários de cocaína e/ou de *crack* do CAPSad (N = 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Cocaína		Crack	
	N	%	N	%
Em tratamento	21	50,0	33	62,3
Primeira vez no tratamento	21	50,0	20	37,7

*p≥0,05 Teste Exato de Fisher

Esses usuários procuraram o tratamento por si mesmo, em sua maioria, ou com ajuda do cônjuge, familiar ou amigos, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Encaminhamentos para o tratamento do uso de drogas, segundo os usuários de cocaína e/ou de *crack* do CAPSad (N = 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Cocaína		Crack	
	N	%	N	%
Por iniciativa própria, cônjuge, familiar ou por amigos.	30	71,4	33	62,3
Instituição de saúde ou profissional da saúde	9	21,4	12	22,6
Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas	3	7,1	3	5,7
Serviço comunitário	-	-	3	5,7
Sistema penal ou pelo juiz	-	-	2	3,8

As doenças mais prevalentes apresentadas pelos usuários de cocaína, avaliadas pelo ASI, foram a HAS e outros problemas ou doenças crônicas. Os usuários de *crack* apresentaram também problemas respiratórios e convulsões, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Doenças clínicas, segundo os usuários de cocaína e/ou de *crack* do CAPSad (N = 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Cocaína		Crack	
	(N=42)		(N=53)	
	N	%	N	%
Hipertensão Arterial Severa	8	19,0	8	15,0
Problemas respiratórios	3	7,1	8	15,0
Epilepsia/convulsões	1	2,3	8	14,2
Doença cardíaca	1	2,3	3	5,6
Hepatite	2	4,8	3	5,6
Tuberculose	1	2,3	3	5,6
Diabetes	2	4,7	1	1,8
HIV/AIDS	1	2,3	1	1,8
Outros problemas ou doenças crônicas (ex. dor lombar crônica)	6	14,2	7	13,2

PARTE 7.2: USO DE ÁLCOOL E/ OU DE OUTRAS DROGAS

As drogas de maior uso foram o *crack*, a cocaína e o álcool, conforme evidencia a Tabela 5.

Tabela 5. Drogas de maior consumo, segundo os clientes do CAPSad (n=95). Ribeirão Preto, SP.

	Primeira droga		Segunda droga		Terceira droga	
	N	%	N	%	N	%
Cocaína	42	44,2	16	16,8	4	4,2
<i>Crack</i>	53	55,8	2	2,1	-	-
Álcool	-	-	26	27,4	8	8,4
Maconha	-	-	23	24,2	9	9,5
Nicotina	-	-	4	4,2	1	1,1
Alucinógenos	-	-	-	-	1	1,1
Sedativos	-	-	1	1,1	-	-

Ao comparar as médias de idade quando do primeiro uso de álcool, maconha e cocaína (fumada ou inalada), identificou-se que não houve diferenças entre os usuários de cocaína e *crack*. Observa-se que, os usuários de *crack* são mais adultos, mas o início do uso da maconha ocorreu em média aos 13,5 anos, do álcool em média aos 17,1 anos e do próprio *crack* em média aos 22,7 anos. Entretanto, o uso de cocaína (inalada) ocorreu anos mais tarde para todas as drogas, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Média e Desvio-padrão da idade e do primeiro uso de álcool, maconha e cocaína (inalada ou fumada), segundo os clientes do CAPSad (n=95). Ribeirão Preto, SP.

	Drogas	Média	DP	p.
Idade	Cocaína	33,7	10,5	0,320
	<i>Crack</i>	35,1	9,4	
Idade do primeiro uso de maconha	Cocaína	16,7	7,7	0,101
	<i>Crack</i>	13,5	5,8	
Idade do primeiro uso de álcool.	Cocaína	18,1	4,6	0,525
	<i>Crack</i>	17,1	4,1	
Idade do primeiro uso de cocaína.	Cocaína	21,8	5,3	0,998
	<i>Crack</i>	22,7	9,3	

*p≥0,05

Em média, os usuários de *crack* consomem há mais tempo, em anos e dias, essa substância. Quando comparados aos usuários de cocaína inalada, no entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Média e Desvio padrão do tempo de uso de cocaína/*crack*, segundo os clientes do CAPSad (n=95). Ribeirão Preto, SP.

	Drogas	Média	DP	p.
Tempo de uso da droga (em anos)	Cocaína	9,1	5,5	0,081
	<i>Crack</i>	11,9	7,3	
Dias de uso da droga	Cocaína	10,3	9,6	0,006
	<i>Crack</i>	16,8	11,7	

*p≥0,05

Enquanto 41,5% dos usuários de *crack* nunca beberam no padrão *binge*, 38% usuários de cocaína já o fizeram, no período de tempo de um ano a 10 anos, com tendência à estatística significativa, conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8. Uso de álcool na vida (em anos), no padrão *binge*, segundo os clientes do CAPSad (n=95). Ribeirão Preto, SP.

	COCAÍNA		CRACK	
	N	%	N	%
Nunca	13	30,9	22	41,5
1 a 10 anos	16	38,0	16	30,1
11 a 20 anos	7	16,6	11	20,7
21 anos ou mais	6	14,2	4	7,5

*p≥0,05

Quanto aos níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool, 42,9% dos usuários de cocaína apresentaram níveis moderados de gravidade e 52,8% dos usuários de *crack* níveis graves, como evidenciado na Tabela 9.

Tabela 9. Níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool (SADD), segundo os clientes do CAPSad (n=95). Ribeirão Preto, SP.

	COCAÍNA		CRACK	
	N	%	N	%
Sem dependência	-	-	6	11,3
Leve	9	21,4	4	7,5
Moderada	18	42,9	15	28,3
Grave	15	35,7	28	52,8

*p≥0,05

Parte 7.3: Níveis de gravidade da síndrome da dependência da cocaína e/ou *crack*

Os usuários de *crack* apresentaram valores médios maiores na pontuação da escala de gravidade da síndrome de dependência da droga quando comparados aos de cocaína, com diferença estatística significativa, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10. Média e Desvio Padrão dos escores totais da SDS, segundo os usuários de cocaína e/ou *crack* do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Drogas	Média	DP	p.
SDS	Cocaína	11,1	3,1	0,001*
	<i>Crack</i>	13,1	2,9	

*p≤0,05

Os usuários de cocaína apresentaram valores médios maiores na avaliação dos níveis de gravidade da fissura e perda de controle, avaliados por meio da CCQ-B. No entanto, não houve diferenças estatísticas significativas entre os grupos, conforme evidencia a Tabela 11.

Tabela 11. Média e Desvio padrão do CCB-Q e seus componentes, segundo os usuários de cocaína e/ou crack do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Drogas	Média	DP	p.
CCQ-B Total	Cocaína	34,1	10,7	0,071
	<i>Crack</i>	29,7	11,0	
Fissura	Cocaína	27,2	9,3	0,054
	<i>Crack</i>	23,2	9,5	
Perda de Controle	Cocaína	7,1	2,3	0,563
	<i>Crack</i>	6,8	2,5	

* $p \leq 0,05$ Teste *t-student*

PARTE 7.4. THE ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI-6)

Os usuários de *crack* apresentaram escores médios maiores no ASI6 total quando comparados aos de cocaína. Esses dados encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12. Média e Desvio padrão da pontuação total do ASI6, segundo os usuários de cocaína e/ou crack do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Droga	Média	DP	p.
ASI	Cocaína	443,7	25,0	0,030*
	<i>Crack</i>	456,5	30,2	

* $p \leq 0,05$ Teste *t-student*

Os usuários de *crack* apresentaram pontuações maiores em duas áreas do ASI6, ou seja, no Uso de drogas, Suporte Familiar e Social, quando comparados aos usuários de cocaína, com diferenças estatísticas significativas, conforme mostra a Tabela 13.

Tabela 13. Média e Desvio padrão da pontuação das áreas do ASI6, segundo os usuários de cocaína e/ou *crack* do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

		Média	DP	p.
Uso de Drogas	Cocaína	52,8	5,3	0,005*
	<i>Crack</i>	55,6	5,0	
Família	Cocaína	51,3	5,7	0,876
	<i>Crack</i>	50,5	4,3	
Uso de Álcool	Cocaína	54,6	11,1	0,656
	<i>Crack</i>	53,4	12,2	
Psiquiátrica	Cocaína	55,1	8,9	0,661
	<i>Crack</i>	55,5	8,3	
Médica	Cocaína	44,6	9,2	0,387
	<i>Crack</i>	46,6	10,9	
Aspectos Legais	Cocaína	50,3	5,6	0,021
	<i>Crack</i>	54,4	8,5	
Emprego	Cocaína	48,7	7,5	0,178
	<i>Crack</i>	46,2	7,0	
Suporte Familiar e Social	Cocaína	56,3	9,3	0,004*
	<i>Crack</i>	62,1	10,3	
Problemas Familiar e Social	Cocaína	52,4	9,2	0,633
	<i>Crack</i>	53,0	9,5	

* $p \leq 0,05$ Teste t-student

Ao avaliar a correlação entre as escalas, observa-se que a SDS apresentou uma fraca correlação com as áreas: uso de drogas, problemas psiquiátricos, legais e suporte familiar e social.

Os níveis de fissura (CCQ-B) apresentou correlação fraca e negativa com uso de drogas e álcool, e fraca, mas positiva, com família e os aspectos legal/justiça.

A escala DrInC correlacionou apenas com a área uso de álcool (ASI6). Os domínios da ASI correlacionaram entre si na maioria deles, com exceção dos problemas familiares e emprego. A idade correlacionou negativamente com uso de drogas e aspectos legal/justiça e, positivamente, com os problemas médicos descritos na Tabela 14.

Tabela 14. Correlação entre as áreas do ASI e os escore totais das escalas SDS, CCQ-B, DrInC, ASI, SADD e a Idade, segundo os usuários de cocaína e/ou crack do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

		Uso de Drogas	Uso de Família	Uso de Álcool	Psiquiátrica	Médica	Legal/justiça	Emprego/financeiro	Suporte familiar e social	Problema familiar e social
SDS	<i>r</i>	0,33	-0,04	0,08	0,27	0,16	0,33	-0,14	0,27	0,00
	<i>p.</i>	0,000*	0,656	0,402	0,007	0,110	0,000*	0,155	0,008*	0,999
CCQ-B	<i>r</i>	-0,36	0,24	-0,29	-0,19	-0,15	-0,23	0,08	-0,13	0,20
	<i>p.</i>	0,000*	0,015*	0,003*	0,058	0,143	0,024*	0,398	0,189	0,050
DrInC	<i>r</i>	-0,09	-0,02	0,29	0,18	0,16	-0,01	-0,05	-0,07	0,11
	<i>p.</i>	0,351	0,796	0,003*	0,065	0,113	0,856	0,593	0,485	0,254
ASI	<i>r</i>	0,41	0,14	0,47	0,58	0,53	0,50	-0,09	0,39	0,26
	<i>p.</i>	<0,000*	0,174	<0,000*	<0,000*	<0,000*	<0,000*	0,386	<0,000*	0,009*
SADD	<i>r</i>	-0,06	0,03	0,14	0,16	0,16	-0,10	-0,17	-0,03	0,219
	<i>p.</i>	0,532	0,785	0,176	0,107	0,119	0,336	0,093	0,752	0,033
IDADE	<i>r</i>	-0,25	-0,09	0,02	0,14	0,42	-0,21	-0,06	0,14	-0,10
	<i>p.</i>	0,014*	0,360	0,832	0,159	<0,000*	0,040*	0,559	0,183	0,301

* $p \leq 0.05$ (*r*) Coeficiente de Correlação de Pearson

Em relação às consequências do beber, avaliadas pela DrInC, houve homogeneidade entre os grupos estudados; no entanto, os usuários de cocaína apresentaram médias maiores apenas no controle do impulso, conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15. Consequências do beber (DrInC), segundo os usuários de cocaína e crack do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

	Drogas	Média	DP	p.
Físicas	Cocaína	5,1	2,1	0,804
	Crack	5,3	2,6	
Interpessoais	Cocaína	6,1	2,6	0,225
	Crack	6,9	3,2	
Intrapessoais	Cocaína	5,4	2,8	0,987
	Crack	5,3	2,9	
Controle de Impulsos	Cocaína	6,5	3,2	0,857
	Crack	6,4	3,0	
Responsabilidade Social	Cocaína	4,3	2,0	0,181
	Crack	4,9	2,3	
DrInC	Cocaína	26,9	11,3	0,519
	Crack	28,6	13,0	

* $p \leq 0,05$ Teste t-student

Ao correlacionar as escalas, identificou-se que, o ASI correlaciona positivamente com a SDS, ASI, DrInC e negativamente com o CCQ-B. A idade esteve correlacionada somente com as consequência do beber (DrInC), e essa última com os níveis de gravidade da dependência de álcool (SADD). Estas correlações são apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16. Correlação entre os escores totais das escalas SDS, CCQ-B, DrInC, ASI, SADD e Idade, segundo os usuários de cocaína e/ou crack do CAPSad (N= 95). Ribeirão Preto, 2012.

		SDS	CCQB	DrInC	ASI	SADD	IDADE
SDS	<i>r</i>	1,00	-0,14	0,08	0,08	0,37	0,00
	<i>p.</i>	-	0,159	0,416	0,398	0,000*	0,966
CCQB	<i>r</i>	-0,14	1,000	-0,16	-0,06	-0,27	-0,16
	<i>p.</i>	0,159	-	0,101	0,534	0,006*	0,119
DrInC	<i>r</i>	0,08	-0,16	1,00	0,59	0,20	0,26
	<i>p.</i>	0,416	0,101	-	0,000*	0,042*	0,009*
ASI	<i>r</i>	0,37	-0,27	0,20	0,16	1,00	0,08
	<i>p.</i>	0,000*	0,006*	0,042*	0,115	-	0,404
SADD	<i>r</i>	0,08	-0,06	0,59	1,00	0,16	0,19
	<i>p.</i>	0,398	0,534	0,000*	-	0,115	0,062
IDADE	<i>r</i>	0,00	-0,16	0,26	0,19	0,08	1,00
	<i>p.</i>	0,967	0,119	0,009*	0,062	0,404	-

* $p \leq 0.05$ (*r*) Coeficiente de Correlação de Pearson

Discussão

8. DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou aprofundar o conhecimento de fatores relacionados ao uso de cocaína e/ou *crack* e suas possíveis relações com os aspectos biológicos, psicológicos e sociais em clientes de um serviço especializado.

A dependência de drogas deve ser reconhecida tanto como uma doença crônica, com altos índices de recidiva, mas também na condição de um problema social (OMS, 2001), já que se caracteriza pela constante busca pela droga, gerando mudanças nas relações sociais, profissionais e familiares do usuário (PRATA; SANTOS, 2009). A demanda de usuários de cocaína e/ou *crack* com problemas em todas as esferas da vida tem sido crescente nos serviços especializados como o CAPSad, levando os profissionais de saúde desses serviços a também buscarem por estratégias de intervenção mais efetivas e de qualidade.

8.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Os clientes do CAPSad foram convidados a participar da pesquisa, posteriormente à sua participação no grupo de acolhimento e da triagem; cabe mencionar que não houve recusas em participar. Além disso, mediante os critérios de exclusão avaliados por meio da BPRS, a pontuação da escala variou de zero a 16 pontos, sendo a moda 2. Dessa forma, todos os clientes apresentavam condições satisfatórias para participar da entrevista respondendo o instrumento.

A amostra foi composta por 95 (100%) clientes do referido serviço, sendo 42 (44,2%) usuários de cocaína e 53 (55,8%) de *crack*, caracterizados predominantemente por jovens e adultos, do sexo masculino, de cor branca, solteiros, com baixo nível de escolaridade, uma vez que cursaram até o Ensino Fundamental; professavam a religião católica, sem diferenças estatísticas significativas entre os usuários de cocaína e os de *crack* (Tabela 1).

Esse perfil de usuários de cocaína e *crack* é semelhante aos de outros estudos que mostraram predominância do sexo masculino, jovens e adultos, com baixo nível de escolaridade, desempregados, provenientes de famílias com diversos problemas relacionais e de baixa renda (DUNN, 2000; FERREIRA FILHO et al., 2003; DUAILIBI, 2010; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; HORTA et al., 2011; LARANJEIRA et al., 2012).

As características individuais foram apontadas como os preditores mais consistentes para mudança de comportamento em relação ao uso de substâncias

psicoativas (WEISNER et al., 2003). Tanto em estudos epidemiológicos como nos desenvolvidos em populações clínicas, as condições sociodemográficas como baixa escolaridade e pequena renda salarial foram associadas à pouca melhora, a curto e médio prazo, no desfecho do tratamento (MCLELLAN, 2002); por outro lado, a estabilidade no trabalho contribuiu para melhores resultados ao longo do tratamento.

Na amostra estudada, constatou-se que o número de homens usuários de cocaína e/ou *crack* é muito maior que o de mulheres. Pesquisa aponta que a proporção de homens com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas tem sido maior quando comparado às mulheres (CARLINI et al., 1993; GALDURÓZ et al., 2000). A existência de barreiras enfrentadas (estigma e preconceito social) por mulheres usuárias de drogas é um fator que dificulta sua busca por tratamento para a dependência e pode estar relacionada aos baixos índices de mulheres em tratamento.

Outra questão relacionada às mulheres consiste em que, geralmente, elas buscam, com maior frequência, os serviços de saúde não especializados, e, além disso, para outros problemas de saúde, permanecendo em menores porcentagens nos serviços especializados para tratamento de dependência de drogas (SCHOBER; ANNIS, 1996).

A alta prevalência do sexo masculino em relação ao uso de cocaína também foi demonstrada no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). Os resultados mostraram que, embora os homens constituam a maioria entre os usuários de cocaína no Brasil, as mulheres se tornam mais dependentes e usam a droga com mais frequência. Nesse levantamento, 6,8% dos homens e 1,7% das mulheres já usaram cocaína uma vez na vida, porém 54% das mulheres e 46% dos homens declararam ser dependentes. Isso ocorre porque o organismo feminino apresenta maior predisposição para o desenvolvimento da dependência frente aos efeitos potencializadores causados pela substância (LARANJEIRA et al., 2012).

O grupo de usuários de cocaína apresentou faixa etária compreendida entre 18 a 29 anos e, o de *crack*, de 30 a 49 anos. Estudos apontam que, de fato, o uso de cocaína geralmente ocorre com maior frequência entre os jovens (GALDURÓZ et al., 2000; CARLINI et al., 2001; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; DUAILIBI, 2010; LARANJEIRA et al., 2012).

Estudo abordando o uso de drogas e juventude (COFANI, 2012) destacou que a adolescência é uma fase marcante de transformações na vida das pessoas, mas também de grande vulnerabilidade ao início do uso de drogas (SILVA; MATTOS, 2004).

Contemporaneamente, esses jovens são muito pressionados por imagens, valores sociais conflitantes e um ambiente cultural que estimula o prazer imediato, a velocidade das trocas, o consumo permanente, a busca da novidade e as imposições e exigências de um mercado de trabalho instável, imprevisível e competitivo (BESSA, 2012). Diante desse processo, o fenômeno das drogas também pode ser desencadeado por influência de amigos, grupos de pares, associados à insegurança típica da idade e à necessidade de aceitação no grupo (SCHALL, 2000).

Apesar de serem comuns a experimentação e o consumo de drogas na adolescência, o risco do jovem se tornar dependente, no caso de uso da cocaína e/ou *crack*, é muito grande (BESSA, 2012). Cabe salientar que o uso dessa substância perpassa a fase da adolescência e resulta em problemas e maiores riscos no início da idade adulta, levando os indivíduos a procurarem por tratamento, inclusive em razão das condições sociais e de saúde nas quais se encontram (FERRI et al., 2000; FERRI, 1999; FERREIRA FILHO, 2003; RIBEIRO et al., 2006).

Quanto ao estado civil, houve predominância de solteiros, separados ou divorciados, em ambos os grupos estudados. Esses achados corroboram os de outros estudos que identificaram resultados semelhantes (PASSOS; CAMACHO, 1998; GALDURÓZ et al., 2000; FERRI, 1999; FERRI et al., 2000; CARLINI et al., 2001; SANCHEZ; NAPPO, 2002; FERREIRA FILHO, 2003; GUINDALLINI et al., 2006; RIBEIRO et al., 2006; DUAİLÍBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; HORTA et al., 2011).

O uso de drogas por solteiros pode estar relacionado ao tempo livre que despendem em eventos sociais, sozinhos, sem parceiros (as), o que, de algum modo, estimula o consumo, independentemente do tipo de substância usada, aumentando, assim, os riscos de desenvolvimento, ao longo do tempo, de problemas e mesmo da dependência (FLEMING; WHITE; CATALANO, 2010).

A literatura evidencia ainda que, em geral, os usuários de cocaína e/ou *crack* apresentam mais problemas em constituir, manter ou sustentar uma família face às grandes dificuldades na regulação das reações e afetos que acabam interferindo diretamente nas relações intrapessoais e interpessoais. Desse modo, os usuários de drogas tendem a substituir o relacionamento com pessoas por outro, ou seja, com a droga de abuso (SCHENKER; MINAYO, 2003).

No presente estudo, mais da metade dos usuários de cocaína era de cor branca. Um fato a ser considerado é que, no Brasil, os resultados do último censo mostraram haver maior proporção de pessoas da cor branca, quando comparadas às demais (IBGE, 2010).

De um modo geral, atualmente a cocaína e/ou *crack* têm sido consumidos por pessoas de todas as raças e de diferentes estratos sociais (LIMA et al., 2002). Além disso, seus usuários são bastante heterogêneos, dotados de padrões de desenvolvimento, nível socioeconômico e formação educacional e cultural distintos (DUNN, 2000).

Por outro lado, esse resultado também nos remete à história do uso do *crack*, que, a princípio, era uma característica específica de certos grupos raciais, sendo mais comum entre os negros e pardos (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Os resultados da presente pesquisa são similares aos evidenciados por DUNN et al., 1996; LEITE; SEGAL; CABRAL, 1999; RIBEIRO, 2005; SANCHEZ; NAPPO, 2007; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; AMARAL, 2011.

Destaca-se ainda o baixo nível de escolaridade entre os grupos avaliados, considerando que mais da metade dos usuários de *crack* possuía baixo nível de escolaridade, ou seja, até o ensino fundamental (Tabela 1).

Estudo mostra que diante do início precoce do uso de droga, ou seja, ainda na adolescência, mais da metade dos usuários abandona os estudos, principalmente no ensino fundamental; outros sequer chegam a completá-lo. Autores destacam a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família e também para o custeio da droga como um fator que contribui para que a manutenção dos estudos torne-se inviável. (SANCHEZ; NAPPO, 2002; RIBEIRO et al., 2006).

Pesquisas indicam que jovens usuários de substâncias psicoativas abandonam a escola não apenas para fazer uso da droga, mas também em decorrência do baixo desempenho escolar e das dificuldades de aprendizado, gerados pelos malefícios do uso frequente da droga, principalmente quando envolve usuários de cocaína e/ou *crack* (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; TAVARES; BÉRIO; LIMA, 2004).

A maioria dos usuários de cocaína referiu pertencer à religião católica e uma parcela considerável dos usuários de *crack* referiu ser evangélica (Tabela 1). Nos últimos anos, houve um incremento, na literatura, de estudos que avaliaram a influência religiosa na recuperação de dependentes de drogas (KOENING; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005; SILVA et al., 2006; SANCHEZ; NAPPO, 2007; 2008; SANCHEZ, RIBEIRO, NAPPO, 2012).

Estudo mostra que, provavelmente, a religião possa atuar enquanto um importante fator de proteção para o uso de drogas. Esse mecanismo é possível, uma vez que há

crenças espirituais que podem ser moldadas em relação ao tratamento, no caso da dependência (GALANTER et al., 2006).

A vinculação a uma religião vem se revelando uma variável relacionada ao menor nível de uso de substância no âmbito da prevenção do uso de drogas e, para os casos já em tratamento, uma ferramenta terapêutica de potencial importância na redução do consumo e até mesmo dos episódios de fissura causados pela droga (ARNOLD et al., 2002; LEIGH; PETERS; SHELTON, 2006). Além disso, a participação em cultos religiosos também pode contribuir para a diminuição do uso de drogas (cocaína e/ou *crack*); outros autores também ressaltam esse aspecto da religião envolvendo o consumo de drogas (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2005; SILVA et al., 2006; SANCHEZ; NAPPO, 2007; SANCHEZ, RIBEIRO; NAPPO; 2012).

Observou-se também que há uma parcela de usuários de *crack* que professam a religião evangélica. O fato de pertencer a essa religião, mais conservadora e controladora de certos comportamentos, pregando a abstinência total, pode contribuir para que esses usuários façam um uso menor quando comparados aos de outras religiões. (DALGALARRONDO et al., 2004).

Estudo realizado com 237 pacientes em tratamento para dependências de drogas evidenciou que altos níveis de religiosidade e espiritualidade foram elementos decisivos para que esses usuários apresentassem expectativas mais otimistas sobre a vida, melhores níveis de suporte social e resiliência para o enfrentamento do estresse e menores níveis de ansiedade (PARDINI, 2000).

Quanto à situação laboral, identificou-se que os usuários de cocaína e *crack* estão fora do mercado de trabalho (Tabela 1). Esse é um problema social muito comum entre os diversos grupos de usuários de substâncias psicoativas. Estudo descreveu que entre usuários de cocaína e/ou *crack* crônicos e os que iniciaram o uso precocemente, o comprometimento da capacidade de relocação do mercado de trabalho pode ser mais intenso, tanto pelos déficits cognitivos e de assertividade quanto pela perda de habilidades sociais (ALVES, RIBEIRO, CASTRO, 2011).

Estudos mostraram que usuários de cocaína e/ou *crack* apresentaram baixos níveis de escolaridade, carência de especialização e falta de experiência recente em qualquer atividade de trabalho; portanto, são fatores que mais contribuem para a perda do trabalho formal, mantendo-os fora do mercado de trabalho, restando-lhes, como uma das formas de sobrevivência, o trabalho informal (SANCHEZ; NAPPO, 2002; FERREIRA FILHO, 2003; GUINDALINI et al., 2006; VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011).

Além disso, as dificuldades que um usuário de drogas pode encontrar quando busca um emprego são diversas e, quando somadas à estigmatização, tendem a aumentar. São várias as situações adversas com as quais o usuário pode se deparar para o desempenho no trabalho (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

No âmbito do tratamento para a dependência de drogas, o trabalho se destaca enquanto um componente crucial do processo de recuperação (ZARKIN et al., 2001) e um dos pilares centrais no processo de reabilitação psicossocial. No entanto, sua ausência caracteriza-se como um fator de risco potencial para o abuso das drogas, da mesma maneira que o abuso deixa o trabalhador mais vulnerável a perder seu emprego (HENKEL, 2011).

Altos índices de desemprego e subemprego foram evidenciados em estudos realizados com usuários e ex-usuários de *crack*, na cidade do Rio de Janeiro e São Paulo; mais da metade das amostras estava desempregada (SANCHEZ; NAPPO, 2002; VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011).

No presente estudo, mais da metade dos usuários de cocaína e *crack* estava inserida no tratamento para a dependência da drogas (Tabela 2).

A literatura descreve que os usuários de cocaína e *crack* enfrentam barreiras na busca por tratamento especializado, primeiramente pelas motivações vinculadas ao processo da dependência da própria droga e, em segundo lugar, pelo estigma e preconceito gerados pela ilegalidade da droga, muitas vezes também relacionada à criminalidade (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; MARQUES et al., 2012).

Dentre os usuários de drogas ilícitas, os que consomem *crack* são os que menos buscam ajuda (CARLSON et al., 2010), postergando, ao máximo, a busca por tratamento (METSCH et al., 1999; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Eles não buscam por tratamento nos primeiros anos de uso da droga e, quando o fazem, suas motivações decorrem, fundamentalmente, da presença de problemas agudos, buscando ajuda nas unidades de emergência (FALCK et al., 2004; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; DIAS et al., 2008; MARQUES et al., 2012).

Por outro lado, Carlson et al., (2010) descreveram que os fatores predisponentes para a busca de tratamento entre usuários de drogas dizem respeito ao aumento da gravidade da dependência, à presença de problemas legais/justiça e a tratamentos anteriores.

No caso de usuários de cocaína, em geral a busca por tratamento ocorre mais tardiamente quando comparados aos de *crack*, de forma que o tratamento para esses

usuários é iniciado mais precocemente, com menor tempo de uso da droga (DUNN; LARANJEIRA, 2000).

A literatura mostra que há ainda uma boa parte de usuários de *crack* que procurou algum tipo de tratamento formal ao longo do período de consumo, independente do nível de gravidade de sua dependência (FALCK et al., 2004).

Os dados do LENAD evidenciam, entre os usuários de cocaína, baixos índices (10%) de busca por tratamento e também de suas percepções sobre o consumo na condição de um problema a ser tratado (LARANJEIRA et al., 2012).

A procura por tratamento entre os usuários de cocaína e *crack* é ampla e complexa. Na literatura, tem sido descrita enquanto um desafio para os profissionais de saúde, em serviços com diversos níveis de complexidade, uma vez que esses usuários também apresentam baixa adesão ao tratamento (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Em sua maioria, os usuários de cocaína e/ou *crack* procuraram tratamento por si mesmos ou com ajuda do cônjuge, familiar ou amigos (Tabela 3). Essa busca não é surpreendente diante dos altos índices de problemas existentes e da dependência das drogas por eles utilizadas. O surpreendente é que os níveis de gravidade de problemas nas áreas familiar, física, psiquiátrica e social requerem tratamentos mais incisivos e com intervenções especializadas, que contribuam, de modo efetivo, para mudanças nos comportamentos em relação ao uso das substâncias, principalmente na fase inicial do tratamento, quando esses usuários pouco associam o consumo da droga aos demais problemas de saúde e sociais que apresentam; também não percebem que esses problemas repercutem nas demais esferas de sua vida (FIGLIE et al., 2005).

A família pode ser a primeira unidade a sofrer com os problemas relacionados ao uso da droga. A literatura a tem situado como uma das bases de apoio para o encaminhamento e o acompanhamento de seu membro ao tratamento; entretanto, isso não ocorre de forma simples, considerando os agravos gerados pela droga nas relações familiares. Nesse sentido, o abandono também pode ser esperado (EDWARD; MARSHALL; COOK, 2005).

Os usuários de cocaína e/ou *crack* apresentaram baixos índices de complicações clínicas como hipertensão, problemas respiratórios e epilepsia/convulsão, as que mais se destacaram (Tabela 4).

A literatura menciona que o uso de cocaína está relacionado a diversas complicações clínicas, uma vez que tem efeitos no sistema cardiovascular, neurológico e

gastroenterológico (BOGHDADI, FLEMING 1997, HAN; GFROERER, COLLIVER, 2010). Como descrito, o sistema circulatório é o principal alvo dessa droga, com maior nível de comprometimento e de potencial ameaça à vida (MARAJ; FIGUEREDO; LYNN-MORRIS, 2010). Os autores destacam que a hipertensão arterial encontra-se entre as diversas complicações cardiovasculares, uma vez que o uso da cocaína leva a um aumento da frequência cardíaca acima de 34% e da pressão arterial sistêmica em até 15% (MARLATT; GORDON, 1993; NONTICURI, 2010).

Quanto às complicações respiratórias, a literatura explicita que a cocaína compromete todos os componentes estruturais do pulmão, levando a diversas disfunções (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Todavia, pouco se sabe a respeito da real frequência e extensão da lesão pulmonar causada pelo uso dessa droga; sua utilização tem resultado em um amplo espectro de complicações pulmonares (THADANI, 1996; RIBEIRO, LARANJEIRA 2010).

O uso da cocaína pode resultar em complicações pulmonares agudas, tanto na forma inalada, fumada, quanto pela intravenosa, mas, são muito mais comuns nos usuários de *crack*, quando os índices variam de 25 a 60% (BOGHDADI, HENNING, 1997).

No que refere à epilepsia/convulsão, a literatura refere que essa complicação ocorre em função do acúmulo de neurotransmissores em usuários dependentes de cocaína e/ou *crack*, resultando em episódios convulsivos mediante a estimulação intensa, principalmente serotoninérgica, do SNC (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2010).

Nos usuários de *crack*, considerando ser predominante o uso da droga no padrão *binge* (REINARMAN; LEVINE, 1997), a probabilidade de apresentarem convulsões torna-se muito maior (INICIARDI, 1992; FERRI, 1999, RAUPP; ADORNO, 2011).

Embora os casos de usuários com tuberculose e hepatite sejam em pequeno número, vale mencionar que poucos estudos mencionam os riscos dessas doenças em usuários de cocaína e/ou *crack*, o que, no passado, significava um risco potencial em função do uso de droga injetável. Atualmente, com a transição nas vias de uso e o aumento do uso de *crack*, os comportamentos de riscos como, por exemplo, compartilhamento de insumos para o uso da substância, a precariedade de condições de vida e saúde, autocuidado, alimentação e convivência em ambientes insalubres, aumentam as chances de aquisição e transmissão dessas doenças (ABRAMIDES, 2009).

8.2 USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Em relação ao tipo de drogas mais usadas, o *crack* e a cocaína foram as de maior consumo, seguidas pelo álcool e maconha (Tabela 5).

Os jovens estão usando cada vez mais diversos tipos de drogas, de modo isolado ou em combinações. Muitas vezes há uma droga primária de escolha, mas também pode ser usada uma variedade de outras drogas, dependendo da disponibilidade, do preço, da situação social e do uso por parte dos amigos e da moda (CLAYTON, 1986).

As drogas da moda mudam e se combinam com certa rapidez, embora uma determinada droga possa ser, por alguns anos, a maior preocupação. Dessa forma, os problemas com drogas nunca podem ser definidos satisfatoriamente em termos de uma única substância (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Segundo esses autores, o álcool quase sempre está envolvido no quadro instável do uso de múltiplas drogas, associado a complicações médicas e psicossociais significativas.

A literatura é ampla sobre a escalada do uso de drogas entre os usuários de cocaína (inalada ou fumada). Geralmente o uso se inicia na adolescência, pelas drogas lícitas, como o álcool e/ou o tabaco. Além disso, dentre os usuários de *crack*, a maconha é segunda droga mais usada (SANCHEZ; NAPPO, 2007; DUAİLÍBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; DUAİLÍBI, 2010; VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011; MARQUES et al., 2012).

O uso de múltiplas drogas é entendido como uma forma de manipular a intensidade e a duração dos efeitos euforizantes do uso da cocaína e do *crack*, funcionando tanto como um paliativo dos efeitos negativos (paranoia, disforia e agitação) quanto um potencializador dos efeitos positivos (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Ribeiro e Laranjeira (2010) mostraram que em usuários de *crack*, o uso do álcool e da maconha ajuda a reduzir a ansiedade e os efeitos excitatórios produzidos pela substância. Estudo desenvolvido com usuários de *crack* de 15 serviços ambulatoriais e hospitalares em São Paulo evidenciou que a maioria usava maconha (96%) e álcool (88%) (DUNN; LARANJEIRA, 1999).

Para muitos usuários, o tratamento de problemas envolvendo a cocaína e o *crack* podem levar a uma redução do consumo de álcool. Entretanto, a presença de problemas e a dependência do álcool nos usuários de cocaína e/ou *crack* em tratamento estão associadas a maus resultados; há grande necessidade de estudos que ajudem a entender essa difícil combinação (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

A média de idade do primeiro uso do álcool, maconha e da cocaína (fumada e inalada) não se diferenciou, no presente estudo, entre os usuários de cocaína e os de *crack*. De um modo geral, para os usuários de *crack*, o início do uso do álcool e da maconha ocorreu ainda na adolescência, aos 17,1 e 13,5 anos, respectivamente, e o uso de cocaína (inalada ou fumada) anos mais tarde, aos 22,7 anos (Tabela 6).

A literatura mostra que o risco para o uso de cocaína ocorre, de fato, geralmente na juventude, entre 18 e 22 anos, um pouco mais tarde, portanto, que as demais drogas. Há evidências de que quanto mais precoce e mais intenso o consumo de uma droga, maiores serão as chances de progressão para o uso de outras drogas e o desenvolvimento de níveis mais graves da dependência, principalmente em usuários de cocaína e/ou *crack* (FERRI, 1999; HSER et al., 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; LARANJEIRA et al., 2012). Entre os iniciantes, cerca de 5% desenvolvem a dependência após um ano de uso, independente do gênero (WAGNER; ANTHONY, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007). De acordo com Guindallini et al., (2006), a primeira experiência com a cocaína geralmente acontece pela via intranasal e, posteriormente, o *crack*; assim, o uso de múltiplas drogas torna-se muito comum.

Acresce-se ainda que os usuários de *crack* passaram, em média, um tempo maior em termos de dias consumindo a droga em relação aos usuários de cocaína. No entanto, não houve diferenças estatísticas significativas (Tabela 7). Para o tempo de uso da droga, há de se pensar em alguns fatores como o desenvolvimento da dependência, o tempo para a busca de tratamento e a adaptação cultural do uso (DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999).

Estudos confirmam que o tempo de uso deve ser considerado entre os usuários de cocaína, uma vez que a chegada ao tratamento ocorre tardiamente, por volta do sexto a sétimo ano de consumo, enquanto que entre os usuários de *crack* isso ocorre cada vez mais cedo. Por outro lado, apresentam piores condições de saúde e de problemas em todos os aspectos da vida e o abandono precoce do tratamento (DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999, DUAIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; DIAS et al., 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Dois terços dos pacientes tornaram-se dependentes de *crack* logo nos primeiros seis meses após experimentarem, pela primeira vez, a droga; a maioria se tornou dependente em um curto período de tempo, ou seja, um ano. Essa rápida evolução está associada ao grande potencial que o *crack* possui no desenvolvimento da dependência (NONTICURI, 2010; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012; MARQUES et al., 2012).

Há evidências de que quanto maior o tempo de uso da droga, maior a probabilidade do indivíduo apresentar problemas como déficit cognitivos, baixo nível de escolaridade e falta de habilidade para resolver conflitos sociais e afetivos, e não apenas a dependência (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Ainda no que se refere ao tempo de uso, ao contrário do que se esperava e em decorrência dos altos índices de morbimortalidade, seja pelas doenças geradas pela droga ou mesmo pelo envolvimento no tráfico, a literatura relata haver um grupo de usuários que utiliza a droga há mais de 10 anos de forma interrupta. Esses dados podem ser indicadores de uma provável adaptação cultural do *crack* (DIAS et al., 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

No que se refere à frequência, em dias de uso, independentemente da via de administração da cocaína, os usuários costumam utilizá-la em altas quantidades, sob forma de *binges* prolongados, mas não a usam diariamente (GOSSOP et al., 1994; GOSSOP, 2005). Em usuários de *crack*, o padrão de consumo consiste na utilização da droga em, pelo menos, três vezes por semana, além de usá-la com mais regularidade do que os usuários de cocaína, levando ao rápido desenvolvimento da dependência, uma vez que essa depende mais da via utilizada do que da apresentação da cocaína usada (HATSUKAMI; FISHMAN, 1996).

Há também uma relação entre frequência e quantidade de uso da droga, sensibilidade aos seus efeitos e risco de desenvolver a dependência, tornando, assim, o usuário mais vulnerável à rápida progressão para a dependência, especialmente quando comparado ao *crack* (CHEN; KENDAL, 2002).

A associação entre o uso de álcool no padrão *binge* entre usuários de cocaína e *crack* foi identificada no presente estudo, sem distinção entre os grupos avaliados (Tabela 8). O uso pesado de álcool e cocaína tem sido uma prática muito comum, o que representa graves riscos para a saúde desses usuários (CAETANO; WEISNER, 1995; CAETANO, 1993; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006). O uso de ambas as drogas tem sido reportado como risco potencial para o desenvolvimento da dependência (HARRIS et al., 2003; HUESTIS et al., 2007; FALCK; WANG; CARLSON, 2008; RIBEIRO et al., 2012). No entanto, o consumo de álcool em usuários de *crack* ocorre em menor intensidade e frequência que o observado em usuários de cocaína (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A combinação do uso de *crack* e do álcool gera um ciclo de consumo de ambas as substâncias, em que uma acaba estimulando o consumo da outra (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Ao avaliar o consumo do álcool em usuários de cocaína (inalada), em uma amostra de 102 sujeitos, os resultados mostraram que 22,8% consumiram o álcool em maior frequência e quantidade (beber pesado) quando comparados aos usuários de *crack* (15,2%) (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

Além do consumo pesado de álcool, os usuários de cocaína e *crack* apresentaram níveis altos de gravidade da síndrome de dependência do álcool, sem diferença entre a amostra (Tabela 9). Esses resultados corroboram os dados da literatura em que a maioria dos usuários de cocaína e/ou *crack* apresenta critérios de dependência ao longo do tempo de consumo (LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002; LAIZURE et al., 2003; EDWARDS; MARSHALL; COOK., 2005; FALCK; WANG; CARLSON, 2008; HEDDEN et al., 2010; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; HERBST et al., 2011). Somado a isso, há uma associação entre consumo de *crack* e níveis elevados da severidade da dependência (NAPPO et al., 1996; DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999). Assim, os usuários de cocaína apresentam melhores prognósticos em relação aos de *crack* que fazem uso pesado de álcool com maior regularidade (SHAW et al., 1999).

O álcool é a substância mais consumida por poliusuários de drogas; entre os bebedores pesados, há uma parcela substancial de usuários de cocaína e *crack* (EARLEYWINW; NEWCOMB, 1997; EMCDDA, 2002; MIDANIK; TAM; WEISNER, 2007; SAMHSA, 2009). O consumo de álcool foi considerado um fator de severidade e mau prognóstico para o usuário de qualquer tipo de droga, inclusive de *crack* (CARROLL et al., 1998).

Estudo realizado na cidade de São Paulo revelou que 51,1% dos usuários em tratamento de cocaína relataram uso concomitante do álcool, o que os expõe a situações de alto risco para os efeitos adversos da cocaína (FERRI, 1999).

Por outro lado, estudo mostrou que usuários internados em hospitais gerais muito pouco percebiam a associação entre seus prejuízos e o hábito de beber, uma vez que, concomitantemente à dependência de outras drogas, surgem consequências negativas para o desempenho profissional, familiar e social (RIBEIRO et al., 2012; OLIVEIRA, 2000; PICCOLOTO et al., 2006).

Frente ao exposto, vale dizer ainda que o uso do álcool pelos usuários de cocaína e/ou *crack* tem sido muito pouco investigado pelos profissionais de saúde, mesmo que essa combinação apresente evidentes consequências para a saúde do usuário e também para seu tratamento (GOSSOP et al., 2002; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2010). Esses autores alertam que isso tem ocorrido frente à falta de treinamento e capacitações específicas a respeito do tema.

Na amostra do presente estudo, as consequências do beber (DrInC) não se diferenciaram, mas os usuários de cocaína apresentaram maiores médias no controle do impulso e Interpessoais (Tabela 15). Há poucos estudos na literatura utilizando a escala DrInC em usuários de álcool e outras drogas, o que dificulta traçar um paralelo entre os resultados.

Na escala DrInC, a avaliação da área “controle do impulso” refere-se aos prejuízos causados pela embriaguez, uso abusivo de outras substâncias (tabaco, drogas), ações impulsivas e exposição a situações de risco, brigas. A literatura mostra que a existência de prejuízos em diversos aspectos do funcionamento executivo em usuários de substâncias psicoativas envolve a maneira pela qual o indivíduo lida com as propriedades de reforço da substância, assim como a deficiência no controle dos mecanismos de respostas e a qualidade da tomada de decisões (VERDEJO-GARCIA et al., 2005).

Estudo realizado com usuários de drogas relata que a falta de controle de impulsos pode predispor alguns indivíduos a passar do uso recreacional da droga para o processo da dependência, considerando que as funções executivas desempenham papéis importantes no processo da dependência, no impulso em usar a droga e nas dificuldades para interromper o uso, gerando problemas em todos os aspectos da vida do usuário (ALMEIDA, MONTEIRO, 2011).

Os indivíduos podem, por exemplo, ser deprimidos, impulsivos, irritados e demonstrar dificuldades em relação ao autocontrole e regulação. Mesmo após o período de síndrome de abstinência, podem apresentar comportamentos sociais inadequados e tendência compulsiva para persistir no uso da droga, com altos índices de recaída (VERDEJO-GARCIA et al., 2005).

Os *problemas interpessoais* enfocam o impacto do beber sobre as relações da pessoa e problemas enquanto embriagado. Como descrito anteriormente, os usuários de cocaína e/ou *crack* apresentam grandes dificuldades na regulação das reações e afetos que, de um modo geral, acabam interferindo diretamente nas relações intrapessoais e interpessoais (SCHENKER; MINAYO, 2003). O inverso também ocorre, uma vez que os indivíduos buscam o consumo de álcool enquanto uma estratégia para enfrentar interações sociais e, assim, diminuir as tensões geradas (CUNHA et al., 2007; BOTVIN, 2000; CARRIGAN et al., 2008; GAFFNEY et al., 1998).

Entre os danos sociais e de saúde associados ao consumo de álcool, a literatura tem destacado a exposição a situações de violência como conflitos interpessoais e familiares, envolvimento com o tráfico e outras atividades ilegais (MINAYO; DESLANDES, 1998; FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006).

8.3 NÍVEIS DE GRAVIDADE DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA

Os usuários de *crack* apresentaram níveis mais graves da síndrome de dependência da droga (SDS) quando comparados aos de cocaína, com diferença estatística significativa (Tabela 10). Assim, aceita-se a primeira hipótese (H1) do presente estudo, ou seja, há diferenças entre os níveis de gravidade da dependência entre os usuários de *crack* e os de cocaína.

Esses resultados corroboram os da literatura que evidenciaram uma forte associação entre consumo de *crack* e graus elevados de severidade da dependência; para os usuários de *crack*, os valores dessa associação são maiores quando comparados aos usuários de cocaína (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

Na presente amostra observou-se também, além da dependência de álcool, a de drogas. Cabe salientar que esse fato é bastante comum entre aqueles que procuram por tratamento ambulatorial para a dependência da cocaína, o que evidencia que o consumo de várias drogas tem levado ao desenvolvimento de múltiplas dependências e comorbidades (RIBEIRO; LARANJEIRA 2010).

Os usuários de cocaína apresentaram níveis maiores de gravidade na escala CCQ-B e nos domínios da escala, como fissura e perda de controle (CCQ-B), quando comparados aos de *crack*, mas não houve diferenças significativas entre os grupos (Tabela 11).

A fissura foi descrita como uma importante variável entre os usuários de cocaína e/ou *crack*, uma vez que influencia a evolução e a gravidade da síndrome de abstinência, como também se constitui em preditor para a recaída (MARQUES, SEIBEL, 2001; ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO et al., 2011).

Era esperado que a fissura fosse muito maior entre os usuários de *crack*, uma vez que a ampla literatura evidencia os piores níveis e índices de fissura nesses usuários. Estudos explicam que o *crack* possui alto poder no desenvolvimento da dependência, levando o usuário a estabelecer um comportamento ativo de busca pela droga, utilizando-a no padrão *binge* que é provocado pela fissura (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; TOLEDO, 2004; CHAVES et al., 2011). Assim, possivelmente, a fissura ocorre com mais frequência, intensidade e maior perda do controle sobre o uso dessa droga quando comparado ao de cocaína (FERRI, 1999). Isso faz com que os sintomas sejam mais proeminentes e a busca da droga mais frequente, ocasionando um ciclo vicioso

(HATSUKAMI; FISHMAN, 1996; RIBEIRO, 2006; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Em uma avaliação com 26 usuários de cocaína e/ou *crack* internados para desintoxicação em comunidade terapêutica do Instituto Bairral de psiquiatria, na cidade de Itapira, SP, 26,9% referiram ter sintomas de *craving* durante a abstinência (ZAGO, 2002).

8.4 ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI-6)

Os usuários de *crack* apresentaram níveis maiores de comprometimento em todas as áreas avaliadas pelos ASI-6 (escores totais), ou seja, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, quando comparados aos de cocaína (Tabela 12). Esse resultado confirma a segunda hipótese H1, testada no presente estudo, ou seja, há diferenças entre os usuários de *crack* e os de cocaína, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

A literatura enfatiza que, de fato, a dependência da droga, no caso do *crack*, afeta todas as áreas de funcionamento do indivíduo em graus e intensidades distintos (RIBEIRO, LARANJEIRA 2010).

Caetano (1993) considera que embora seja conveniente pensar em termos de dimensões ou áreas avaliadas, de problemas, físicos, mentais e sociais, isso não deve obscurecer o fato de que, na vida real dos pacientes, essas dimensões não estão absolutamente separadas. Problemas em uma das áreas provocam e são exacerbados por agravos em todas as outras. Em geral, quanto mais grave for a dependência, maior a probabilidade do desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool e/ou de drogas em todas as três áreas.

Ao avaliar as áreas do ASI-6, de modo mais peculiar, os usuários de *crack* apresentaram mais comprometimentos nas áreas, “uso de drogas e suporte familiar e social”, quando comparados aos de cocaína, com diferenças estatísticas significativas (Tabela 13).

Conforme observado na literatura, entre os dependentes de cocaína e/ou *crack* observa-se uma série de problemas relacionados, direta e indiretamente, ao uso abusivo e à dependência dessas substâncias, com diversos níveis de gravidade, nos diferentes aspectos da vida como família, trabalho, educação, vida social e bem-estar psíquico, decorrentes do padrão dessas drogas e da priorização que elas exercem na vida do usuário (ALVES; DUAILIBI, 2007).

Nesse contexto, quando buscam tratamento, muitos usuários de drogas apresentam problemas nas diversas esferas de sua vida: saúde física e mental, escola,

trabalho, família, compromissos sociais e atividades socioculturais. Desse modo, ao longo do tempo e com o uso da droga, a perda ou a ausência de habilidades nessas áreas contribuem para a manutenção de seu estado, aumentando a dependência em relação ao suporte familiar e social (BUCKMAM et al., 2008).

Foram identificadas fracas correlações entre as áreas “Uso de drogas, problemas psiquiátricos, legais e suporte familiar e social” (ASI-6) e os níveis de gravidade da dependência da droga (SDS) (Tabela 14). Há de considerar que, por ser uma amostra de usuários de cocaína e *crack*, apresentando elevados graus de severidade da dependência do álcool e da droga, a probabilidade desses usuários apresentarem problemas é muito alta; assim, os aspectos físicos, os vínculos sociais (família e emprego) e os envolvimento em atividades legais são os mais prejudicados (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; FERRI, 1999; DUNN; LARANJEIRA, 1999; RIBEIRO et al., 2006; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Além disso, os usuários de cocaína e/ou *crack* desenvolvem mudanças de comportamento em função do uso da droga, prejudicando ainda mais os vínculos familiares (OLIVEIRA; NAPPO, 2008), enfraquecendo, assim, os suportes familiar e social (SANCHEZ; NAPPO, 2002; RAUPP; ADORNO, 2011). O uso crônico de *crack* prejudica o indivíduo cognitivamente, resultando em índices de funcionamento mental muito baixos, contribuindo para seu isolamento e abandono por parte da família (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Esses dados corroboram os resultados encontrados por Kessler et al., (2012); em seu estudo, os usuários de *crack* apresentaram mais problemas significativos nos aspectos legais, psiquiátricos e familiares, avaliados pelo ASI-6.

A presença de complicações físicas e psiquiátricas entre usuários de álcool e ou/de outras drogas é um fenômeno muito comum, manifestado de diversas formas, possuindo causas heterogêneas bidirecionais, que variam ao longo do tempo (RIBEIRO, LARANJEIRA; 2010). Desse modo, um terço dos portadores de transtornos mentais utiliza substâncias psicoativas, podendo esse índice ultrapassar a metade dos casos de transtornos mentais graves (REGIER et al., 1990). Nesse sentido, a comorbidade aumenta a gravidade dos sintomas e a refratariedade ao tratamento, interferindo em sua eficácia (RIBEIRO, LARANJEIRA; 2010).

A literatura evidenciou que a prevalência de transtornos mentais é maior em usuários de *crack* quando comparados aos de cocaína (HAASEN et al., 2005), o que está mais relacionado à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados. Além disso, os usuários de cocaína apresentam elevadas taxas de comorbidades, o que

agrava significativamente sua qualidade de vida e compromete sua integridade física e mental (HAVASSY; ARNS, 1998).

Foram identificadas correlações negativas entre os níveis de fissura (CCQ-B) e as áreas “Uso de drogas e de álcool (ASI-6)” (Tabela 14). Há evidências de que a fissura é um elemento fundamental para a recaída, uma vez que faz parte do quadro da síndrome de abstinência da droga. Assim, na medida em que essa aumenta, a possibilidade do uso das drogas torna-se muito alta (SELF, 2005; SILVA, 2007; FONSECA; LEMOS, 2011; MARINHO, ARAÚJO; RIBEIRO, 2012).

Nos usuários de cocaína/crack, a fissura apresenta-se em maiores níveis de gravidade, com sintomas mais evidentes e busca mais frequente pela droga (HATSUKAMI; FISHMAN, 1996), deixando-os vulneráveis ao abuso dessas substâncias, à recaída e ao abandono terapêutico, mesmo diante de sua vontade convicta de se manterem abstinentes (ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO; PEDROSO; CASTRO, 2010; BECK; NEWMAN; WRIGHT, 2000).

Outras associações da fissura foram descritas, de acordo com sua classificação, como respostas à síndrome de abstinência: reações à falta de prazer, condicionada a estímulos relacionados ao consumo de drogas e à tentativa de intensificar o prazer em determinadas atividades (BECK et al., 1993; KNAPP; LUZ JUNIOR; BALDISSEROTTO; 2001; MARINHO; ARAUJO; RIBEIRO, 2012).

A escala de fissura (CCQ-B) também apresentou baixa correlação positiva com as áreas: “Família e aspectos legal/justiça do ASI-6” (Tabela 14). A literatura explica que, em virtude da fissura gerar necessidade do uso da droga, o usuário esgota rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades fora do mercado legal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física. Nesse sentido, as atividades mais citadas têm sido o tráfico, roubos, sequestros, venda de pertences próprios e de familiares e a prostituição, apresentando, portanto, maiores riscos de se envolverem com a polícia e agravando os problemas familiares (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

O estudo de FERRI et al. (1997), desenvolvido com 322 usuários de cocaína, sendo 237 em tratamento e 95 na comunidade, mostrou que o envolvimento em atividades ilegais, em geral, era mais frequente entre os usuários de cocaína, na comunidade, quando apresentavam maiores níveis de fissura. As atividades ilegais por eles praticadas consistiam na distribuição de droga (63,2%), seguida por roubar objetos

em lojas (42,1%), tráfico (40%), roubar pessoas (37,9%), roubar casas (33,7%), assalto (31,6%), carregar armas para proteção pessoal (29,5%) e roubar carros (23,2%).

Ao pesquisar padrões de uso entre dependentes de cocaína, hospitalizados no município de São Paulo, Ferreira Filho et al. (2003) constataram que os dependentes de *crack* apresentavam maior frequência (57,4%) de prisões decorrentes da violência e criminalidade. Dessa forma, evidenciaram que esses eram alguns dos motivos que justificavam a busca por tratamento em função de seu alto grau de prejuízo biopsicossocial.

A área psiquiátrica (ASI-6) associou significativamente com a escala de gravidade da dependência (SDS) (Tabela 14). Esses resultados nos levam a pensar que o uso de cocaína e/ ou *crack* ocasiona uma série de efeitos físicos e psíquicos desagradáveis para os usuários (OLIVEIRA et al., 2009) e complicações psiquiátricas (sintomas psicóticos) além da dependência, como sintomas depressivos na abstinência da droga (DACKIS; O'BRIEN, 2001). Há de se considerar também que a dependência da droga é um diagnóstico muito comum na prática psiquiátrica (FORMIGA et al., 2009). As complicações psiquiátricas são os principais motivos para a busca por atendimentos médicos entre usuários de cocaína (BRODY; SLOVIS; WREM, 1990).

Sob as perspectivas psiquiátrica e psicossocial, as neuroadaptações decorrentes do uso continuado da droga acentuam as oscilações entre a euforia produzida pelos efeitos agudos do uso da droga e, posteriormente, a depressão (ROBINSON; BERRIDGE, 2008), aumentando a probabilidade de surgirem sintomas psiquiátricos. O padrão de consumo intenso e compulsivo do *crack* está relacionado a maiores índices de violência em comparação aos usuários de cocaína (VAUGHN et al., 2010). Assim, o usuário acaba cometendo mais crimes para a obtenção da droga e também para manutenção do seu consumo (OLIVEIRA; NAPPO, 2008), fatores esses que podem contribuir para os problemas relacionados aos aspectos legais (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

É necessário ainda considerar que a idade, para essa amostra, foi um fator relevante em relação ao uso de drogas, uma vez que apresentou correlação positiva com a área médica (ASI-6) (Tabela 14) e negativa com as consequências relacionadas ao beber (DrInC) e às áreas "Drogas e Legal/ Justiça (Tabela 16).

A literatura considera que o aumento da idade seja um preditor para a melhora do prognóstico (BOOTH et al., 2010) e, as consequências relacionadas ao uso do álcool e/ou da droga, características definidoras do diagnóstico do abuso e da dependência dessas substâncias (REHM et al., 2006).

Todavia, se o uso de álcool e/ou de drogas, suas consequências e os aspectos legais/justiça diminuem com o avanço da idade, por outro lado, aumentam os problemas relacionados à saúde física. Nesse sentido, é preciso pensar em maiores investimentos no âmbito da prevenção frente ao uso dessas substâncias. Cabe lembrar que nesta amostra há um grupo considerável de pessoas que, além de terem iniciado o consumo na adolescência, faziam uso de álcool de forma acentuada, com consequências em diversos aspectos de suas vidas.

Os resultados corroboram ainda os da literatura evidenciando que os problemas de saúde estão entre as principais consequências relacionadas ao uso de álcool e/ou de outras drogas. O álcool, isoladamente, tem sido responsável por mais de 60 tipos de doenças (REHM et al., 2006), no desenvolvimento agudo ou crônico, contribuindo com cerca de 4% do total dos casos mundiais de doenças, gerando um significativo custo para o sistema de saúde (NALPAS et al., 2003).

No âmbito do tratamento, estudo realizado com 228 dependentes de álcool mostrou dados significativos em relação à idade. Esses pacientes, apesar de serem mais jovens, consumiam álcool de forma pesada, apresentavam dependência mais grave e mais problemas decorrentes do hábito de beber (FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006). Em outro importante estudo que avaliou os aspectos emocionais e de saúde mental, tal associação também foi destacada, mostrando que quanto maior o volume médio consumido de bebidas alcoólicas, mais problemas de saúde ocorrem (REHM et al., 2006).

Estudo epidemiológico nacional sobre o padrão de consumo do álcool identificou que cerca de 30 milhões de brasileiros já tiveram, pelo menos, um problema relacionado ao uso de álcool durante a vida. A prevalência de bebedores com problemas parece diminuir com a idade, passando de 53%, entre os 18 e 24 anos, para 35% no grupo com idade superior a 60 anos. Entre os problemas mencionados, os de natureza física são os mais comuns, seguidos por conflitos familiares e sociais (com algum episódio de violência), problemas de trabalho, de cunho legal, entre outros (LARANJEIRA et al., 2007).

Esses dados nos levam a pensar que a dependência de drogas, por comprometer, de forma gradativa, as várias esferas da vida da pessoa, com notável caráter complexo, requer tratamento abrangente que possibilite, pelo menos, minimizar o processo de busca de soluções para os inúmeros problemas decorrentes do uso dessas substâncias, problemas estes que se traduzem em prejuízos para a saúde, trazendo ainda, como consequência, implicações familiares, dificuldades para manter seu próprio sustento e

daqueles que o cercam, sendo, às vezes, também o que leva ao enfrentamento de problemas com a justiça (PEREIRA, 2008).

A área emprego (ASI-6) não correlacionou com nenhuma outra variável no presente estudo. Esse fato pode ter ocorrido considerando os baixos índices de emprego formal (Tabela 1) entre usuários de cocaína e ou *crack*. Esses dados corroboram os de outras pesquisas que mostraram altos índices de desemprego ou subemprego em usuários de cocaína e *crack* (NAPPO; GALDURÓZ, NOTO, 1996; DUNN; LARANJEIRA, 1999; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008; DUAILIBI, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Ao comparar as escalas entre si, os escores totais do ASI-6 associaram positivamente com as escalas SDS, DrInC e, opostamente, com a escala CCQ-B (Tabela 16). Como descrito anteriormente, os prejuízos em uma determinada área da vida do usuário acabam interferindo em todas as demais (CAETANO, 1993).

Limitações do estudo

Quanto às limitações desse estudo, merece destaque o fato da amostra ter sido constituída por conveniência, não permitindo que os resultados sejam generalizados. Considera-se também que o número de sujeitos foi pequeno, daí a necessidade de outros estudos envolvendo maior número de usuários de cocaína e de *crack*, além do uso de outras abordagens metodológicas, como estudos longitudinais, por exemplo.

Outra observação refere-se à consideração das sobreposições de informações a respeito do uso, dependência e consequências do uso da cocaína, *crack*, álcool; cada escala tem sua especificidade, de modo a torná-la diferente das outras, mas as informações por elas geradas se complementam.

Outra limitação do estudo refere-se às questões específicas relacionadas ao uso do *crack* e da cocaína, as quais não se diferenciam no ASI-6 – esse é um instrumento genérico, desenvolvido, de um modo geral, para avaliar uso de substâncias psicoativas. No entanto, apenas três itens da ASI visam, especificamente, à cocaína/ *crack*, ou seja, dias de consumo nos últimos 30 dias, anos de consumo e a via de administração (MCLELLAN et al., 2006); além disso, os pesquisadores foram treinados sobre essa questão e a necessidade de uma ênfase específica para cada tipo de droga avaliada.

Esses dados ressaltam a importância da realização de outras investigações nessa área, envolvendo amostras maiores e outras metodologia, como estudos de seguimento.

Conclusão

9. CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu avaliar as peculiaridades relacionadas aos usuários de cocaína e/ou *crack*, identificando elementos cruciais nas esferas de saúde e social, ressaltando a relação entre os aspectos biopsicossociais e o uso da cocaína e/ou *crack* e sinalizando para a multidimensionalidade e complexidade dessas relações. De modo geral, os resultados apresentados permitem afirmar que, apesar das diferenças pontuadas, há pouca diversificação entre os usuários de cocaína e de *crack*.

Em relação às informações sociodemográficas entre usuários de cocaína, a amostra foi caracterizada por adultos jovens, solteiros, cor branca, religião católica e com ausência de vínculo empregatício; já entre os usuários de *crack*, a maioria se caracterizou por adultos, baixa escolaridade, solteiros, cor branca, religião evangélica e fora do mercado de trabalho.

O estudo também mostrou que a maioria dos usuários teve o *crack* como a primeira droga de uso, apresentou maior nível da síndrome de dependência de álcool (SADD) e gravidade da síndrome de dependência avaliada pela escala (SDS).

Os usuários de *crack* se diferenciaram significativamente dos usuários de cocaína em três aspectos, ou seja, nos níveis de gravidade da síndrome de dependência da droga (SDS), nos níveis de gravidade em todos os aspectos biopsicossociais avaliados pelo ASI-6, e em específico nas áreas “uso de drogas, e suporte familiar e social”.

Entre os usuários de cocaína e/ou *crack* não houve diferenças em relação ao uso (tempo em anos e dias de consumo da substância), uso de álcool no padrão *binge* (na vida), níveis de gravidade da dependência do álcool e a fissura. Porém, o beber pesado frequente representa um grave risco para a saúde dos usuários de cocaína, o que confirma a importância de avaliar suas especificidades e distinguir os usuários de cocaína daqueles de *crack*.

As consequências do beber, entretanto, não se diferenciaram entre os usuários de cocaína e *crack*. No entanto, houve uma correlação positiva entre os escores da ASI-6, a SDS e do DrInC.

Outro resultado a ser destacado refere-se à associação significativa entre os domínios da ASI-6 no uso de drogas e suporte familiar e social entre os usuários de *crack*, o que demonstra que têm maior comprometimento nessas áreas.

Vale ressaltar também que, neste estudo, a idade obteve uma associação significativa nos domínios da escala ASI-6 em relação aos problemas médicos e físicos,

sugerindo que na medida em que a idade aumenta, aumentam também os problemas e as complicações clínicas. A idade também correlacionou com as consequências do beber (DrInC) e com os níveis de gravidade da dependência do álcool (SADD).

Em relação às complicações clínicas, evidenciou que as complicações pulmonares são verificadas com maior frequência em usuários de *crack*.

Convém ressaltar ainda que os usuários de cocaína apresentaram maiores níveis de gravidade de fissura (*craving*) e perda de controle, avaliados pela escala CCQ-B, porém não houve diferença estatística significativa.

Contudo, a dependência de cocaína e/ou *crack* é um dos grandes problemas atuais e muito contribui para a perda da saúde física e emocional, tanto do dependente quanto de seus familiares, além de acarretar vários problemas sociais e econômicos.

Este estudo contribui para a produção do conhecimento no que tange aos fatores relacionados aos aspectos biopsicossociais de usuários de cocaína e/ou *crack*, o que é de suma importância, uma vez que uma avaliação dessa natureza pode ser essencial para o sistema de saúde brasileiro, favorecendo a identificação precoce de problemas e propiciando melhora na qualidade da assistência prestada por meio da construção de políticas efetivas direcionadas a essa população.

Referências Bibliográficas

- ABRAMIDES, J. O futuro proibido: atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas. **Revista de Trabajo Social – FCH- UNCPBA**, n. 2, p. 58-70, 2009.
- AFONSO, L.; MOHAMMAD, T.; THATAI, D. Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. **Am. J. Cardiol.**, Dallas, v. 100, n. 6, p. 1040-1043, 2007.
- ALELUIA, G. Terapia familiar sistêmica na dependência química. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. **Dependência, compulsão e impulsividade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. p. 215-224.
- ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. **Neuropsicologia e dependência química**. In: DIEHA, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas, 2011, p.100-105.
- ALVES, R. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. **Cocaína e crack**. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção tratamento e políticas públicas, p. 170-179, 2011.
- ALVES, H. N. P.; DUAILIBI, L. Boas práticas no tratamento de usuários de dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 70-73.
- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 26, p. 51-53, 2004. Suplemento 1.
- ALVES, R. F.; ARAÚJO, A. C. C.; COSTA, M. R. S. R. Infiltrado pulmonar difuso em usuária de crack. **J. Pneumol.**, Brasília, v. 22, p. 51-52, 1996.
- AMARAL, R. G. **Padrão de consumo e evolução para dependência de pacientes internados para o uso de crack**. 2011. 46 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSMIV-TR**. 4. ed. rev. Trad. C. Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ANDRADE, A. F. **Cana e crack: sintoma ou problema? Um estudo sobre os trabalhadores no corte de cana e o consumo de crack**. 2003. 186 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ANDREWS, P. Cocaethylene toxicity. **J. Addict. Dis., Philadelphia**, v. 16, p. 75-84, 1997.
- ARAÚJO, R. B.; OLIVEIRA, M. S.; MANSUR, M. A. A validação brasileira do questionnaire of smoking urges. **Cad. Saúde Pública**, n. 10, p. 2157-2167, 2006.

- ARAÚJO, R. B.; OLIVEIRA, M. S.; PEDROSO, R. S.; MIGUEL, A. C.; CASTRO, M. G. T. *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.
- ARAÚJO, R. B.; PEDROSO, R. S.; CASTRO, M. G. T. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine-Craving-Questionnaire – Brief. São Paulo: **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 5, p. 195-198, 2010.
- ARAÚJO, R. B.; CASTRO, M. G. T.; PEDROSO, R. S.; SANTOS, P. L.; ROCHA, M. R.; MARQUES, A. C. P. R. Validação psicométrica do Cocaine Craving Questionnaire-brief- versão brasileira adaptada para o crack para dependentes hospitalizados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 233-9, 2011.
- ARAÚJO, R. B.; PANSARD, M.; BOEIRA, B. U.; ROCHA, N. S. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependência de crack. **Revista HCPA**, v. 30, n. 1, p. 36-42, 2010.
- ARNOLD, R. M.; AVANTS, S. K.; MARGOLIN, A.; MARCOTTE, D. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 23, p. 319-26, 2002.
- ASHKIN, D. P.; SIMMONS, M. S.; COULSON, A. H. Respiratory effects of cocaine “freebasing” among habitual users of marijuana with or without tobacco. **Chest**, n. 92, p. 638-644, 1987.
- AZEVEDO, R. C. S.; BOTEGA, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 29, n. 1, p. 26-30, 2007.
- BAILEY, B. J. Looking back at a century of cocaine – use and abuse. **Laryngoscope**, n. 106, v. 6, p. 681-683, 1996.
- BAPTISTA, M.; MINAYO, M. C. S.; AQUINO, M. T. C.; ASSIS, S. G. **Global studies of illegal drug markets in Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: DIGRAF/UERJ, 2000.
- BALTIERI, D. A.; CORTEZ, F. C. P. **A violência e o consumo nocivo de álcool**. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*, p. 139-162, 2009.
- BARTZOKIS, G.; BECKSON, M.; HANCE, D. B.; LU, P. H.; FOSTER, J. A.; MINTZ, J.; LING, W.; BRIDGE, P. Magnetic resonance imaging evidence of “silent” cerebrovascular toxicity in cocaine dependence. **Biol. Psychiatry**, v. 45, n. 9, p. 1203-1211, 1999.
- BASTOS, F. I.; LOPES, C. S.; DIAS, P. R. T. P.; LIMA, E. S.; OLIVEIRA, S. B.; LUZ, T. P. Perfil de usuários de drogas. I. Estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ - 1986/1987. **Rev. ABP-APAL**, n. 10, p. 47-52, 1988.
- BAUMANN, B. M.; PERRONE, J.; HORNING, S. E.; SHOFER, F. S.; HOLLANDER, J. E. Cardiac and hemodynamic assessment of patients with cocaine-associated chest pain syndromes. **Clin. Toxicol.**, v. 38, p. 283-290, 2000.

- BECK, A.; NEWMAN, C.; WRIGHT, F. **Terapia cognitiva de las drogodependencias**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2000.
- BECK, S. T.; WRIGHT, F. D.; NEWMAN, C. F.; LIESE, B. S. **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford Press, 1993.
- BERGERET, J.; LEBLANC, J. Introdução (BATISTA, M. T.). In: _____. (Ed.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 13-16.
- BERNADY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.
- BESSA, M. A. **O adolescente usuário de crack**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de *crack*. Porto Alegre: Artmed, cap. 46, p.619-30, 2012.
- BLUMSTEIN, A. Youth violence, guns and the illicit drug industry. **J crim Law Criminol**, v. 86, n. 1, p. 10-36, 1995.
- BOENING, J. A. Neurobiology of an addiction memory. **J. Neural. Transm.**, v. 108, n. 6, p. 755-765, 2001.
- BOGHDADI, M. S.; HENNING, R. J. Cocaine: pathophysiology and clinical toxicology. **Heart Lung**, v. 26, n. 6, p. 466-483, 1997.
- BONADIO, A. N.; DUAİLÍBI, L. B. **Reabilitação vocacional**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de *crack*, 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 447-458, cap. 29, 2012.
- BONO, J. Criminalistics: introduction to controlled substances. In: KARCH, S. B. (Ed.). **Drug abuse handbook**. Boca Raton, FL: Ed. CR Press, 1998. p. 75.
- BOOTH, R. E.; WATTERS, J. K.; CHITWOOD, D. D. HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. **Am. J. Public Health**, v. 83, n. 8, p. 1144-1148, 1993.
- BOOTH, B. M.; CURRAN, G.; HAM, X.; WHIGHT, P.; FRITH, S.; LEUKEFELD, C.; FALCK, R.; CARLSON, R. G. Longitudinal relationship between psychological distress and multiple substance use: results from a three – year multisite natural-history study of rural stimulant users. **J stud Alcohol Drugs**, v. 71, n. 2, p. 258-67, 2010.
- BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 52, n. 3, p. 171-179, 2003.
- BOTVIN, G. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. **Addictive Behaviors**, v. 25, n.6, p. 87-97, 2000.

BOYD, C. J.; MIECZOWSKI, T. Drug use, health, family and social support in "crack" cocaine users. **Addict. Behav.**, v. 15, p. 481-845, 1990.

BOYUM, D.; KLEIMAN, M. A. R. Alcohol and other drugs. In: _____. **Crime**. California: Institute for Contemporary Studies Press, 1995. p. 295-326.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério de saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: AIDS e DST**. 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/boletim_2010_pdf_14544.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

BRODY, S. L.; SLOVIS, C. M.; WRENN, K. D.; Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. **Am Med.**, v. 88, p. 325-31, 1990.

BROWN, T. G.; SERAGANIAN, P.; TREMBLAY, J. Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment: do they fare as well as problem drinkers? **J. Subst. Abuse Treat.**, v. 10, n. 6, p. 545-552, 1993.

BUCKMAN, J. F.; YUSKO, D. A.; WHITE, H. R.; PANDINA, R. J. Risk for excessive alcohol use and drinking-related problems in college student athletes. **Addiction Behav.**, v. 33, n. 12, p. 1546-56, 2008.

BURZSTEIN, P. A.; STEMPLIUK, V. A. Cocaína e Família. In: LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 155-163.

CACCIOLA, J. S.; ALTERMAN, A. I.; HABING, B.; MCLELLAN, A. T. Recent Status Scores for Version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). **Addiction**, v. 106, n. 9, 1588-1602, 2011.

CAETANO, R. The association between severity of DSM-III-R alcohol dependence and medical and social consequences. **Addiction**, v.88, p. 631-642, 1993.

CAETANO, R.; WEISNER, C. The association between DSM-III-R alcohol dependence. Psychological distress and drug use. **Addiction**, v. 90, n.3, p. 351-359, 1995.

CALDEIRAS, Z. F. **Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares**. 1999. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CAMI, J.; FARRE, M.; GONZALEZ, M. L.; SEGURA, J.; DE LA TORRE, R. Cocaine metabolism in humans after use of alcohol. Clinical and research implications. **Recent Dev. Alcohol.**, v. 14, p. 437-455, 1998.

- CARRIGAN, M.; HAM, L.; THOMAS, S.; RANDALL, C. Alcohol outcome expectancies and drinking to cope with social situations. **Addictive Behaviors**, v. 33, p. 39, p. 1162-1166, 2008.
- CASTEL, S.; FORMIGONI, M. L. O. S. Escalas para avaliação de tratamento de dependência de álcool e outras drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 1, p. 32-37, 1999.
- CARLINI, E. A.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J. C. F. Cocaína ao longo dos últimos anos. **Rev. ABP-APAL**, v. 15, n. 4, p. 121-127, 1993.
- CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; SENAD, 2001.
- CARLINI, E. A.; SILVA, A. A. B.; NOTTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006.
- CARROL, K. M.; NICH, C.; BALL, S. A.; BALL, S. A.; MCCANCE, E.; ROUNSAVILE, B. J. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. **Addiction**, v. 93, p. 713-27, 1998.
- CARLSON, R. G.; SEXTON, R. WANG, J.; FALCK, R. S.; LEUKEFELD, C. G. BOOT, B. M. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas and Kentucky. **Subst Abus.** 31 (1), p. 1-7, 2010.
- CHASIN, A. A. M. **Cocaína e cocaetileno**: influencia do etanol nas concentrações de cocaína em sangue humano *post mortem*. 1996. 141 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- CHASIN, A. A. M.; LIMA, I. V. Alguns aspectos históricos do uso da coca e da cocaína. **Rev. Intertox Toxicol. Risco Ambient. Soc.**, v. 1, n. 1, p. 33-44, 2008.
- CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Fissura por *crack*: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.
- CHEN, C. Y.; ANTONY, J. C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine, **Psychopharmacology**, Berlim, v. 172, n. 1, p. 78-86, 2004.
- CHEN, K.; KENDEL, D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. **Drug Alcohol Depend.**, v. 68, n. 1, p. 65-85, 2002.
- CLAYTON, R. R. Multiple drug use. **Recent Dev. Alcohol**, v. 4, p. 7-38, 1986.

- COFANI, A. **Juventude e consumo de álcool entre jovens de distintos grupos sociais**. São Paulo. 2012. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- COSTA-LEITE, M.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- COURTWRIGHT, D. T. **Forces of habit**: drugs and making of the modern world. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
- CUNHA, S. M.; CARVALHO, J.; KOLLING, N. M.; SILVA, C. R.; KRISTENSEN, C. H. Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 1, p. 31-39, 2007.
- DACKIS, C.; O'BRIEN, M. D. C. Cocaine dependence a disease of brain's reward centers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, p. 111-117, 2001.
- DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.
- DARAS, M.; TUCHMAN, A. J.; KOPPEL, B. S.; SAMKOFF, L. M.; WEITZNER, I. Marc J: Neurovascular complications of cocaine. **Acta Neurol. Scand.**, n. 90, p. 124-129, 1994.
- DARAS, M.; TUCHMAN, A. J.; MARKS, S. Central nervous system infarction related to cocaine abuse. **Stroke**, v. 22, n. 10, p. 1320-1325, 1991.
- DARKE, S.; DEGENHARDT, L.; MARTTICK, R. Mortality and suicide. In: _____. **Mortality among illicit drug users epidemiology, causes and intervention**. Cambridge: Cambridge University, 2006. p. 80-95.
- DEGENHARDT, L.; SINGLETON, J.; CALABRIA, B.; MCLAREN, J.; KERR, T.; MEHTA, S. Mortality among cocaine users: a systematic review of cohort studies. **Drug Alcohol Depend.**, v. 113, n. 2/3, p. 88-95, 2011.
- DELBONO, E. A.; O'BRIEN, K.; MURPHY, R. L. H. Lung sound abnormalities in cocaine freebasers. **J. Subst. Abuse**, v. 10, p. 201-208, 1989.
- DHUNA, A.; PASCUAL-LEONE, A.; BELGRADE, M. Cocaine-related vascular headaches. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.**, v. 54, n. 9, p. 803-806, 1991.
- DIAS, A. C.; RIBEIRO, M.; DUNN, J.; SESSO, R.; LARANJEIRA, R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5 and 12 years. **Subst Abus**. 29 (3), p. 71-9, 2008.
- DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados – bem vindo ao mundo dos nórias**. 2006. 232f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

- DONOVAN, D. M. Assessment to aid in the treatment planning process. In: AUTOR. **Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers**. Bethesda: NIAAA, 1995. p. 75-122. (NIAAA Treatment Handbook Series 4).
- DUALIBI, L. B. **Revisão sistemática: perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. 2010. 86 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.
- DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 545-557, 2008. Supplement 4.
- DUNN, J. **Perfil de risco dos usuários de cocaína**. 2000. 192f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.
- DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. **Addiction**, n. 94, v. 6, p. 813-824, 1999.
- DUNN, J.; LARANJEIRA, R.; SILVEIRA, D. X.; FORMIGONI, M. L.; FERRI, C. P. Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. **Subst. Use Misuse**, v. 31, n. 4, p. 519-527, 1996.
- EARLEYWINW, M.; NEWCOMB, M. D. Concurrent versus simultaneous polydrug use: prevalence, correlates, discriminated validity, and prospective effects on health outcomes. **Exp Clin Psychopharmacol**. 5 (4), p. 353-64, 1997.
- EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- EDWARDS, G. MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **A síndrome da dependência do álcool**. In: _____. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 55-72.
- ELLENHORN, M. J.; SCHONWALD, S.; ORDOG, G.; WASSERBERGER, J. **Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Handbook for Surveys on drug use among the general population. Lisbon: **EMCDDA**, 2002.
- ESCH, T.; ESTEFANO, G. B. The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. **Neuro Endocrinol. Lett.**, v. 25, n. 4, p. 235-251, 2004.
- ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Editorial Alianza, 1997. v. 2.
- FALCK, R. S.; WANG, J.; SIEGAL, H. A.; CARLSON, R. G. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. **J Nerv Ment Dis.**, v.192, n. 7, p. 503-7, 2004.

- FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? **Drug Alcohol Depend.**, v. 98, n. 1/2, p. 24-29, 2008.
- FERREIRA FILHO, O. F.; TURCHI, M. D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759, 2003.
- FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.
- FERRI, C. P. **Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento.** 1999. 165 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FERRI, C. P.; GOSSOP, M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. **Addict. Behav.**, v. 24, n. 6, p. 815-821, 1999.
- FERRI, C. P.; LARANJEIRA, R.; DA SILVEIRA, D. X.; DUNN, J.; FORMIGONI, M. L. O. S. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios da cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 25-28, 1997.
- FERRI, C. P.; MARSDEN, J.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. GOSSOP, M. Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. **Drug and Alcohol Review**, v. 19, n. 4, p. 451-55, 2000.
- FIGLIE, N. B. **O tratamento da família na dependência química.** São Paulo: Álcool e drogas sem distorção, 2004. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_130.htm>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004.
- FIGLIE, N. B.; DUNN, J.; BAZAN, J. L.; LARANJEIRA, R. The stages of change among Brazilian alcohol dependents. **Addiction Disorders & Their Treatment**, v. 4, n. 4, p. 161-165, 2005.
- FINE, D. M.; GELBER, A. C.; MELAMED, M. L.; LIN, J. C.; ZHANG, L.; EUSTACE, J. A. Risk factors for renal failure among 72 consecutive patients with rhabdomyolysis related to illicit drug use. **Am. J. Med.**, v. 117, n. 8, p. 607-610, 2004.
- FISHER, R. A. The logic of inductive inference. **J. R. Statist. Soc.**, v. 98 n. 1, p. 39-82, 1935.
- FLEMING, B. C.; WHITE, H. R.; CATALANO, F. R. Romantic Relationships and Substance Use in Early Adulthood: An Examination of the Influences of Relationship Type, Partner Substance Use, and Relationship Quality. **J Health Soc Behav**, 2010.

- FOCHI, E. L.; MORAES, M. S.; CHIARAVALLI, F. N.; GANDOLFI, D.; FERREIRA, E. M. A. Caracterização de 46 usuários de *crack* abordados no programa de redução de danos "Tá Limpo". **HB Cient.**, n. 7, p. 664-671, 2000.
- FONSECA, V. A. S.; LEMOS, T. A. Farmacologia na dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 359-374.
- FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.6, p. 304-312, 2006.
- FORMIGA, L. T.; SANTOS, R. C. S.; DUMCKE, T. S.; ARAÚJO, R. B.; Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. **Revista HCPA**, v. 29, n. 2, p. 120-126, 2009.
- FORSTER, M. K.; TANNHAUSER, M.; BARROS, H. M. T. Drugs among street children in southern Brazil. **Drug Alcohol Depend.**, Amsterdam, v. 43, p. 57-62, 1996.
- FREEMAN, R. B. Why do so many young American men commit crimes and what might we do about it? **J. Econ. Perspec.**, v. 10, n. 1, p. 25-42, 1996.
- FRISCHER, M.; GREEN, S. T.; GOLDBERG, D. **Substance abuse related mortality: a worldwide review**. Compiled for UNDCP, Mar. 1994.
- GAFFNEY, L.; THORPE, K.; YOUNG, R.; COLLET, R.; OCCHIPINTI, S. Social skills, expectancies, and drinking in adolescents. **Addictive Behaviors**, v. 23, p. 587-99, 1998.
- GALANTER, M. Spirituality in alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. **Psychiatric Services**, v. 57, n. 3, p. 307-309, 2006.
- GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas – Parte A: Estudo Envolvendo as 24 Maiores Cidades do Estado de São Paulo – 1999. São Paulo: **CEBRID** - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000.
- GAUDERER, C. **Crianças, adolescentes e nós. Guia prático para pais, adolescentes e profissionais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- GAWIN, F. H.; KHALSA, M. E.; ELLINWOOD, E. Stimulants. In: Galanter M, Kleber HD (eds). **Textbook of substance abuse treatment**. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1994. p. 111-139.
- GAWIN, F. H.; KLEBER, H. D. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 43, p. 107-113, 1986.
- GILBERT, M. E. The phenomenology of limbic kindling. **Toxicol. Ind. Health**, v. 10, n. 4/5, p. 343-358, 1994.

- GIROS, B.; JABER, M.; JONES, S. R., Wightman, R. M., Caron, M. G. Hyperlocomotion and indifference to cocaine and amphetamine in mice lacking the dopamine transporter. **Nature**, v. 379, p. 606-612, 1996.
- GITLOW, S. **Estimulantes**. In: GITLOW, S. Transtornos relacionados ao uso de substâncias, cap. 13, p. 182-186, 2008.
- GOLD, M. S. **Cocaine**. New York: Plenum Medical, 1993.
- GOLDFRANK, L. HOFFMAN, R.; NELSON, L.; HOWLAND, M.; LEWIN, N.; FLOMENBAUM, N.; GOLDSTEIN, P. Goldfrank's toxicologic emergencies. 8th ed. New York, NY: McGraw Hill, 2006. p. 21-52.
- GOLDSTEIN, P.; REINARMAN, C.; LEVINE, H. **Crack and homicide in New York City: crack in America**. Berkeley: University of California, 1997.
- GOMES, L. S. Organização de serviços para tratamento de usuários e dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 74-79.
- GOSSOP, M.; GRIFFITHS, P.; POWIS, B.; STRANG, J. Cocaine: patterns of use, route of administration and severity of dependence. **The British Journal of Psychiatry**, v. 164, p. 660-64, 1994.
- GOSSOP, M. The treatment mapping survey: a descriptive study of drug and alcohol treatment responses in 23 countries. **Drug Alcohol Depend.**, v. 39, p. 7-14, 1995.
- GOSSOP, M.; MANNING, V.; RIDGE, G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. **Alcohol Alcohol.**, v. 41, n. 2, p. 121-125, 2006.
- GOSSOP, M.; DARKE, S.; GRIFFITHS, P.; HANDO, J.; POWIS, B.; HALL, W.; STRANG, J. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. **Addiction**, v.90, n. 5, p. 607-614, 1995.
- GRANT, B. F.; HARFORD, T. C. Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: results of a national survey. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 25, p. 97-104, 1990.
- GRINSPOON, L, BAKAKAR, L. Cocaine: A Drug and Its Social Evolution. New York, Basic Books, 1985, p.138
- GUINDALINI, C.; VALLADA, H.; BREEN, B.; LARANJEIRA, R. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? **BMC Pub. Health**, v. 20, p. 6-10, 2006.
- HAASEN, C.; PRINZLEVE, M.; GOSSOP, M.; FISCHER, G.; CASAS, M. The cocaineeu-Team. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. **World Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 173-6, 2005.

HAMID, A. Crack: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/*crack* economy. **Int. J. Addict.**, v. 26, n. 8, p. 825-836, 1991a.

HAMID, A. Crack: new directions in drug research. Part 2. Factors determining the current functioning of *crack* economy – a program for ethnographic research. **Int. J. Addict.**, v. 26, n. 8, p. 913-922, 1991b.

HAN, B.; GFROERER, J. C.; COLLIVER, J. D. Associations between duration of illicit drug use and health conditions: results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. **Ann Epidemiol**, v. 20, n.4, p. 289-97, 2010.

HARRIS, D. S.; EVERHART, E. T.; MENDELSON, J.; JONES, R. T. The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. **Drug Alcohol Depend.**, v. 72, p. 169-182, 2003.

HAVASSY, B. E.; ARNS, P. G. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. **Psychiatric Service**, v. 49, n. 17, p. 935-940, 1998.

HATSUKAMI, D. K.; FISCHMAN, M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? **JAMA**, v. 276, n. 19, p. 1580-1587, 1996.

HEARN, W. L.; ROSE, S.; WAGNER, J.; CIARLEGLIO, A.; MASH, D. C. Cocaethylene is more potent than cocaine in mediating lethality. **Pharmacol. Biochem. Behav.**, v. 39, p. 531-533, 1991.

HEDAYA, M. A.; PAN, W. J. Cocaine and alcohol interactions in naive and alcohol-pretreated rats. **Drug Metab. Dispos.**, v. 24, p. 807-812, 1996.

HEDDEN, S. L.; MARTINS, S. S.; MALCOLM, R. J.; FLOYD, L.; CAVANAUGH, C. E.; LATIMER, W. W.. Patterns of illegal drug use among an adult alcohol dependent population: results from the national survey on drug use and health. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 106, p. 108-125, 2010.

HENKEL, D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). **Current Drug Abuse Rev.**, v.4, n.1, p. 4-27, 2011.

HERBST, E. D.; HARRIS, D. S.; EVERHART, E. T.; MENDELSON, J.; JACOB, P.; JONES, R. T. Cocaethylene formation following ethanol and cocaine administration by different route, experimental and clinical. **Psychopharmacology**, v. 19, n. 2, p. 95-104, 2011.

HERNANDEZ, L.; SANCHEZ, M. A. M. Cocaína, farmacología e intoxicação aguda. In: LORENZO, P.; LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN, I. **Drogodependencias – Farmacologia, Patologia**. Legislación Madrid. España: Editorial Medica Panamericana, 1999. p. 113-134.

HIGGINS, S. T.; RUSH, C. R.; BICKEL, W. K.; HUGHES, J. R.; LYNN, M.; CAPELESS, M. A. Acute behavioral and cardiac effects of cocaine and alcohol combinations in humans. **Psychopharmacology**, v. 111, p. 285-294, 1993.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **J. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; ROSSET, A. P.; HORTA, C. L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, 2011.

HSER, Y. I.; HUANG, D.; BRECHT, M. L.; LI, L.; EVANS, E. Contrasting trajectories of heroin, cocaine, and methamphetamine use. **J Addiction Dis.**, v. 27, n.3, p. 13-21, 2008.

HUESTIS, M. A.; DARWIN, W. D.; SHIMOMURA, E.; LALANI, S. A.; TRINIDAD, D. V.; JENKINS, A. J. Cocaine and metabolites urinary excretion after controlled smoked administration. **J Anal Toxicol.**, v. 31, n. 8, p. 462-8, 2007.

HYMAN, S. E. Addiction: a disease of learning and memory. **Am J Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 1414-22, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Curiosidades do censo sobre raça no Brasil**. 2010. Disponível pelo site: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/listas/curiosidades-do-censo-sobre-raca-no-brasil>>.jhtm. Acesso: 4 de Outubro, 2012.

INIICIARD, J. Crack/cocaine in the Americas. São Paulo: Brasil – **United States Binational Symposium**, 1992.

ITKONEN, J.; SCHOLL, S.; GLASSROTH, J. Pulmonary dysfunction in freebase cocaine users. **Arch. Intern. Med.**, v. 144, p. 195-197, 1984.

JATLOW, P. Cocaethylene. What is it? **Am. J. Clin. Pathol.**, v. 104, n. 2, p. 120-210, 2001.

JOHANSON, C. E.; FISCHMAN, M. W. The Pharmacology of cocaine related to its abuse. **Pharmacol. Rev.**, n. 41, p. 3-52, 1989.

JONES, E. M.; KNUTSON, D.; HAINES, D. Common problems in patients recovering from chemical dependency. **Am. Fam. Physician**, v. 68, n. 10, p. 1971-1978, 2003.

JONES, R. T. Pharmacokinetics of cocaine: considerations when assessing cocaine use by urinalyses. **NIDA Res. Monogr.**, n. 175, p. 221-234, 1997.

JORGE, M. R.; MASUR, J. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 35, n.5, p. 287-292, 1986.

KAKU, D. A.; LOWEISTEIN, D. H. Emergence of recreational drug abuse as a major risk factor for stroke in young adults. **Ann. Intern. Med.**, n. 113, p. 821-827, 1990.

KALIVAS, P. W.; VOLKOW, N. D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. **Am. J. Psychiatry**, v. 162, n. 8, p. 1403-1413, 2005.

- KAMPMAN, K. M.; PETTINATI, H. H.; VOLPICELLI, J. R.; OSLIN, D. M.; LIPKIN, C.; SPARKMAN, T.; O'BRIEN, C. Cocaine dependence severity predicts outcome in outcome in outpatient detoxification from cocaine and alcohol. **Am. J. Addict.**, v. 13, n. 1, p. 74-82, 2004.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- KARCH, S. B. Cocaine: history, use, abuse. **J. R. Soc. Med**, v. 92, n. 8, p. 393-397, 1999.
- KARCH, S. B. The history of cocaine toxicity. **Hum. Pathol.** v. 20, n. 11, p. 1037-1039, 1989.
- KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.
- KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H. U.; KENDLER, K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 51, p. 8-19, 1994.
- KESSLER, F. H. P.; FALLER, S.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CRUZ, M.; BRASILIANO, S.; PECHANSKY, F. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência (ASI). Porto Alegre: **Rev. Psiq. Rio G do Sul**, v. 32, n.2, 2010.
- KESSLER, F. H. P. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI-6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país**. 2011. 320f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2011.
- KESSLER, F. H. P.; CACCIOLA, J.; ALTERMAN, A.; FALLER, S.; FORMIGONI, M. L. S.; CRUZ, M. S.; BRASILIANO, S.; PECHANSKY, F. Psychometric properties of sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brasil. **Revista Bras Psiquiatria**, v. 34, p. 24-33, 2012.
- KNAPP, P.; LUZ JUNIOR, E.; BALDISSEROTTO, G. V. Terapia cognitiva da dependência química. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- KOENING, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B.; Handbook of religion and health. New York: **Oxford University**, 2001, p. 712.
- KOLLER, K.; LUIZ, T. S. C.; VIANNA FILHO, P. T. G.; GRANATO, J. P.; SILVA, C. J.; RIBEIRO, M. Avaliação clínica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 17, p. 265-290.

KOLLING, N. M.; SILVA, C. R.; CARVALHO, J. C. N.; CUNHA, S. M.; KRISTENSEN, C. H. Avaliação neuropsicológica em alcoolista e dependentes de cocaína. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 127-137, 2007.

KOOB, G. F. Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. **Neuropharmacology**, v. 56, p. 18-31, 2009. Supplement 1.

KOOB, G. F.; LE MOAL, M. **Neurobiology of addiction**. Amsterdam: Elsevier/Academic, 2006.

KOSTEN, T. R.; KLEBER, H. D. **Clinician's guide to cocaine addiction**. New York: Guilford, 1993.

LAIZURE, S. C.; MANDRELL, T.; GADES, N. M.; PARKER, R. B. Cocaethylene metabolism and interaction with cocaine and ethanol: role of carboxylesterases. **Drug Metab Dispos.**, v.31, n.1, p. 16-20, 2003.

LARANJEIRA, R.; DUNN, J.; RASSI, R.; MITSUSHIRO, S. S.; FERNANDES, M. S. Seguimento de usuários de *crack* após dois anos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 47, n. 5, p. 233-236, 1998.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. São Paulo: UNIAD (Unidade e SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas), 2007.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUSHIRO, S. S. **II LENAD- Levantamento de Álcool e Drogas o uso de cocaína e crack no Brasil no ano de 2012**. São Paulo: IPSOS, 2012.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e outras drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 97-102.

LEIGH, T. W.; PETERS, C.; SHELTON, J. The consumer quest for authenticity: the multiplicity of meanings within the MG subculture of consumption. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 34, n. 4, p. 481-493, 2006.

LEITE, M. C.; SEGAL, A.; CABRAL, A. C. J. Complicações médicas do consumo de cocaína. In: LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 1999. p. 98-110.

LENDE, D. H.; SMITH, E. O. Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior. **Addiction**, v. 97, n. 4, p. 447-458, 2002.

LIMA, L. C. A.; BERQUÓ, E.; LOPES, F.; OLIVEIRA, K. A.; PINHO, M. D. G.; PEREIRA, N. Estudos dos diferenciais raciais/étnicos no uso de drogas. Encontro Nacional de Estudos Populacionais [CD-Room] 2002 Nov 4-8. Minas Gerais, Brasil. Ouro Preto: **ABEP**, 2002.

LIMA, L. P.; FONSECA, V. A. S.; RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência do *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Atmed, 2012. Cap. 9, p. 143-160.

- LIN, M. Images in emergency medicine. Fingertip burns from a crack pipe. **Ann. Emerg. Med.**, v. 51, n. 5, p. 681-695, 2008.
- LIPTON, D. S.; JOHSON, B. D. Smack, crack, and score: two decades of NIDA-founded drugs and crime research at NDRI 1974-1994. **Subst. Use Misuse**, Monticelli, v. 33, n. 9, p. 1779-1815, 1998.
- LIZASOAIN, I.; MORO, M. A.; LORENZO, P. Cocaína: aspectos farmacológicos. **Adicciones**, v. 14, n. 1, p. 57-64, 2002.
- LONGABAUGH, R.; MATSON, M. E.; CONNORS, G. J.; COONEY, N. L. Quality of life as an outcome variable. **Journal of Studies on Alcohol**, n. 12 (Suppl), p. 119-129, 1994.
- MALUF, M. C. V. R. **Efeitos do tratamento com cocaína sobre parâmetros comportamentais e na expressão de CREB/pCREB e BDNF em camundongos adolescentes e adultos**. 2011. 37 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- MANÇANO, A.; MARCHIORI, E.; ZANETTI, G.; ESCUISSATO, D. L.; DUARTE, B. C.; APOLINÁRIO, L. A. Complicações pulmonares após uso de *crack*: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 323-327, 2008.
- MARAJ, S.; FIGUEREDO, V. M.; LYNN-MORRIS, D. Cocaine and the heart. **Clin. Cardiol.**, v. 33, n. 5, p. 264-269, 2010.
- MARINHO, J. A. C.; ARAUJO, R. B.; RIBEIRO, M. Manejo da fissura. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA. **O tratamento dos usuários de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 374-388.
- MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção de recaída**: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MARQUES, A. C.; SEIBEL, S. D. O *craving*. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JUNIOR, A. (Ed.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 239-248.
- MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; ANDRADA, N. C. Abuso e dependência: *crack*. **Rev Assoc Med Bras**. 58 (2), p. 141-153, 2012.
- MARTINS, H. S.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T.; BRANDÃO NETO, R. A. **Emergências clínicas**: abordagem prática. 5 ed. Barueri: Manole, 2010.
- MARZUK, P. M.; TARDIFF, K.; LEON, A. C.; HIRSCH, C. S.; STAJIC, M.; PORTERA, I.; HARTWELL, N.; IQBAL, M. Fatal injuries after cocaine use as a leading cause of death among young adults in New York City. **N. Engl. J. Med.**, v. 332, p. 1753-1757, 1995.
- MCLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G.; O' BRIEN, C. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. **J Nerv Ment Des.**, v. 168, n. 1, p. 26-33, 1980.

- MCLELLAN, A. T.; ALTERMAN, A. I.; ACCIOLA, J.; RUTHERFORD, M. J.; O'BRIEN, C. P.; KOPPENHAVER, J. A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the treatment service review. **J Nervous and Mental Dis.**, v. 180, p. 101-110, 1992.
- MCCANCE, E. F.; PRICE, L. H.; MCDOUGLE, C. J.; KOSTEN, T. R.; BLACK, J. E.; JATLOW, P. I. Concurrent cocaine-ethanol ingestion in humans: Pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene. **Psychopharmacology**, v. 111, p. 39-46, 1993.
- MCCANCE-KATZ, E. F.; KOSTEN, T. R.; JATLOW, P. Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone a multiple-dose study. **Biol. Psychiatry**, v. 44, n. 4, p. 250-259, 1998.
- MCLELLAN, A. T.; ALTERMAN, A. I.; ACCIOLA, J.; RUTHERFORD, M. J.; O'BRIEN, C. P.; KOPPENHAVER, J. A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the treatment service review. **J. Nervous and Mental Dis.**, v. 180, p. 101-110, 1992.
- MCLELLAN, A. T. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a Chronic Care Perspective. **Addiction**, n. 297, p. 249-252, 2002.
- MCLELLAN, A. T.; ACCIOLA, J.; ALTERMAN, A.; RIKOON, S.; CARISE, D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. **Am J Addict.**, v.15, n.2, p. 113-24, 2006.
- METSCH, L. R.; McCOY, C. B.; MILES, C. C.; EDLIN, B. R.; PEREYRA, M. Use of health care services by women who use crack cocaine. **Women Health**, n. 30, p. 35-51, 1999.
- MIDANIK, L.T.; TAM, T. W.; WEISNER, C. Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. **Drug Alcohol Depend.** 90 (1), p. 72-80, 2007.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. The complexity of relations between drugs, alcohol and violence. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 35-42, 1998.
- MILITELLO, V. A descriminalização do uso de drogas: a experiência italiana. In: RIBEIRO, M. M.; SEIBEL, S. D. **Drogas – Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997. p. 101-114.
- MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S.; LONGABAUGH, R. The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) an instrument for assessing adverse Consequences of Alcohol Abuse. **Test manual NIAAA Project MATCH Monograph Series**, vol. 4 NIH PUB, v. 95, p. 95-3911, Government Printing Office, Washington, 1995.
- MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRETAS, J. R. S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 354-360, 2009.

- MORGAN, J. P.; ZIMMER, L. The social pharmacology of smokeable cocaine: not all it's cracked up to be. In: REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. **Crack in America: demon drugs and social justice**. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 131-170.
- MUSTO, D. F. Opium, cocaine and marijuana in America history. **Sci. Am.**, v. 265, p. 40-47, 1991.
- MUSTO, D. F. **One hundred years of heroin**. Westport: Auburn House, 2001.
- NACHER, M.; ADENIS, A.; HANF, M.; ADRIOUCH, L.; VANTILCKE, V.; EL GUEDJ, M.; VAZ, T.; DUFOUR, J.; COUPPIÉ, P. Crack cocaine use increases the incidence of AIDS – defining events in French Guiana. **AIDS**, v. 23, n. 16, p. 2223-2226, 2009.
- NALPAS, B.; COMBESURE, C.; PIERRE, B.; LEDENT, T.; GILLET, C.; PLAYOUST, D. Financial costs of alcoholism treatment programs: a longitudinal and comparative evaluation among four specialized centers. **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, v. 27, n. 1, p. 51-56, 2003.
- NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**, v. 31, n.5, p. 565, 79, 1996.
- NAPPO, A. S.; SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; SANTOS, A. S.; CORADETE JUNIOR, J.; PACCA, J. C. B.; LACKS, V. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.
- NATHAN, K. I.; BRESNICK, W. H.; BATKI, S. L. Cocaine abuse and dependence approaches to management. **CNS**, n. 10, p. 43-59, 1998.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). Rockville: **NIDA**, 2011. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov>>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- NEGRETE, J. C. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: BOCK, G. R.; WHELAN, J. (Ed.). **Cocaine: scientific and social dimensions**. Chichester: John Wiley & Sons, 1992. p. 40-49.
- NONTICURI, A. R. **As Vivências de Adolescentes e Jovens com o Crack e suas Relações com as Políticas Sociais Protetoras neste Contexto**. 2010. 144f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Católica de Pelotas. Rio Grande do Sul, 2010.
- NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C.; MATTEI, R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras 1997**. São Paulo: CEBRID, 1998.
- NOTO, A. R.; MOURA, Y. G.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J. C.; CARLINE, E. A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 51, n. 2, p. 113-121, 2002.

- O'BRIEN, C. P.; ECKARDT, M. J.; LINNOILA, M. I. Pharmacotherapy of alcoholism. In: FLOYD, E. B.; DAVID, J. K. **Psychopharmacology: the fourth generation of progress**. New York: Raven Press, 1995. p. 1745-1755.
- OFFICE FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION (OSAP). **Crack cocaine: a challenge for prevention**. Monograph-9. Rockville: Department of Health and Human Services, 1991.
- OGA, S.; CARVALHO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- OLDS, J.; MILNER, P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. **J. Comp. Physiol. Psychol.**, v. 47, n. 6, p. 419-427, 1954.
- OLIVEIRA, M. S. **Eficácia da intervenção motivacional em dependentes do álcool**. 2000. 273f. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica). Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2000.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
- OLIVEIRA, L. C.; BARROSO, L. P.; SILVEIRA, C. M.; SANCHEZ, Z. V.; PONCE, J. C.; VAZ, L. J. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. **Subst Use Misuse**, v. 44, n. 13, p. 1941-57, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças – CID 10: descrições clínicas e diretrizes de diagnósticas – OMS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001. Site de acesso: <<http://www.webartigos.com/artigos/fatores-de-risco-e-protecao-para-dependencia-quimica-em-idosos-desafios-para-a-psicologia-da-saude/98719/#ixzz2Bx4naVaE>>. Acesso 12 de Julho de 2012.
- PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. Trad. PAIVA, L. S. C. Revisão técnica de Lúcia Pereira Barroso. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- PAN, W. J.; HEDAYA, M. A. Cocaine and alcohol interactions in the rat: contribution of cocaine metabolites to the pharmacological effects. **J. Pharm. Sci.**, v. 88, p. 468-476, 1999.
- PARDINI, D. A.; PLANTE, T. G.; SHERMAN, A.; STUMP, J. E. Religious faith and spirituality in Substance abuse recovery: determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 19, p. 347-359, 2000.
- PARKER, R. B.; LAIZURE, S. C. The effect of ethanol on oral cocaine pharmacokinetics reveals an unrecognized class of ethanol-mediated drug interactions. **Drug Metab. Dispos.**, v. 38, n. 2, p. 317-322, 2010.

PASSETTI, E. **Das fumeris ao narcotráfico**. São Paulo: EDUC, 1991.

PASSOS, S. R.; CAMACHO, L. A. Client characteristics at a center for treatment of drug dependence. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 64-71, 1998.

PASTOR, D. R.; LLOPIS, J. J.; BAQUERO, D. A. Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. **Adicciones**, v. 15, n. 2, p. 159-164, 2003.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 14-17, 2004.

PENNINGS, E. J.; LECCESE, A. P.; WOLFF, F. A. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. **Addiction**, v. 97, n. 7, p. 773-783, 2002.

PEREIRA, G. A. M. **Evolução dos pacientes com Síndrome de Dependência de Álcool no CAPS-ADII**. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

PEREZ-REYES, M.; JEFFCOAT, A. R. Ethanol/cocaine interaction: cocaine and cocaethylene plasma concentrations and their relationship to subjective and cardiovascular effects. **Life Sci.**, v. 51, p. 553-563, 1992.

PETITTI, D. B.; SIDNEY, S.; QUESENBERRY, C.; BERNSTEIN, A. Stroke and cocaine or amphetamine use. **Epidemiology**, n. 9, p. 596-600, 1998.

PETTY, G. W.; BRUST, J. C.; TATEMACHI, T. K.; BARR, M. L. Embolic stroke after smoking "crack" cocaine. **Stroke**, n. 21, p. 1632-1635, 1990.

PICCOLOTO, L. B.; OLIVEIRA, M. S.; ARAÚJO, R. B.; MELO, W. V.; BICCA, M. G.; SOUZA, M. A. M. Os estágios motivacionais de alcoolistas internados devido a doenças clínicas em hospitais gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 4, p. 195-203, 2006.

PONTIUS, A. A. Kindled non-convulsive behavioral seizures, analogous to primates. A 24 the case of 'limbic psychotic trigger reaction': bizarre parental infanticide – might non voluntariness during LPTR become objectified by primate model? **Neurocase**, v. 14, n. 1, p. 29-43, 2008.

POST, R. M.; WEISS, S. R. B. Sensitization and kindling: implications for the evolution of psychiatric symptomatology. In: KALIVAS, P. W.; BARNES, C. D. Sensitization of the nervous system. Caddwell, NJ: **Telford Press**, p. 257-291, 1988.

POST, R. M.; WEISS, S. R. B.; AIGNER, T. G. Carbamazepine in the treatment of cocaine abuse. In: KORENMAN, S. C.; BARCHAS, J. D. **Human genetics and pharmacological treatment**. New York: Oxford University Press, 1993.

PRATA, E. M. M.; SANTOS, M. A. A família e adolescência: a influencia do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. Maringá: **Psicologia em**

Estudo, v.12, p.247-256, mai/ago. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf. Acesso em: 10 out de 2012.

PULCHERIO, G.; VERNETTI, C.; STREY, M. N.; FALLER, S. Transtorno de estresse pós-traumático em dependente do álcool. **Rev. Psiquiat. Clín.**, v. 35, n. 4, p. 154-158, 2008.

PUPO, M. C.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Escalas de avaliação. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 18, p. 291-324.

RAISTRICK, D.; DAVIDSON, D. G. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. **Brit. J. Addict**, v. 78, p. 89-95, 1983.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Uso de *crack* na cidade de São Paulo/Brasil. **Revista Toxicodependência**, ed. IDT, v. 16, n.2, p. 29-37, 2011.

RAUPP, L. M. **Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre**: cotidiano, práticas e cuidado. 2011. 209 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

REGIER, D. A.; FARMER, M. E.; RAE, D. S.; LOCKE, B. Z.; KEITH, S. J.; JUDD, L. L. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA**, v. 264, n. 19, p. 2511-8, 1990.

REHM, J.; CHISHOLM, D.; ROOM, R.; LOPEZ, A. D. Alcohol. In: JAMISON, D. T.; BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P. (Ed.) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2 ed.), Washington (DC), **IBRD/The World Bank and Oxford University Press**, p. 807-906, 2006.

REINARMAN, C.; LEVINE, H. Crack in context: America's latest demon drug. In: GOLDSTEIN, P.; REINARMAN, C.; LEVINE, H. **Crack in American**: demon drugs and social justice. New York: University of California, 1997. p. 18-51.

RESTREPO, C. S.; CARRILLO, J. A.; MARTINEZ, S.; OJEDA, P.; RIVERA, A. L.; HATTA, A. Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: imaging manifestations. **Radiographics**, v. 27, n. 4, p. 941-956, 2007.

RIBEIRO, M. **Seguimento de cinco anos com usuário de crack**: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade. 2005. 120 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

RIBEIRO, M.; DE LIMA, L. P. Mortalidade entre usuários de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 6, p. 92-107.

RIBEIRO, M.; DUNN, J.; SESSO, R.; DIAS, A. C.; LARANJEIRA, R. Causa *mortis* em usuários de *crack*. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.

- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa da Leitura Médica, 2010.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O plano de tratamento**. In: _____. O tratamento do usuário de *crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, cap.12, p. 183-210, 2012.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 47, n. 10, p. 497-511, 1998.
- RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. Diagnóstico clínico e motivacional. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 13, p. 211-238.
- RIBEIRO, M.; NUDELMAN, E. D.; REZENDE, E. P.; YAMAUCHI, R. Farmacologia do consumo de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.8, p. 116-142.
- RIBEIRO, M.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Surviving crack: a qualitative study of strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. **BMC Public Health**, v. 10, p.671, 2010.
- RICHTAND, N. M.; WOODS, S. C.; BERGER, S. P.; STRAKOWSKI, S. M. D3 dopamine receptor, behavioral sensibilization and psychosis. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, v. 25, n. 5, p. 727-743, 2001.
- ROBINSON, T. E.; BERRIDGE, K. C. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci**, v. 363, n. 1507, p. 3137-46, 2008.
- ROMANO, M.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. **Abuso e dependência da cocaína**. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.
- ROTH, D.; ALRCÓN, F. J.; FERNANDEZ, J. A.; PRESTON, R. A.; BOURGOIGNIE, J. J. Acute rhabdomyolysis associated with cocaine intoxication. **N. Engl. J. Med.**, v. 319, n. 11, p. 673-677, 1988.
- ROUNSAVILLE, B. Treatment of cocaine dependence and depression. **Biol. Psychiatry.**, v. 56, n. 10, p. 803-809, 2004.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Results from the 2008 National Findings** (Office of Applied Studies, NSDDUH Series H-36, HHS Publication N°.SMA 09-4434). Rockville, MD, 2009.
- SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Sequencia de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.
- SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes ao uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2005.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas psicotrópicas. **Revista de. Psiquiatria Clínica**, n. 34, 9. 73-81, 2007.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, v, 42, p. 265-272, 2008.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. **Religiosidade e espiritualidade**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de *crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 32, p. 482-494.

SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

SAPORI, L. F.; SENA, L. L. **Crack e violência urbana**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de *crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 5, p. 74-91.

SAS Institute Inc., SAS/STAT® User's Guide, Version 9.0. CARY, N. C. **SAS Institute Inc.**, 1999.

SCHALL, V. **A prevenção da DST/Aids e do uso indevido de drogas a partir da pré-adolescência**: uma abordagem lúdico-afetiva. In: ACSELRAD, G. (Org). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e *crack* e transtornos psiquiátricos. **Psicol. Teor. Pesq.**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHIMIDT, H. D.; PIERCE, R. C. Cocaine-induced neuroadaptations in glutamate transmission: potential therapeutic targets for craving and addiction. **Ann. N Y Acad. Sci.**, n. 1187, p. 35-75, 2010.

SCHOBBER, R. ANNIS, H. M. Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender focused review of the literature. **Addict Behav.** V. 21, p. :81-92, 1996.

SELEGHIM, M. R.; MARANGONI, S. R.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Vínculo familiar de usuários de *crack* atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, 2011.

SELF, D. W. Neural basis of substance abuse and dependence. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 8th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 2005. p. 297-343.

SHAW, V. N.; HSER, Y. I.; ANGLIN, M. D.; BOYLE, K. Sequences of powder cocaine and crack use among arrestees in Los Angeles County. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 25, n.1, p. 46-66, 1999.

SIEGEL, R. K. Cocaine smoking. **J Psychoactive Drugs**, v. 14, n. 4, p. 271-359, 1982.

SIGNS, E. A.; DICKEY-WHITE, H. I.; VANEK, V. W.; PERCH, S.; SCHECHTER, M. D.; KULICS, A. T. The formation of cocaethylene and clinical presentation of ED patients testing positive for the use of cocaine and ethanol. **Am. J. Emerg. Med.**, v. 14, p. 665-670, 1996.

SILVA, A. L. M. **Filhos dependentes e pais penalizados**: fenomenologia da drogadição da cocaína. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; VLADIMIR, A.; ANDRADE, A. G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

SILVA, S. L. **Mulheres da luz**: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. 2000. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, V. A. Tratamento farmacológico de usuários e dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 88-94.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?** In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. Adolescência e drogas. Editora: Contexto, p. 31-44, 2004.

SILVEIRA, D. X.; FERNANDES, M.; SILVEIRA, E. D.; JORGE, M. R. Cocaine craving questionnaire: assessing craving among cocaine users in Brazil. **Psychiatry Res**, n. 142, p. 257-9, 2006.

SLOAN, M. A.; KITTNER, J. K.; RIGAMONTI, D.; PRICE, T. R. Occurrence of stroke associated with use/abuse of drugs. **Neurology**, n. 41, p. 1358-1364, 1991.

SMITH, M. J.; THIRTHALLI, J.; ABDALLAH, A. B.; MURRAY, R. M.; COTTLER, L. B. Prevalence of psychotic symptoms in substance users a comparison across substances. **Compr. Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 245-250, 2009.

SOBEL, B. F.; RILEY, A. L. The interaction of cocaethylene and cocaine and of cocaethylene and alcohol on Schedule-controlled responding in rats. **Psychopharmacology**, v. 145, p. 153-161, 1999.

SOUSSUMI, Y. O usuário envolvido com o tráfico de drogas: a experiência de atuação social do instituto RUKHA e do Centro de Estudos e investigação em neuro-psicanálise. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 598-606.

- SOUZA, C. T. V. **Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “Projeto Rio”**. 2001. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- STEKETEE, N. M.; WOODS, S. C.; BERGER, S. P.; STRAKOWSKI, S. M. D3 dopamine receptor, behavioral and sensibilization, and psychosis. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, v. 25, n. 5, p. 427-443, 2001.
- SULLIVAN, R. J.; HAGEN, E. H. Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation? **Addiction**, v. 97, n. 4, p. 389-400, 2002.
- SUSSNER, B.; SMELSON, D. A.; RODRIGUES, S.; KLINE, A.; LOSONCZY, M.; ZIEDONIS, D. The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. **Drug Alcohol Dependence**, v. 83, n.3, p. 233-87, 2006.
- SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. Washington: **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 4, n. 3, p. 161-170, 1998.
- TAVARES, B. F.; BÉRIO, J. V.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.
- TERRA-FILHO, M.; YEN, C. C.; SANTOS, U. P.; MUÑOZ, D. R. Pulmonary alterations in cocaine users. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 122, n. 1, p. 26-31, 2004.
- THADANI, P. V. NIDA conference report on cardiopulmonary complications of “crack” cocaine use: clinical manifestations and pathophysiology. **Chest**, n. 110, p. 1072-1076, 1996.
- TIBA, I. **Juventude e drogas: anjos caídos**. São Paulo: Integrare, 2007.
- TIERNEY, L. M.; MCPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A.; SCHROEDER, S. A. **Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 1995.
- TIFFANY, S. T.; SINGLETON, E.; HAERTZEN, C. A.; HENNINGHELD, J. E. The development of a cocaine craving questionnaire. **Drug Alcohol Dependence**, v. 34, p. 19-28, 1993.
- TOLEDO, F. C. P. **Verificação do uso de cocaína por indivíduos vítimas de morte violenta na Região Bragantina – SP**. 2004. 123 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- UNAIDS (The Joint Nations Programme on HIV/AIDS). JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/Aids (UNAIDS). **Aids epidemic update**: December, 2006, Geneva: UNAIDS, 2006.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Word drugs report 2012**. New York, 2012. Disponível em:

- <http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.
- VARGENS, R. W.; CRUZ, M. S.; SANTOS, M. A. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 804-812, 2011. Número especial.
- VAUGHN, M. G.; FU, Q.; PERRON, B. E.; BOHNERT, A. S.; HOWARD, M. O. Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 36, n.4, p. 181-186, 2010.
- VELHO, S. R. B. R. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD**. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
- VERDEJO-GARCIA, A.; LOPEZ-TOPECILLAS, F.; ARCOS, F. A.; PEREZ-GARCIA, M. Differential effects of MDMA, cocaine and cannabis use severity on distinctive components of the executive function in polysubstance users: a multiple regression analysis. **Addictive Behaviors**, v. 30, p. 89-101, 2005.
- VOLKOW, N. D.; GOULD, K. L.; MULLAIN, N.; ADLER, S.; KRAJEWSKI, K. Changes in cerebral flow of chronic cocaine users. **J. Cereb. Blood Flow Metab.**, v. 7, p. 5292, 1987. Supplement.
- WASHTON, A. M. **Cocaine addiction: treatment recovery and relapse prevention**. New York: W. W. Norton, 1989. p. 70-71.
- WAGNER, F.A.; ANTHONY, J. C. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. **Drug Alcohol Depend**, n. 86, p. 191-8, 2007.
- WEDDINGTON, W. W.; BROWN, B. S.; CONE, E. J.; HAERTZEN, C. A.; DAX, E. M.; HERNING, R. I.; MICHAELSON, B. S. Changes in mood, craving and sleep during acute abstinence reported by male cocaine addicts. **NIDA Res. Monogr.**, v. 105, p. 453-454, 1990.
- WEISNER, C.; RAY, G. T.; MERTENS, J. R., SATRE, D. D.; MOORE, C. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. **Drug and Alcohol Dependence**, 71,p 281–294, 2003.
- WEISS, F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. **Curr. Opin. Pharmacol.**, v. 5, n. 1, p. 9-19, 2005.
- WEISS, R. D.; MIRIN, S. M.; BARTEL, R. L. **Cocaine**. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- WEST, R. **Theory of addiction**. Oxford: Blackwell/Addiction, 2006.

WHITE, I. R.; ALTMANN, D. R.; NANCHAHAL, K. Alcohol consumption and mortality: modeling risks for men and women at different ages. **British Medical Journal**, n. 325, 2002, p. 1-7, 2002

WIEGAND, T. J. Adulterated cocaine and lessons learned from the jake walkblues. **J. Med. Toxicol.**, v. 6, n. 1, p. 63-66, 2010.

WIENER, S. E.; SUTIJONO, D.; MOON, C. H.; SUBRAMANIAN, R. A.; CALAYCAY, J.; RUSHBROOK, J. I.; ZEHTABCHI, S. Patients with detectable cocaethylene are more likely to require intensive care unit admission after trauma. **Am. J. Emerg. Med.**, v. 28, n. 9, p. 1051-1055, 2010.

WITTON, J.; ASHTON, M. **Research into practice. Drug services briefing: treating cocaine/crack dependence.** London: Drug & Alcohol Findings Treatment Agency, 2002. n. 1.

WOOD, T.E.; ENGLANDER-GOLDEN, P.; GOLDEN, D. E.; PILLAI, V. K. Improving addictions treatment outcomes by empowering self and others. **Int J Ment Health Nurs**, v.19, n. 5, p. 363-368, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.** Geneva: WHO, 2004.

ZAGO, J. A. *Craving* e consumo de doce em pacientes dependentes de cocaína *crack*: um estudo clínico de observação. **Psiquiatr. Biol.**, v. 10, n. 1, p. 9-16, 2002.

ZARKIN, G. A.; DUNLAP, L. J.; BRAY, J. W.; WECHSBERG, W. M. The effect of treatment completion and length of stay on employment and crime in outpatient drug-free treatment. **J Subst Abuse Treat.**, v. 23, n.4, p. 261-271, 2002.

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. O relaxamento respiratório no manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 116-119, 2009.

Apêndices

APÊNDICE - A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo para participar da pesquisa, “**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE COCAÍNA E/OU CRACK EM CLIENTES DE UM CAPSad**”. Neste estudo caso concorde em participar será avaliado a qualidade de vida dos usuários de cocaína e crack, que será importante no desenvolvimento de programas para tratamento oferecido aos clientes do CAPS-ad de Ribeirão Preto. A sua participação acontecerá por meio de entrevistas individuais, com duração de aproximadamente 60 minutos, em sala reservada, de modo a assegurar sua integral privacidade, nas quais responderá a um questionário contendo perguntas fechadas, sem a necessidade de sua identificação. Essa pesquisa garante-lhe que: todas as suas dúvidas em relação ao estudo serão respondidas; você poderá desistir de participar a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou no atendimento no serviço, o conteúdo da entrevista poderá ser usado para fins científicos, porém seu nome nunca será revelado; as informações que você julgar serem secretas serão mantidas em sigilo; você poderá ter acesso a esta pesquisa quando finalizada.

Assim, pedimos para que assine este termo de consentimento em duas vias, também assinadas por nós, sendo que uma cópia ficará com você para contato quando necessário.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE COCAÍNA E/OU CRACK EM CLIENTES DE UM CAPSad**”, após ter sido informado sobre os aspectos éticos a que serei submetido, e que terei como benefício possíveis mudanças e melhorias no atendimento do CAPSad II para o meu tratamento. Sei que minha participação é voluntária, sem ganhos financeiros, e que posso deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2012

Assinatura do participante: _____

 Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon
 Orientadora do Projeto de Pesquisa
 Contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
 Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto/SP.
 Telefone: (16) 3602-0531

 Josélia Benedita Carneiro Domingos
 Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP.
 Contato: Joselia.rocci@hotmail.com

Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas II.
 R: Pará,1310 - Ipiranga, Ribeirão Preto - SP. CEP: 14060440 Fone: (16) 3615-3336

Apêndice B. Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS)

BPRS 1- Preocupações somáticas. Este item compreende a hipocondria. Os graus 1 e 2 da escala referem-se à hipocondria não delirante e os graus 3 e 4, a hipocondria delirante. 0-Atenção normal com a saúde física /

1- Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física/

2- O paciente expressa idéias de ter uma doença orgânica (por ex. câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes /

3- As queixas são bizarras (por ex. estar apodrecendo por dentro), mas pode-se conseguir que o paciente, por breves períodos, admita que esse não é o seu caso/ 4- Está convencido, por ex., de que seus órgãos estão podres ou desaparecendo, ou de que vermes estão devorando seu cérebro. Nem por breves períodos se pode fazê-lo admitir que esse não é o seu caso.

BPRS 2- Ansiedade psíquica. (nos últimos 3 dias) Este item compreende tensão (central), irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, que se aproximam ao pavor subjugante. Frequentemente pode ser difícil distinguir entre a vivência da ansiedade do paciente (os fenômenos de ansiedade "psíquica" ou "central") e as manifestações fisiológicas de ansiedade (periférica) que podem ser observadas, como tremor das mãos e sudorese. Muito importante, nesse item, é o relato do paciente de preocupação, insegurança, vivências de pavor, ou seja, de ansiedade psíquica "central".

0- O paciente não se encontra nem mais nem menos inseguro ou irritável do que o habitual.

1- É duvidoso se o paciente está mais inseguro ou irritável do que o habitual.

2- A paciente expressa mais claramente estar em um estado de ansiedade, apreensão e irritabilidade, que pode achar difícil de controlar. Isso ocorre sem influir no dia-a-dia do paciente, porque a preocupação ainda diz respeito a questões pouco importantes.

3- A ansiedade ou insegurança é, às vezes, mais difícil de controlar porque a preocupação diz respeito a perdas ou danos importantes, que podem ocorrer no futuro. Por exemplo, a ansiedade pode ser vivenciada como pânico, ou seja, como pavor subjugante. Ocasionalmente essa ansiedade já interferiu no dia-a-dia do paciente.

4- A sensação de pavor está tão frequentemente presente que interfere acentuadamente no dia-a-dia do paciente.

BPRS 3- Retraimento emocional: Este item compreende a vivência introspectiva de contato emocional com o paciente **durante a entrevista**. Ele se contrapõe ao item 16 (afeto embotado ou inapropriado), que compreende o grau emocional com outras pessoas, avaliado, retrospectivamente durante os três dias precedentes.

0- Contato emocional normal. 1- Alguma (ou duvidosa) distância emocional.

2- Reações emocionais reduzidas, como, por exemplo, contato visual duvidoso.

3- Reações emocionais mais limitadas, como, por ex, contato visual ocasionalmente inadequado.

4- Quando o contato emocional está fortemente reduzido ou quase ausente, como por exemplo, quando evita contato visual.

BPRS 4- Desorganização conceitual (incoerência) Este item compreende os distúrbios do processo de pensamento (forma), desde certa imprecisão na expressão verbal até produções verbais completamente desorganizadas.

0-Ausência de desorganização conceitual.

1- O pensamento é caracterizado por certa imprecisão, mas a fala não é gramaticalmente inusual.

2- Distúrbio moderado do pensamento. As palavras podem estar ligadas por meio de uma forma gramaticalmente inusual e particular (*pars pro toto*) e a informação parece "vazia".

3- Acentuada desorganização conceitual. Ocasionalmente, torna-se difícil entender o paciente, podendo surgir neologismos ou bloqueio.

4-Desorganização conceitual extremamente grave. Apenas fragmentos da fala são compreensíveis.

BPRS 5- Autodepreciação e sentimentos de culpa. Este item compreende a diminuição da autoestima, com sentimentos de culpa. - Ausência de autodepreciação e sentimento de culpa.

1- É duvidoso se sentimentos de culpa estão presentes, pois o paciente está apenas preocupado com o fato de que ele, durante a doença atual, seja um peso para a família ou os colegas, devido a sua reduzida capacidade de trabalho.

2- Autodepreciação ou sentimentos de culpa estão mais claramente presentes, pois o paciente está preocupado com incidentes do passado, anteriores ao episódio atual. Por exemplo, o paciente acusa-se de pequenas omissões ou falhas, de não ter cumprido com seu dever ou de haver prejudicado outras pessoas.

3- O paciente experimenta sentimentos de culpa mais graves. Ele pode afirmar que sente que seu sofrimento atual é al-gum tipo de punição. Assinale três, desde que o paciente possa perceber intelectualmente que sua opinião é infundada.

4- Os sentimentos de culpa são firmemente mantidos e resistem a qualquer argumentação, de modo que se convertam em idéias paranóides.

BPRS 6- Ansiedade somática (durante a entrevista) Este item compreende os concomitantes fisiológicos da ansiedade que se manifestam durante a entrevista. Todos os estados subjetivos de ansiedade devem ser assinalados no item 2, e não aqui.

0- Quando o paciente não está nem mais nem menos propenso que o habitual a experimentar concomitantes somáticos de estados de ansiedade. 1- Quando o paciente ocasionalmente apresenta leves manifestações, como sintomas abdominais, sudorese ou tremores. Entretanto, a descrição desses sintomas é vaga e questionável.

2- Quando o paciente ocasionalmente apresenta sintomas abdominais, sudorese, tremores, etc. Os sinais e sintomas são claramente descritos, porém não são acentuados nem incapacitantes.

3- Os concomitantes emocionais dos estados subjetivos de ansiedade são acentuados e, às vezes, muito preocupantes.

4- Os concomitantes fisiológicos dos estados subjetivos de ansiedade são numerosos, persistentes e frequentemente incapacitantes.

BPRS 7-Distúrbios motores específicos Este item compreende os graus variáveis de comportamento motor bizarro, que vai desde certa excentricidade na postura até a agitação catatônica severa.

0- Ausente/ 1- Leve ou de presença duvidosa durante a entrevista./

2- Moderada. Presente durante a maior parte da entrevista./

3- Severa. Anormalidades motoras contínuas podem ser interrompidas./

4- Extremamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontroláveis. Entrevista difícil.

BPRS 8- Autoestima exagerada Este item compreende graus variáveis de exagero da autoestima, variando desde uma acentuada autoconfiança ou presunção, até os delírios de grandeza grotescos.

0- Autoestima normal./ 1- Autoestima aumentada levemente ou de maneira duvidosa, como por ex.: ocasionalmente superestima suas próprias capacidades habituais./

2- Autoestima moderadamente aumentada. Por exemplo, superestima mais constantemente suas próprias capacidades habituais ou insinua possuir capacidades incomuns./

3- Idéias acentuadamente irracionais, como por ex. de que tem habilidades, poderes ou conhecimentos (científicos, religiosos) extraordinários, mas pode, por breves períodos ser corrigido./

4- Idéias de grandeza que não podem ser corrigidas.

BPRS 9- Humor deprimido Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não verbal de tristeza, depressão, desânimo, desamparo, desesperança. 0- Humor neutro/ 1- O paciente indica vagamente que está mais desanimado e deprimido que o habitual./ 2- Quando o paciente está mais claramente preocupado com vivências desagradáveis, embora ainda não esteja se sentindo desamparado ou desesperado./ 3- O paciente exibe sinais não verbais claros de depressão e/ou, as vezes, sente-se dominado pelo desamparo ou desesperança./ 4- As observações do paciente sobre desânimo e desamparo, ou as suas manifestações não verbais dominam a entrevista, não sendo possível afastá-lo dessa temática.

BPRS 10-Hostilidade Este item compreende o relato verbal do paciente de sentimentos ou ações hostis em relação a outras pessoas fora da entrevista. Trata-se de um julgamento retrospectivo dos

três dias precedentes. Diferenciar do item 14 (falta de cooperação), que corresponde ao contato formal durante a entrevista.

- 0-Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade ou hostilidade./
- 1-Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido./
- 2-Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações./
- 3- Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôde ser acalmado./
- 4- Extremamente hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.

BPRS 11-Desconfiança Este item compreende a desconfiança, a suspeita ou as interpretações distorcidas, variando desde uma acentuada falta de confiança nos outros até os delírios de perseguição floridos.

- 0- Ausente./
- 1- Vagas idéias de referência. Tende a suspeitar que as outras pessoas estão falando ou rindo de si. Sente que “alguma coisa está ocorrendo”. Responde ao reassuramento; portanto, fica duvidoso se existem idéias de referência ou delírios./
- 2-Idéias de referência com delírios vagos, não sistematizados, de perseguição. “Alguém pode ter más intenções”. Isso é insinuado pela televisão ou pelos jornais. Ainda se trata de uma vivência do tipo “como se”./
- 3-Delírios com alguma sistematização. reassuramento difícil./
- 4- delírios paranóides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção impossível.

BPRS 12-Alucinações Este item compreende as percepções sensoriais sem os estímulos externos correspondentes. As vivências alucinatórias devem ter ocorrido nos últimos **três dias** e, com exceção das alucinações hipnagógicas, não devem ter ocorrido durante os estados de turvação da consciência (*delirium*).

- 0-Ausente./
- 1-Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipnagógicas ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes)./
- 2-Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento./
- 3- Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento./
- 4- Mais ou menos constantemente absorto (concentrado) em vivências alucinatórias.

BPRS 13-Retramento psicomotor Este item compreende a redução do nível de atividade psicomotora, que inclui a velocidade de associações e a capacidade para verbalizar os pensamentos. Os sintomas do retardo motor dizem respeito à postura, aos gestos e à expressão facial.

- 0- Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada./
- 1- Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosa ou levemente diminuída./
- 2-Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta./
- 3-A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos./
- 4-A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) estupor (paralisia).

BPRS 14-Falta de cooperação Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e a situação da entrevista. Difere do item 10 (hostilidade) porque este compreende a falta de cooperação com outras pessoas durante os três dias precedentes à entrevista. 0-Atitude cooperativa natural.

- 1-Excessivamente formal e reservado na situação da entrevista. Responde um pouco resumidamente.2-Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador.
- 3-Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível. 4-Entrevista impossível. O paciente recusa-

se a permanecer na situação de entrevista

BPRS 15-Conteúdo do pensamento incomum (conteúdo) Este item diz respeito ao conteúdo da verbalização do paciente e não da organização da linguagem, que é assinalada no item quatro. O item refere-se às qualidades incomuns até os vários os vários níveis de idéias delirantes. Observe que os delírios de grandeza são assinalados no item 8 (autoestima exagerada), que os “delírios de culpa” são assinalados no item 5 e que os delírios de perseguição são assinalados no item 11 (desconfiança). Os delírios que apresentam interesse especial aqui são os delírios de controle, influência ou despersonalização, ciúme mórbido, delírios sexuais, delírios religiosos ou expansivos. Assinale apenas o grau de raridade do conteúdo expresso no pensamento, a importância que apresenta para o paciente ou a influência que exerce sobre o seu comportamento. 0-Ausente./ 1-Grau leve ou presença duvidosa (por ex. idéias supervalorizadas). 2-Grau moderado (por ex. idéias com alguma qualidade delirante, mas ainda se constituindo em uma vivência do tipo “como se”). 3-Os delírios delimitam a maior parte do conteúdo do pensamento e ocasionalmente influenciam o comportamento. 4. Delírios subjugantes(dominantes) delimitam o conteúdo do pensamento e comportamento.

BPRS 16- Afeto embotado ou inapropriado Este item compreende a diminuição da capacidade ou da motivação para sentir ou expressar as emoções normais, como tristeza, alegria, raiva. As emoções, manifestadas verbalmente e não verbalmente, são perceptivelmente inapropriadas à situação ou ao conteúdo do pensamento. Esse item compreende, assim, o retraimento emocional relativo às outras pessoas, durante os últimos **três dias** precedentes. Discriminar do item 3(retraimento emocional), que diz respeito a vivência introspectiva do contato emocional durante a entrevista. 0-Reações e envolvimento apropriado. 1-reações emocionais escassas ou questionavelmente inapropriadas. Por ex., menos desejo ou capacidade de estar em companhia de pessoas que conhece há mais ou menos tempo./ 2-Afeto perceptivelmente embotado. Não apresenta necessidade ou capacidade de estabelecer contato mais íntimo com pessoas não pertencentes ao seu círculo familiar (companheiros de trabalho, outros pacientes, equipe terapêutica)./ 3-Emocionalmente indiferente e apático, mesmo em relação aos amigos íntimos e a família./ 4-Emocionalmente ausente, ou então os afetos manifestados são grosseiramente inapropriados, sem qualquer motivação para o contato humano.

BPRS 17- Agitação psicomotora Este item compreende o aumento no nível da atividade psicomotora.
0-Atividade motora normal. Expressão facial adequada e atividade verbal normal./
1-Atividade motora duvidosa ou levemente aumentada; por ex, expressão facial vívida ou certa loquacidade (falador)./
2-Atividade motora moderadamente aumentada; por ex., gestos vívidos, grande loquacidade ou fala em voz alta e rapidamente./
3-Atividade motora claramente excessiva, movimentando-se durante a maior parte do tempo. Levanta-se uma ou várias vezes durante a entrevista. Fuga de idéias. Dificuldade para compreendê-lo./
4-Constante e incansavelmente ativo. Fala desintegrada. Comunicação significativa impossível.

BPRS 18- Desorientação e confusão Este item compreende os graus de turvação da consciência, com redução ou perda de orientação no tempo e/ou quanto a dados pessoais. 0-O paciente está completamente orientado no tempo, no espaço e quanto aos dados pessoais./ 1-O paciente ocasionalmente tem algumas dificuldades, mas pode corrigir espontaneamente sua afirmação sobre a orientação no tempo, e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais./ 2-O paciente apresenta falhas que não são corrigidas espontaneamente. Por ex., não sabe o dia da semana ou do mês, embora saiba o mês e o ano corretamente, e/ou tem dificuldades espaciais, embora esteja orientado na enfermaria (ou em sua casa), e/ou tem dificuldades para recordar nomes, embora saiba seu próprio nome./ 3-O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localize quanto a períodos significativos do ano (carnaval, festas juninas, natal), e/ou tem dificuldades para localizar o banheiro ou a sua cama sem auxílio, e/ou lembra seu próprio nome apenas por meio de alguma ajuda./4-Está completamente desorientado no tempo e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.

Anexos

ANEXO - A INSTRUMENTOS**PARTE I. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**1. **Idade:** _____2. **Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino3. **Cor de pele:** (1) Branco (3) Pardo (2) Preto (4) Amarelo4. **Estado Conjugal:**

(1) Solteiro

(2) Casado

(3) Divorciado/Separado

(4) Viúvo

(5) em união consensual

5. **Escolaridade:**

(1) Analfabeto

(2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____

(3) 1º grau completo

(4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____

(5) 2º grau completo

(6) Superior incompleto– Especificar série: _____

(7) Superior completo

(8) Outro. Especificar: _____

6. **Preferência Religiosa:**

(1) Católico

(2) Evangélico

(3) Espírita

(4) Outra: _____

(5) Protestante

Parte II. ESCALA DE SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS (SDS)

	1. às vezes	2. muitas vezes	3. sempre	4. quase sempre
1 Você acha que o uso de (crack) esta fora de controle				
2 Se faltar crack, isso lhe deixa ansioso ou preocupado?				
3 Você se preocupa com o uso de crack?				
4 Você gostaria de parar de usar crack?				
5 Quanto difícil você acha para parar ou ficar sem usar (crack)?	0. não é difícil	1. muito difícil	2. muito difícil	3. impossível

Parte III. COCAINE CRAVING QUESTIONNAIRE - BRIEF (CCQ-B) Versão brasileira

Indique o quanto você concorda ou discorda em cada uma das frases abaixo marcando apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais você concordará ou discordará da frase Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.

1. Eu desejo tanto usar cocaína que quase posso sentir seu gosto.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 2. Eu tenho um desejo muito forte por cocaína.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 3. Vou usar cocaína assim que puder.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 4. Acho que poderia resistir a usar cocaína neste momento.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 5. Eu estou com fissura por cocaína.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 6. Tudo que queria fazer agora era usar cocaína.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 7. Não sinto nenhum desejo por cocaína neste momento.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 8. Usar cocaína agora faria as coisas parecerem perfeitas.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 9. Eu vou usar cocaína assim que tiver a chance.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
 10. Nada seria melhor do que usar cocaína agora.
DISCORDO TOTALMENTE 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: CONCORDO TOTALMENTE
-

Parte IV. INVENTÁRIO DAS CONSEQUÊNCIAS DO BEBER (DrInC)

Abaixo há uma série de situações que as pessoas que bebem vivenciam. Ouça atentamente cada uma delas e aponte a frase que indica se alguma vez aconteceu com você. As alternativas de resposta são SIM e NÃO.

	Não	Sim
1. Eu tenho ressaca e me sentindo mal depois de beber.		
2. Eu já me senti chateado comigo mesmo por causa do meu hábito de beber.		
3. Eu já faltei no trabalho ou na escola por causa da bebida.		
4. Minha família e/ou meus amigos tem se preocupado ou criticado meu hábito de beber.		
5. Eu gosto do sabor da cerveja, vinho ou destilado.		
6. A qualidade do meu trabalho tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.		
7. A minha capacidade de ser bom pai ou boa mãe tem sido prejudicada devido ao meu beber		
8. Depois de beber, eu tenho problemas para adormecer, continuar dormindo ou tenho pesadelos.		
9. Eu tenho dirigido (um veículo de transporte) depois de beber 3 ou mais doses.		
10. O meu hábito de beber tem levado ao uso de outras drogas		
11. Eu já fiquei doente e vomitei após ter bebido.		
12. Eu tenho me sentido triste por causa do meu hábito de beber.		
13. Por causa do meu hábito de beber, não tenho me alimentado adequadamente.		
14. Eu tenho deixado de fazer coisas que eu deveria fazer por causa da bebida.		
15-Beber já me ajudou a relaxar.		
16. Tenho me sentido culpado e envergonhado por causa do meu beber.		
17. Quando bebo, eu já falei e fiz coisas embaraçosas.		
18. Quando bebo, minha personalidade já mudou para pior.		
19. Eu tenho me arriscado de maneira perigosa quando estou bebendo.		
20. Eu já me meti em encrencas quando bebo.		
21. Quando bebo ou uso drogas, falo coisas duras e cruéis para as pessoas.		
22. Quando bebo, tenho feito coisas por impulsividade que depois me arrependo.		
23. Eu tenho entrado em brigas quando bebo (com contato físico: socos, tapas, empurrões).		
24. Minha saúde física tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.		
25. Beber me ajuda a ter uma visão mais positiva da minha vida		
26. Eu tenho tido problemas financeiros por causa da bebida.		

27. Meu casamento ou relacionamento amoroso tem sido prejudicado devido meu beber.		
28. Eu fumo mais quando estou bebendo.		
29. Minha aparência física (visual) tem sido prejudicada, devido meu hábito de beber.		
30. Minha família tem sido magoada devido meu hábito de beber.		
31. Minhas amizades ou relacionamentos íntimos foram prejudicados devido meu beber.		
32. Eu tenho alterado o peso por causa do meu hábito de beber.		
33. Minha vida sexual tem sido prejudicada por causa do meu hábito beber		
34. Perdi interesses em atividades e passatempos que me davam prazer por causa da bebida.		
35. Quando bebo, minha vida social fica mais divertida.		
36. Minha vida moral e espiritual tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.		
37. Por causa da bebida, não tenho a vida que eu queria.		
38. Meu hábito de beber tem prejudicado meu desenvolvimento pessoal.		
39. Meu de beber tem prejudicado minha vida social, minha popularidade ou reputação.		
40. Eu tenho gastado ou perdido muito dinheiro por causa da bebida.		
41. Eu fui preso por dirigir alcoolizado.		
42. Eu tenho outros problemas com a polícia (além de dirigir embriagado) por causa da bebida.		
43. Acabei um casamento ou um relacionamento amoroso devido meu hábito de beber.		
44. Eu fui afastado ou demitido do trabalho ou escola devido meu hábito de beber.		
45. Eu tenho consumido bebidas alcoólicas socialmente sem ter problemas.		
46. Eu perdi amigo(a)s por causa da bebida.		
47. Eu sofri um acidente enquanto estava intoxicado ou embriagado.		
48. Quando embriagado ou intoxicado fui fisicamente ferido ou queimado.		
49. Quando embriagado ou intoxicado, eu machuquei outra pessoa.		
50. Eu tenho quebrado coisas quando estou sobre o efeito do álcool ou intoxicado.		

D. FOLHA DE RESPOSTA DA ESCALA DRINC

Marque nas Respostas: Não (0) SIM (1)

Físico	Interpessoal	Intrapessoal	Controle de Impulso	Responsabilidade Social	Escala de Controle
1 _____	4 _____	2 _____	9 _____	3 _____	5 _____
8 _____	7 _____	12 _____	10 _____	6 _____	15 _____
11 _____	17 _____	16 _____	19 _____	14 _____	25 _____
13 _____	21 _____	18 _____	22 _____	20 _____	35 _____
24 _____	27 _____	34 _____	23 _____	26 _____	45 _____
29 _____	30 _____	36 _____	28 _____	40 _____	
33 _____	31 _____	37 _____	32 _____	44 _____	Controle da Escala
48 _____	39 _____	38 _____	41 _____		_____
	43 _____		42 _____		
	46 _____		47 _____		
			49 _____		
			50 _____		

Físico + Interpessoal + Intrapessoal + Controle de Impulso + Responsabilidade social = Total

_____ + _____ = _____

Parte V. SHORT ALCOHOL DEPENDENCE DATA (SADD).

As seguintes perguntas referem ao consumo da bebida alcoólica.

0 NUNCA	1 ALGUMAS VEZES	2 FREQUENTEMENTE	3 QUASE SEMPRE
---------	-----------------	------------------	----------------

1. Durante os períodos em que você bebe abusivamente, acorda com sudorese?	()
2. Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	()
3. Você planeja seu dia em função da bebida?	()
4. Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	()
5. Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?	()
6. Acontece de você beber, sem levar em conta os compromissos que tem depois?	()
7. Você acha que a quantidade que você bebe chega a prejudicá-lo?	()
8. No momento em que você começa beber, é difícil parar?	()
9. Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	()
10. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para sentir-se melhor?	()
11. Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	()
12. Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	()
13. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	()
14. Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que era imaginação?	()
15. Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	()
ESCORE TOTAL	()

*1 a 9 pontos = Dependência leve; 10 a 19 pontos = Dependência moderada; e 20 a 45 pontos = Dependência grave.

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Subescalas	Questão	Grau de Preocupação	Questão	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	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	---	-----
Lazer	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

PARTE VI. 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

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. 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.

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

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 mesesG14. 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

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
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	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
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
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] – se morava sozinho pule para seção Médica

<input type="checkbox"/> 1. Sozinho	<input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro	<input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes
<input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos	<input type="checkbox"/> 7. Não respondeu
<input type="checkbox"/> 4. Pais	<input type="checkbox"/> 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

Médico – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

- [Marque todas que se aplicam]
- 1. Nenhum (SUS)
 - 2. Seguro privado, plano de saúde privado ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
 - 3. Convênio público
 - 4. Convênio militar
 - 5. Outros (especifique: _____)
 - 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento? 1 – Sim, 0 – Não
 2 – Não tem certeza

Alguma vez algum médico ou um profissional de saúde lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

M3. Pressão Alta	<input type="checkbox"/>
M4. Diabetes	<input type="checkbox"/>
M5. Doença Cardíaca.....	<input type="checkbox"/>
M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral)	<input type="checkbox"/>
M7. Epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/>
M8. Câncer	<input type="checkbox"/>
M9. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
M10. Tuberculose	<input type="checkbox"/>
M11. Hepatite	<input type="checkbox"/>
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado	<input type="checkbox"/>
M13. Doença renal crônica	<input type="checkbox"/>
M14. Problema respiratório crônico	<input type="checkbox"/>
ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite	
M15. Outro problema ou doença crônica	<input type="checkbox"/>
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo, – se “Sim” especifique: _____	

M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos? – se “Sim,” especifique: _____

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições?

0 – Não
 1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.
 2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).
 3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? 1 – Sim, 0 – Não – exclua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?

0 – Excelente	3 – Razoável
1 – Muito Boa	4 – Ruim
2 – Boa	

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

[NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
– incluir problemas dentários Dias

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos? Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?
– não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?
A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?
– não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.
A. B.

000 → M28

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?
ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.
– não inclua tratamento para álcool/drogas ou psíquico.
000 → E/S

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]
___1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
___2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
___3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14
___4. Fora do mercado de trabalho
– não trabalha e não procura ativamente por trabalho
___5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- ___1. Dona-de-casa/do lar ___5. Não procura por trabalho
___2. Estudante ___6. Procura por trabalho
___3. Incapaz ___7. Institucionalizado
___4. Aposentado ___8. Outro _____

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

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

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

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

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

E15. Há quanto tempo ele terminou?
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] Meses
000 → E17

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

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

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

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

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

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

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

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

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

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

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

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

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

E25b.... últimos 6 meses? R\$

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

E26b.... últimos 6 meses? R\$

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

E27b.... últimos 6 meses? R\$

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

E28b.... últimos 6 meses? R\$

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

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c.bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

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

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
Dias – 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? 1 – Sim, 0 – Não
ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários.

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

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?

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

NOTA: Se o entrevistado relata:

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

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

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 _____?

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

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

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abuso de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?

– se nunca usou drogas ou medicação → D54

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

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abuso de medicações prescritas?

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?

00 – se hoje, 01 – se ontem, 02 – se 2 dias antes, etc.

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

R\$

2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?

0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente

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

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?

Anos Meses

[Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

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

D52. Alguma vez você se injetou drogas?
– se injetou = IV (intravenosa) e não-IV

1 – Sim, 0 – Não
00

→ D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?

Anos Meses Atrás

– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00

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

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?

1 – Sim, 0 – Não

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

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?

Anos Meses Atrás

– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

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

1 – Sim, 0 – Não

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

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

1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?

1 – Sim, 0 – Não

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

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

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

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?

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

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

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?

0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente

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, 1 – Sim, 0 – Não mesmo que por poucas horas?
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso?
1 – Sim, 0 – Não Não
Se L1 e L2 = 0 Não 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)?

(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"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas?.....
– vender inclui traficar/ distribuir | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Roubo?
– roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> <input type="text"/> | <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"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Crime violento?.....
– violência doméstica, estupro, assassinato. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo?
– inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado?.....
– ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> <input type="text"/> | <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"/> | <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 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"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28d. Praticou arrombamento..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28e. Roubou veículo a motor..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28f. Falsificou | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28g. Fraudou | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28h. Cometeu vandalismo..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado)..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L28j. Roubou / danificou propriedade..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém?.....
– com ou sem uma arma;
– inclua violência doméstica, estupro e assassinato Se L29 =
0 → L30
– exclua roubo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29c. Ameaçou sem agressão física | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29f. Agrediu sexualmente | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29g. Assassinou alguém..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| L29h. OUTRO | | |

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? **A. Últimos 6 Meses** **B. 30 Dias** **Parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos**
 – 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).] 1 – Sim, 0 – Não
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem?
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos. [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]
- F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):
A. Parceiro(s) **B. Parentes Adultos** **C. Amigos Íntimos**
- F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com:
 – se F3+F4 = 0, Pule para F9
- F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas?
- F6. teve problema de relacionamento c/.
- F7. teve qualquer discussão com:
- 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
- F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com:
- F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém?
 1 – Sim, 0 – Não
- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1 – Sim, 0 – Não
 ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
- 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? 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
- F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 – Sim, 0 – Não
- F21. você freqüentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 – Sim, 0 – Não
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

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

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado 1 – Sim, 0 – Não
 por alguém que você conhecia?
 – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

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

- F25. Quando isso aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Atrás Meses Atrás
- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém?
- 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
- 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?
 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?
 – exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Antes Meses Antes

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]

- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
 – inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

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

- F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?
- F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- Filho 1
- Filho 2
- Filho 3
- Filho 4
- Filho 5

[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, Crianças tratamento ou atendimento especializado?
 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 0 ou 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

ANEXO - B COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 031/2012

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2012.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 146ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de fevereiro de 2012.

Protocolo: n° 1471/2011

Projeto: Avaliação da qualidade de vida em usuários de cocaína e crack no CAPS ad.

Pesquisadores: Sandra Crsitina Pillon
Joselia Benedita Carneiro Domingos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Sandra Crsitina Pillon
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO - C CARTA AO COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA**Carta CONEP (Comitê Nacional de Ética em Pesquisa) 0212/10**

“Declaro ter lido e concordo com o parecer ético emitido da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e do seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar”.


Assinatura e carimbo do Responsável Institucional
Gisela Pires de O. Marchini, Coordenadora,
CRP-35135-5
Caps-Ad
Rua Par. 1910 - CEP 14060-440
Ribeirão Preto - SP