

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

CRISTINA BEATRIZ WÜRDIG SAYAGO

**CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS DE CRACK INTERNADOS EM SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS DE PORTO ALEGRE**

Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS DE CRACK INTERNADOS EM SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado

CRISTINA BEATRIZ WÜRDIG SAYAGO

Mestranda

Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, dezembro de 2011.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS DE CRACK INTERNADOS EM SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado

CRISTINA BEATRIZ WÜRDIG SAYAGO

Mestranda

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2011.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS DE CRACK INTERNADOS EM SERVIÇOS  
ESPECIALIZADOS DE PORTO ALEGRE**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira**  
**Presidente**

---

Prof. Dr. Ygor Ferrão (UFCSPA)

---

Prof. Dr. Rogério Horta (UNISINOS)

Porto Alegre, janeiro de 2011.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida e por terem me fornecido condições para me tornar a pessoa que sou. Muito obrigada pelo carinho e apoio constantes!

Ao meu noivo, Vinícius Guimarães Dornelles, pela compreensão e apoio em todos os momentos desta jornada, por acreditar no meu potencial, ensinar-me a percorrer meu próprio caminho nessa trajetória e, acima de tudo, sempre me incentivar a buscar novos desafios e realizações. Muito obrigada por fazer parte da minha vida!

À amiga Letícia Krueel, pela amizade, colaboração, interesse, incentivo e contribuições efetivas para a realização deste trabalho.

À professora Margareth da Silva Oliveira, minha orientadora desde o estágio em Psicologia Clínica, agradeço por ter me acompanhado durante a minha construção profissional e pessoal, por ter-me acolhido e oportunizado esta possibilidade de crescimento. Agradeço pelo convívio, pela confiança, pelo apoio e pelo incentivo.

Às colegas Jacqueline Garcia, Martha Ludwig, Karen Szupczynski e Viviane Rodrigues, pelo companheirismo e, em especial à colega Márcia Wagner, pela força, entusiasmo e otimismo, sendo um exemplo de profissional competente e dedicada.

A todos os auxiliares do grupo de pesquisa “Avaliação e Atendimento

em Psicoterapia Cognitiva”, que contribuíram para a realização deste trabalho, Anderson, Paula, Laura, Thayse e Shana. E um agradecimento especial para Ariane e Fernanda, que me ajudaram muito na coleta, e para Marina e Paola, pela disponibilidade, colaboração e dedicação para a construção deste estudo.

Às instituições que tornaram possível a realização deste projeto: Clínica São José, Centro de Dependência Química (CDQUIM) do Hospital Parque Belém e Hospital Vila Nova.

Aos pacientes que aceitaram participar deste estudo. Obrigada pela colaboração!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por viabilizar, através da bolsa de auxílio financeiro, a realização deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em especial aos professores e à Secretaria.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução desta dissertação de mestrado.

**MUITO OBRIGADA!**

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>Seção 1: Crack: Danos decorrentes do uso, fatores percebidos pelos usuários como protetivos e de risco para o uso da droga e estratégias utilizadas para minimização de danos</b>	
<b>Resumo.....</b>	<b>23</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>24</b>
<b>Método.....</b>	<b>25</b>
<b>Resultados</b>	
<i>Fatores percebidos como protetivos e de risco para o uso de crack.....</i>	<i>26</i>
<i>Danos físicos e/ou mentais.....</i>	<i>27</i>
<i>Danos sociais.....</i>	<i>29</i>
<i>Estratégias utilizadas pelos usuários para minimizar danos ocasionados pela droga.....</i>	<i>31</i>
<b>Conclusão.....</b>	<b>33</b>
<b>Referências.....</b>	<b>34</b>
<b>Seção 2: Caracterização e avaliação psicopatológica e cognitiva de usuários de crack internados</b>	
<b>Resumo.....</b>	<b>37</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>38</b>

	8
<b>Método.....</b>	40
<b>Resultados.....</b>	44
<b>Discussão.....</b>	47
<b>Conclusão.....</b>	53
<b>Referências.....</b>	55
<b>Seção 3: Transtornos Psiquiátricos e Problemas de Comportamento em Usuários de Crack.....</b>	59
<b>Resumo.....</b>	59
<b>Introdução.....</b>	60
<b>Método.....</b>	62
<b>Resultados.....</b>	66
<b>Discussão.....</b>	68
<b>Conclusão.....</b>	71
<b>Referências.....</b>	73
<b>CONCLUSÃO.....</b>	77
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	80
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....</b>	83
<b>Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	84
<b>Anexo C – Entrevista Semiestruturada.....</b>	85
<b>Anexo D – ASR: <i>Adult Self-Report</i>.....</b>	92



## LISTA DE TABELAS

### SEÇÃO 2

**Tabela 1.** Características socioeconômicas da amostra

**Tabela 2.** Tratamentos anteriores para o uso de crack

**Tabela 3.** Desempenho dos usuários de crack em cada subteste

### SEÇÃO 3

**Tabela 1:** Características socioeconômicas da amostra

**Tabela 2.** Prevalência de aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico, clinicamente significativos, em usuários de crack

**Tabela 3.** Associação entre transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento em usuários de crack

**LISTA DE SIGLAS**

AA: Alcoólicos Anônimos

ADM: *Assessment Data Manager*

ANEP: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

APA: *American Psychological Association*

ASEBA: *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

ASR: *Adult Self-Report*

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CCEB: Critérios de Classificação Econômica Brasil

CDQUIM: Centro de Dependência Química

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª versão, revisada.

EMCDDA: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

MeSH: *Medical Subject Headings*

NA: Narcóticos Anônimos

OMS: Organização Mundial de Saúde

PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SAMHSA: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*

SCID: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*

SPSS: *Program Statistical Package for the Social Sciences*

SUS: Sistema Único de Saúde

THB: Transtorno de Humor Bipolar

WAIS-III: *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*

## RESUMO

O uso de crack pode ocasionar inúmeros danos físicos e/ou mentais e danos sociais, muitos deles podendo ser irreversíveis. O consumo dessas drogas tem aumentado nos últimos anos, sendo considerado um problema de saúde pública. Além disso, as comorbidades psiquiátricas são comuns nos usuários de drogas. Este estudo visa contribuir com o conhecimento necessário para a criação de programas de tratamento e prevenção de uso de crack que levem em consideração as características específicas desse público.

O presente trabalho é composto de três seções. A primeira seção objetivou realizar uma revisão de literatura acerca dos danos decorrentes do uso de crack, assim como verificar a maneira como os usuários lidam com os mesmos. Além disso, o estudo objetivou identificar quais aspectos são percebidos por usuários de crack como protetivos ou de risco para o uso da droga. Para efetivação desse estudo, foi realizada uma busca de referências bibliográficas nas bases de dados eletrônicas PsycInfo, PubMed (Medline) e LILACS. Os descritores utilizados na língua inglesa foram: *Crack Cocaine*, *Behavior Addictive*, *Drug Users* e *Cognition*. Os descritores utilizados na língua portuguesa foram: Cocaína Crack, Comportamento Aditivo, Usuários de Drogas e Cognição, entre os anos de 2003 e 2010. Além disso, foram selecionados alguns capítulos de livros, artigos que constavam nas referências dos trabalhos encontrados e pesquisas de centros e associações de reconhecida importância na área de dependência química. O estudo conclui que do uso do crack decorrem muitos prejuízos, os quais podem ser de ordem física e/ou mental e social. Os usuários percebem que a convivência em um ambiente familiar desarmônico, onde há abandono, indiferença, morte ou separação dos genitores, ou ainda abuso no lar e a existência de um histórico de consumo de drogas por parte da família, são fatores de risco para o envolvimento com drogas ilícitas. Além disso, se verificou que os usuários de crack se utilizam de estratégias para minimizar os danos decorrentes do uso da droga.

A segunda seção objetivou: mapear dados referentes à quantidade e padrão do consumo de drogas em usuários de crack; verificar a existência de tratamentos prévios para o uso de crack; identificar aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico, clinicamente significativos, em pacientes usuários da droga; e avaliar os principais déficits cognitivos dos participantes. O estudo foi transversal quantitativo e contou com uma amostra de 84 pessoas. Os instrumentos utilizados foram: Entrevista Semiestruturada (a qual foi elaborada especificamente para este estudo); *Screening Cognitivo* do WAIS-III (composto pelos subtestes Vocabulário, Código, Cubos e Dígitos) e *Adult Self-Report – ASR* (para investigar dados referentes aos aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico). O estudo conclui que os usuários da amostra eram predominantemente do sexo masculino, com tempo médio de 5,83 anos de utilização de crack. A intensidade e tempo de uso de crack, nesta amostra, foi menor que a encontrada em outros estudos. Aproximadamente metade da amostra era pertencente a classes econômicas mais altas e a outra metade a classes econômicas mais baixas. A maioria dos participantes já havia feito tratamentos prévios para o uso de drogas. Problemas depressivos, de comportamentos internalizantes, e problemas externalizantes foram os mais prevalentes. Os usuários de crack desta amostra tiveram um pior desempenho do subteste Vocabulário, o qual avalia inteligência verbal, conhecimento semântico, estimulação do ambiente, desenvolvimento da linguagem expressiva e antecedentes educacionais.

A terceira seção, trata-se de um estudo realizado em uma subamostra do estudo anterior, que teve como objetivos investigar os transtornos psiquiátricos e as dificuldades no funcionamento adaptativo, clinicamente significativos, de maior prevalência em usuários de crack; verificar se há associação entre os transtornos psiquiátricos e problemas de

comportamento em usuários de crack; e verificar se há associação entre comorbidades psiquiátricas e uso de drogas em usuários de crack. Os instrumentos utilizados foram: Entrevista Semiestruturada, ASR e Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo-I do DSM-IV-TR (SCID-I/P). Para análise dos dados, foram feitas análises descritivas e de associação entre variáveis (Teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5%). O estudo contou com 21 dependentes de crack, com média de idade de 29,29 anos (DP = 8,51) e concluiu que os usuários de crack da amostra analisada apresentaram prevalências altas de transtorno psicótico e sintomas de humor induzidos por substância, transtorno por uso de álcool, depressão, problemas nas amizades, família e na média adaptativa de forma geral e problemas de comportamento, tanto internalizantes, como externalizantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cocaína Crack, Características da População, Epidemiologia.

**Área de classificação do CNPq:**

7.07.00.00-1.

**Subárea de classificação do CNPq:**

7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## ABSTRACT

The use of crack can cause physical, mental and social damage, much of it being irreversible. The consumption of these drugs increased in the last years, and it is considered a public health issue. Besides that, psychiatric comorbidities are common in drug users. The objective of this study is to contribute to the knowledge necessary for the creation of prevention and treatment programs for crack use that take into consideration the specific characteristics of this public.

The present work is composed of three sections. The first section consists in a literature review on the damage caused by use of crack. Moreover, the study aimed to identify which aspects are perceived by users of crack as protective or risk factors for drug use. For this, we made a search for bibliographical references in the electronic databases of PsycInfo, PubMed (Medline) and LILACS. The descriptors used in English were: *Crack/Cocaine, Behavior Addictive, Drug Users e Cognition*. The descriptors used in Portuguese were: *Cocaína Crack, Comportamento Aditivo, Usuários de Drogas e Cognição*, between the years 2003 and 2010. Besides that, we selected some book chapters and articles present in the bibliographical references of the papers we found and research by associations and centers of recognized importance in the area of drug addiction. The study concludes that the use of crack can cause a lot of damage, which can be physical and / or mental and social. Users perceive that living in a disharmonious family environment, where there is neglect, indifference, death or separation of parents, or even abuse in the home and the existence of a history of drug use by family, are risk factors for involvement with illicit drugs. Moreover, it was found that crack users are using strategies to minimize damage from drug use.

The objectives of the second study are: to map data referring to crack quantity and consume patterns; check whether there were previous treatment for crack use; to identify of clinically significant adaptative and psychopathological functioning in drug users; and evaluate the main cognitive deficits of the participants. The study was transversal quantitative and had a sample of 84 participants. The instruments used were: Semi-structured Interview (elaborated specifically for this study), WAIS-III Cognitive Screening (composed by the subtests Vocabulary, Code, Cubes and Digits) and Adult Self Report – ASR (to investigate data referring to adaptative and psychopathological functioning aspects). The study concludes that users of the sample were predominantly male, with a mean of 5.83 years of crack use. The intensity and time of crack use in this sample was lower than that found in other studies. Approximately half of the sample belonged to higher economic classes and half the lower economic classes. Most participants had already been previously treated for drug use. Depressive problems in internalizing behaviors and externalizing problems were most prevalent. Crack users in this sample had a worse performance by the Vocabulary subtest, which assesses verbal intelligence, semantic knowledge, stimulating environment, development of language and educational background.

The third study was made based on a subsample of the previous study, with the following objectives to investigate the most prevalent psychiatric disorders and difficulties in adaptative functioning in crack users; and to verify if there is an association between psychiatric disorders and difficulties in adaptative functioning in crack users. The instruments used were: Semi-structured Interview, ASR and Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-I/P). Descriptive analysis and association between variables were made in the data analysis (Fisher's Exact Test with significance level of 5%). The participants of the study were 21 crack addicts, with a mean age of 29,29 years old (DP = 8,51), and concluded that crack users in the sample analyzed showed high prevalence rates of psychotic disorder and mood symptoms induced by substance, alcohol use disorder, depression, friendships, and family and in general adaptive behavior problems, both internalizing and

externalizing.

**Keywords:** Crack/Cocaine, Behavior Addictive, Drug Users e Cognition.

## INTRODUÇÃO

Um dos problemas sociais de maior repercussão com que a sociedade brasileira está se defrontando é o uso de substâncias psicoativas. Tal questão extrapola a esfera da saúde pública, possuindo impacto na sociedade de forma global. Nesse contexto, é importante chamar a atenção para o uso de crack, pelo alto prejuízo social que o uso dessa substância oferece tanto para os usuários quanto para toda a sua rede social. Esse fato ficou evidente com o aumento do consumo da cocaína e a popularização do uso de crack no início da década de 90, o que acabou por aumentar significativamente o impacto social do uso dessas substâncias (Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b; Guimarães, Santos, Freitas & Araújo, 2008).

Para compreender melhor o impacto social do crack, é de crucial importância avaliar o histórico dessa substância, a fim de entender os mecanismos sociais e culturais que embasam a entrada do crack no contexto social brasileiro na atualidade.

O crack é um subproduto da cocaína, composto pela mistura aquecida de cocaína em pó, adicionada de água e bicarbonato de sódio. A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída de folhas de *Erythroxylum coca*, sendo o principal alcaloide deste arbusto. A planta se desenvolve na forma de arbusto ou árvores e é encontrada ao leste dos Andes e acima da Bacia Amazônica. (Ferreira & Martini, 2001; Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Ferri, Laranjeira, Silveira, Dunn & Formigoni, 1997; Nassif Filho, Bettega, Lunedo, Maestri & Gortz, 1999; Leite, 1999).

Em 1921, no Brasil, o uso de cocaína foi restringido através de um Decreto-Lei Federal. Através desse Decreto-Lei, o Congresso Nacional estabeleceu penalidades (multa e prisão) para a venda de cocaína e outras drogas e criou locais para o tratamento de dependentes, tanto para os pacientes internados judicialmente, quanto para os internados espontaneamente (Leite, 1999; Ferreira & Martini, 2001; Laranjeira et al., 2003).



Em 1985, surgiu o crack, que se tornou muito popular nos Estados Unidos. A origem do nome crack é inglesa e descreve o som produzido durante o processo de aquecimento da droga na hora de fumar. A partir disto, essas drogas passaram a coexistir (Ferreira & Martini, 2001; Laranjeira et al., 2003; Bahls & Bahls, 2002; Dualibi et al., 2008; Kessler & Pechansly, 2008; Nassif Filho et al., 1999).

O primeiro relato de uso de crack no Brasil ocorreu no ano de 1989, na cidade de São Paulo. Após este relato, começaram a aumentar os registros de apreensões da droga, apontando para a popularização do crack no Brasil, a partir de 1990. Na cidade de Porto Alegre, o crack apareceu entre os anos de 1993 e 1997 aumentando drasticamente o número de usuários desde então. Este aumento foi influenciado, dentre inúmeros fatores sociais, políticos e econômicos, pela significativa contribuição dos próprios traficantes que passaram a ofertar a droga em larga escala, reduzindo a oferta de outras drogas, fazendo com que os usuários passassem a optar crescentemente pelo uso de crack. A preferência dos traficantes pela venda do crack ocorre devido ao alto grau de dependência que o mesmo gera e pelo baixo valor unitário da droga, fatores que incentivam o consumo. O crack é altamente prejudicial para o usuário, levando-o, dentro de um curto período de tempo, a uma condição de dependência (Sanchez & Nappo, 2002; Oliveira & Nappo, 2008b). Dessa forma, um importante fator de risco para o uso nocivo e para a dependência de cocaína é a via de administração da mesma (Romano, Ribeiro & Marques, 2002). Sendo assim, o crack é uma droga mais potente e prejudicial do que a cocaína utilizada por outras vias (Nassif Filho et al., 1999).

Desde a introdução do crack na cidade de São Paulo, não houve variação expressiva no valor por unidade, o que pode sugerir uma mudança na qualidade da droga. Entretanto, devido ao número diversificado de pontos de venda de crack, faz-se desconhecida a sua composição química. Anteriormente, a pedra mais comum possuía coloração amarela e

consistência rígida e, atualmente, a pedra mais comum é branca e pastosa, podendo ocorrer misturas com diversas substâncias tóxicas como pó de vidro, talco, farinha, pó de mármore e fezes de animais. No entanto, a pedra branca também pode ser transformada para uma consistência gelatinosa, pedra que possui efeitos mais intensos que a pedra convencional (Oliveira & Nappo, 2008b).

Entretanto, é importante salientar que independentemente de como se apresenta o crack, existem diferenças drásticas no efeito desta forma de cocaína (fumada) para as demais formas (aspirada e injetável). Por exemplo, enquanto os efeitos do uso pela via aspirada iniciam-se em aproximadamente três minutos e os efeitos pela via injetada começam em aproximadamente um minuto e meio, os efeitos do uso pela via fumada (crack) iniciam-se em apenas alguns segundos, tornando a droga mais potente, prejudicial, com maior velocidade e potencial de gerar dependência. O crack é comercializado na forma de pequenas pedras porosas e pode ser fumado de duas formas: em cachimbos ou através da inalação de seu vapor (Nassif Filho et al., 1999). Usualmente, o crack é fumado em cachimbos. Os cachimbos são compostos por diversos materiais como copos de iogurte e de água mineral, isqueiro, tubos de creme dental, canos, lâmpadas, entre outros. Entretanto, a lata de alumínio é o material mais comumente utilizado para a confecção do cachimbo. Além disso, existem outras formas de uso do crack. Uma delas é o uso combinado com outras substâncias psicoativas, como o tabaco ou a maconha. Esse tipo de uso é realizado pelo fato de a combinação de substâncias possuir um efeito mais fraco do que o uso isolado da pedra ou, ainda, para diminuir a fissura e outros efeitos ansiogênicos do crack.

Outra forma de uso é o *shotgun*, que é o ato de um usuário inalar a fumaça de crack e transmiti-la ao companheiro, o que pode ocorrer de duas formas: através do contato direto boca a boca, ou mediante um tubo. No entanto, acredita-se que, dessas formas, seus efeitos sejam menos intensos ao receptor, pois uma parte da droga fica nos pulmões do doador. E,

além dessas, outra forma de compartilhamento, mas sem intermediários, consiste em dar a segunda tragada, por isso a mesma é denominada “dar a segundinha”. Após o primeiro usuário (dono da droga) dar a primeira tragada no cachimbo, ele tapa o bucal do cachimbo e o passa ao receptor que aspira a fumaça restante (Oliveira & Nappo, 2008b).

Em um estudo, Ferri et al. (1997) analisaram as modificações das vias de administração da cocaína em uma população de 245 pacientes atendidos em serviços ambulatoriais especializados, entre os anos de 1990 e 1993, na cidade de São Paulo. Acharam como resultados o aumento no uso de crack de 17%, em 1990, para 64%, em 1993. A utilização da cocaína aspirada permaneceu como a via mais frequente de uso (80%), não variando entre esse período. O uso da cocaína venosa oscilou de 40%, em 1990, para 18%, em 1992, e para 28%, em 1993.

Uma pesquisa de Nicastri, Buchpiguel & Andrade (2000), com 14 pacientes internados, dependentes de cocaína, e 14 voluntários normais (grupo-controle), no que se refere ao uso de cocaína, percebeu que todos os entrevistados iniciaram o uso de cocaína pela via intranasal e 13 (92,9%) referiram o consumo de crack. Da amostra, apenas um entrevistado (7,1%) relatou uso de cocaína intravenosa. Em relação ao uso atual, as vias de administração mais usadas foram a combinação da via pulmonar e da via intranasal, descrita por 50% (7) dos entrevistados, a via fumada (crack), por 42,9% (6) dos entrevistados e a via intranasal, relatada por 7,1% (1) dos usuários. O uso compulsivo de cocaína, por *binges*, foi referido por 71,4% (10) dos sujeitos.

No Brasil, embora existam esforços para controlar o uso de drogas, estudos demonstram que o uso de substâncias psicoativas ilícitas aumentou progressivamente. Conforme o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2005), houve o aumento do percentual de pessoas que utilizaram crack na vida, especialmente nas

regiões Sul e Sudeste. O estudo foi realizado em 108 cidades brasileiras e, entre os anos de 2001 e 2005, o uso de crack na vida estava entre as drogas que mais apresentaram crescimento, juntamente com a maconha e opiáceos. O consumo de crack cresceu de 0,5%, em 2001, para 1,1%, em 2005.

Borini, Guimarães e Borini (2003) realizaram um estudo com 406 usuários de drogas ilícitas internados. A droga de uso mais prevalente foi o crack, a qual era usada por 37,2% dos homens e 58,3% das mulheres. Com relação à idade de início de uso, os usuários de crack iniciaram o consumo com 16,6 anos e a usam a aproximadamente 4 anos. O consumo diário de crack, no último ano, ficou em aproximadamente 5,7 gramas.

Não se pode esquecer, que a cocaína é um estimulante do Sistema Nervoso Central que age através de um bloqueio da recaptação da dopamina na fenda sináptica (Nassif Filho et al., 1999) e que o uso de drogas pode alterar o funcionamento neuronal com consequente modificação do desempenho das funções cerebrais, tais como o processo do pensamento normal, sensório-percepção, atenção, concentração, memória, sentimentos, emoções, coordenação motora, nível intelectual, entre outras (Mattos, Alfano & Araújo, 2004).

Um estudo que avaliou as funções neuropsicológicas em 15 pacientes dependentes de crack, internados e em abstinência, por duas semanas, comparadas a de 15 indivíduos normais, encontrou como resultado o fato de os usuários apresentarem prejuízos neurocognitivos. Os principais déficits encontrados nesses pacientes foram nas seguintes funções neuropsicológicas: atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Além disso, o estudo concluiu que o abuso de crack está associado a déficits neuropsicológicos importantes, possivelmente relacionados a problemas em regiões cerebrais pré-frontais e temporais, semelhante ao que ocorre em transtornos cognitivos. Além dos déficits cognitivos, o abuso de crack está associado a problemas de ordem física e social (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino & Peluso, 2004).

Além dos prejuízos cognitivos, o uso de substâncias psicoativas frequentemente encontra-se associado à existência de comorbidades psiquiátricas (Zaleski et al., 2006). O estudo de Silveira e Jorge (1999), que avaliou comorbidades psiquiátricas em dependentes de substâncias, achou como resultado a prevalência de 77% de transtornos mentais ao longo da vida e 72% de transtornos mentais no momento da entrevista. Com relação aos transtornos psiquiátricos atuais, os sujeitos apresentaram frequências maiores de transtorno depressivo maior (32%) e no transtorno explosivo intermitente (16%). Por isso, é de extrema importância uma avaliação criteriosa, que aponte de maneira fidedigna as possíveis psicopatologias presentes no indivíduo dependente de crack, tendo em vista que um dos fatores que compromete a efetividade das diferentes modalidades de intervenção é a presença de transtornos psiquiátricos (Carey, Purnine, Maisto & Carey, 2002; Silveira & Jorge, 1999).

Levando em consideração o impacto pessoal e social do uso de crack, dos prejuízos cognitivos que a droga causa nos usuários e as comorbidades associadas com o transtorno por uso de substâncias, o presente estudo será dividido nas seções a seguir:

Seção 1 - Crack: Danos decorrentes do uso, fatores percebidos pelos usuários como protetivos e de risco para o uso da droga e estratégias utilizadas para minimização de danos: visa realizar uma revisão de literatura acerca dos danos decorrentes do uso de crack, assim como verificar a maneira como os usuários lidam com os mesmos. Além disso, o estudo visa identificar quais aspectos são percebidos por usuários de crack como protetivos ou de risco para o uso da droga.

Seção 2: Transtornos Psiquiátricos e Problemas de Comportamento em Usuários de Crack: Objetiva mapear dados referentes à quantidade e padrão do consumo de drogas em usuários de crack; verificar a existência de tratamentos prévios para o uso de crack; identificar aspectos

do funcionamento adaptativo e psicopatológico, clinicamente significativos, em pacientes usuários da droga; e avaliar os principais déficits cognitivos dos participantes.

Seção 3 - Caracterização e avaliação psicopatológica e cognitiva de usuários de crack internados: Objetiva investigar os transtornos psiquiátricos e as dificuldades no funcionamento adaptativo, clinicamente significativos, de maior prevalência em usuários de crack; verificar se há associação entre os transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento em usuários de crack; e verificar se há associação entre comorbidades psiquiátricas e uso de drogas em usuários de crack.

## Seção 1

### **Crack: Danos decorrentes do uso, fatores percebidos pelos usuários como protetivos e de risco para o uso da droga e estratégias utilizadas para minimização de danos**

**Introdução:** O presente estudo visa realizar uma revisão de literatura acerca dos danos decorrentes do uso de crack, assim como verificar a maneira como os usuários lidam com os mesmos. Além disso, o estudo visa identificar quais aspectos são percebidos por usuários de crack como protetivos ou de risco para o uso da droga. **Método:** Para o presente estudo foi feita uma busca de referências bibliográficas nas bases de dados eletrônicas PsycInfo, PubMed (Medline) e LILACS. Os descritores utilizados na língua inglesa foram: *Crack Cocaine, Behavior Addictive, Drug Users* e *Cognition*. Os descritores utilizados na língua portuguesa foram: Cocaína Crack, Comportamento Aditivo, Usuários de Drogas e Cognição, entre os anos de 2003 e 2010. **Resultados:** O uso da droga pode ocasionar inúmeros danos físicos e/ou mentais e danos sociais, muitos deles podendo ser irreversíveis. Na percepção dos usuários, dentre os fatores associados ao não-uso de crack, estão: as informações fornecidas pelos pais acerca dos prejuízos e sofrimentos associados ao uso da droga; o conhecimento pessoal acerca das consequências negativas do uso; o respeito pelos pais; o medo da morte; e a convivência em um ambiente harmônico e de cumplicidade. Ao mesmo tempo, os usuários de crack percebem que dentre os fatores associados ao uso da droga estão: a facilidade de acesso; a convivência em um ambiente familiar desarmônico, com brigas, falta de união, de apoio e de atenção, onde há abandono, indiferença, morte ou separação dos genitores e/ou abuso no lar; histórico de consumo de drogas por parte da família; e minimização, por parte da população, acerca da gravidade do uso experimental de crack. Os usuários, buscando minimizar os danos ocasionados pelo uso de crack, têm utilizado algumas estratégias como: usar o crack em grupo ou sozinho, dependendo do contexto; usar a droga em local protegido; associar a droga à maconha ou ao álcool; cuidados com o local de compra da droga; cumprir as regras do tráfico; assumir o uso quando abordados pela polícia; uso de preservativos quando se prostituem; controlar a quantidade que utilizam ou mesmo a adoção e manutenção de um padrão de uso controlado. **Conclusão:** O estudo conclui que do uso do crack decorrem muitos prejuízos, os quais podem ser de ordem física e/ou mental e social. Os usuários percebem que a convivência em um ambiente familiar desarmônico, onde há abandono, indiferença, morte ou separação dos genitores, ou ainda abuso no lar e a existência de um histórico de consumo de drogas por parte da família, são fatores de risco para o envolvimento com crack. Além disso, se verificou que os usuários de crack se utilizam de estratégias para minimizar os danos decorrentes do uso da droga.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cocaína Crack, Comportamento Aditivo, Usuários de Drogas, Cognição.

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o uso da cocaína em suas diversas formas, em países desenvolvidos, ocorre em torno de 1% a 3% dos habitantes ao longo de suas vidas. A cocaína é a segunda droga mais utilizada na Europa, perdendo apenas para a maconha, sendo estimado que, ao longo da vida, cerca de 4,1% dessa população consumam a droga (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010).

Na Europa, segundo os dados do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, durante o ano de 2009, a prevalência média do uso de cocaína foi em torno de 1,3% (o que corresponde a aproximadamente 4 milhões de pessoas). Em relação ao consumo da droga no último mês, encontrou-se a prevalência de 0,5% (cerca de 2 milhões de pessoas). Com relação aos jovens europeus (com idade entre 15 e 34 anos), estimou-se que o uso de cocaína no último ano foi de 2,3%, no último mês de 0,9% e ao longo da vida em torno de 5,9% (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* [EMCDDA], 2009).

Nos EUA, os dados levantados no estudo do *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, demonstraram que o índice do uso de cocaína no período de 2002 a 2004 foram de 2,46% da população (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2006).

No Brasil, conforme o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID], 2005), realizado em 108 cidades brasileiras, entre os anos de 2001 e 2005. Na região Sul, houve aumento do percentual de pessoas que fizeram uso de várias drogas em sua vida, dentre elas, a maconha os opiáceos e o crack foram as que apresentaram maior crescimento. O percentual de pessoas que consumiram crack foi de 0,5%, em 2001, para 1,1%, em 2005.



Assim, diversos estudos apontam o aumento progressivo no consumo de crack. Estes altos índices de consumo são considerados um problema preocupante em termos de saúde pública mundial (Cunha, 2007). Desta forma, o presente estudo visa realizar uma revisão de literatura acerca dos danos decorrentes do uso de crack, assim como verificar a maneira como os usuários lidam com os mesmos. Além disso, o estudo visa identificar quais aspectos são percebidos por usuários de crack como protetivos ou de risco para o uso da droga.

### **Método**

Para o presente estudo, foi feita uma busca de referências bibliográficas nas seguintes bases de dados eletrônicas: PsycInfo, PubMed (Medline) e LILACS. Os descritores utilizados na língua inglesa foram: *Crack Cocaine, Street Drugs, Population Characteristics e Epidemiology*, de acordo com os *Medical Subject Headings* (MeSH), publicados pela *National Library of Medicine*. Os descritores utilizados na língua portuguesa, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), publicados pela BIREME, foram: *Cocaína Crack, Drogas Ilícitas, Perfil de Saúde, Características da População e Epidemiologia*. Foram selecionados tanto artigos empíricos como artigos de revisão de literatura, publicados entre os anos de 2003 e 2010. Além disso, também foram selecionados alguns capítulos de livros, artigos que constavam nas referências dos trabalhos encontrados e pesquisas de centros e associações de reconhecida importância na área de dependência química. Todos os trabalhos escolhidos para análise deveriam ter o texto completo disponível na língua inglesa, portuguesa ou espanhola.

*Fatores percebidos como protetivos e de risco para o uso de crack*

O crack é considerado cada vez mais, por parte dos brasileiros, como uma droga de fácil obtenção. Um estudo realizado em 2005, de âmbito nacional, mostrou que houve um aumento na facilidade de obter drogas. Enquanto, em 2001, 45,8% referiram ser muito fácil obter a cocaína, em 2005, este percentual subiu para 51,1%. Paralelamente a isso, em 2001, 36,1% das pessoas relataram o fácil acesso ao crack, enquanto em 2005 este número subiu para 43,9% dos entrevistados. Com relação ao uso de drogas, aumentou o percentual de pessoas que relataram ter visto frequentemente outras pessoas sob o efeito de drogas nas vizinhanças, de 33,6%, em 2001, para 36,9%, em 2005. Quanto à venda de drogas, o percentual de pessoas que relataram terem visto traficantes vendendo drogas nas vizinhanças aumentou de 15,3%, em 2001, para 18,5%, em 2005 (CEBRID, 2005).

O aumento do percentual de brasileiros que fizeram ou fazem uso de crack possivelmente está relacionado, dentre inúmeros fatores de ordem econômica e política, a mudanças no seu acesso, estratégias de mercado e forma de uso. A aquisição do crack é considerada simples, rápida e pública, o que pode ser considerada um fator associado ao uso da droga. Entre os fatores ligados à facilidade de acesso está a comercialização do crack na forma de “farelo”, que é mais barato do que a pedra e de fácil adulteração (Oliveira & Nappo, 2008b; Inciardi, Surrat, Pechansky, Kessler, Von Diemen, Da Silva, et al., 2006).

A pesquisa de Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) buscou identificar quais os motivos que levariam adolescentes e adultos submetidos à constante oferta de drogas ilícitas, a recusarem as mesmas e contou com um grupo de pessoas que nunca havia experimentado drogas ilícitas na vida e outro grupo com usuários pesados (uso diário no último mês) destas. O estudo observou que o grupo de usuários percebem que os seguintes fatores estão relacionados ao uso de drogas: brigas, abuso no lar, existência de histórico de consumo de

drogas por parte da família, falta de carinho, de união, de apoio e de atenção dos pais e o fato de não residirem com os genitores, seja em virtude de abandono, indiferença, morte ou separação. Em contraste, o grupo de não usuários, citaram como principal motivo para o não uso de crack, as informações fornecidas pela família acerca das conseqüências devastadoras do uso da droga. Em segundo lugar, estava a experiência pessoal do entrevistado, baseada na observação direta dos efeitos negativos do uso de drogas em seus amigos e familiares, como danos físicos e morais e a impossibilidade de realização de metas pessoais devido à dependência. Além destes fatores percebidos por eles como protetivos para o uso de drogas, também foram citados, o respeito que tinham pelos seus pais e o medo da morte. Ressalta-se que a maioria dos não usuários sempre viveu com os pais em um ambiente harmônico e de cumplicidade.

A percepção de risco por parte da população varia conforme a intensidade do uso de substâncias psicoativas ilícitas. Por exemplo, em 2005, 77,1% dos entrevistados no II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CEBRID, 2005) consideraram grave o uso de crack de uma a duas vezes na vida. Com relação ao uso diário de crack, o número de pessoas que consideravam esse tipo de uso grave subiu para 98,8% do total de entrevistados. Dessa forma, percebe-se que a maioria expressiva da população se preocupa demasiadamente até mesmo com a experimentação do crack, o que pode ser considerado um fator relacionado ao não-uso da droga.

#### *Danos físicos e/ou mentais*

O uso crônico de cocaína tem, como principais efeitos, irritabilidade, alucinações, delírios, hostilidade, medo, paranoia, abstinência, extrema energia, exaustão, diminuição do desejo sexual, anorexia, violência extrema, irritação, diminuição da higiene pessoal,

depressão e ansiedade. Além disso, o uso prolongado pode produzir problemas como perda de memória e de capacidade de concentração mental, tonturas, desmaios, dores de cabeça, tinido no ouvido, derrames e convulsões (Laranjeira, Jungerman & Dunn, 2003; Nassif Filho, Bettega, Lunedo, Maestri & Gortz, 1999).

No estudo de Ribeiro, Sanchez & Nappo (2010), foram entrevistados 30 usuários de crack. A partir disso, foram identificadas três classes de riscos decorrentes dos efeitos da droga, sendo “efeitos psíquicos” e “complicações físicas”, duas delas. A primeira classe é referente aos efeitos psíquicos que estão associados a sintomas de fissura e paranóia. A segunda classe engloba os riscos de overdose, emagrecimento e insônia.

As substâncias psicoativas ilícitas podem alterar o funcionamento neuronal com consequente modificação do desempenho das funções cerebrais, tais como o processo do pensamento normal, sensório-percepção, atenção, concentração, memória, coordenação motora, nível intelectual, entre outras (Mattos, Alfano & Araújo, 2004).

Kolling, Silva, Carvalho, Cunha & Kristensen (2007) realizaram um estudo de revisão sobre avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína que apontou déficits nos processos atencionais, memória de curta duração, memória de trabalho, memória prospectiva, tomada de decisões, controle de impulsos e capacidade de resolução de problemas. Além disso, encontrou disfunções no lobo pré-frontal destes dependentes. Ainda há, porém, muita incerteza sobre a etiologia desses déficits, que podem estar ligados a prejuízos anteriores ao uso, com isso, prejudicando a adesão desses sujeitos a algum tratamento e favorecendo a recaída e a manutenção da adição à droga.

Um estudo que comparou 15 dependentes de cocaína com 15 controles normais encontrou que os usuários de crack apresentaram prejuízos neurocognitivos principalmente nas seguintes funções: atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Além disso, os autores discutem que o abuso de

cocaína está possivelmente relacionado a problemas em regiões cerebrais pré-frontais e temporais, semelhantes aos que ocorrem em transtornos cognitivos (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino & Peluso, 2004).

Quando a cocaína é fumada (crack), a droga é absorvida rapidamente pelos pulmões e, imediatamente, seus efeitos aparecem. O impacto dos problemas físicos associados ao uso do crack é de extrema relevância. O uso do crack pode causar problemas nas vias respiratórias (como tosse, redução da função pulmonar, expiração comprometida e enfisemas), no aparelho cardiovascular (aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, efeito vasoconstritor e parada cardíaca), além de outras alterações (como necrose muscular, problemas neurológicos e problemas psiquiátricos) (Laranjeira et al., 2003).

Dentre os danos físicos associados ao uso de crack, destaca-se a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), principalmente com o uso de cocaína injetável. Um estudo que descreveu as características dos usuários de drogas injetáveis em Porto Alegre mostrou que, dos 142 sujeitos, 54,5% apresentaram HIV. Além disso, 97% já tinham usado cocaína injetada no mês anterior à entrevista, e 53% desses relataram compartilhamento de seringa com outros usuários. Com relação ao comportamento sexual, 44% dos usuários de drogas injetáveis que se descreveram como sexualmente ativos não usaram camisinha nas relações sexuais (Pechansky, Inciardi, Surrat, Lima, Kessler, Soibelman & Hirakata, 2000).

### *Danos sociais*

O uso de crack está associado a problemas de ordem social (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino & Peluso, 2004), pois os usuários podem comprometer suas relações sociais, familiares e profissionais. Em virtude de estarem frequentemente envolvidos com o uso, com a busca da droga ou recuperando-se de seus efeitos, os dependentes de crack passam a

divergir de amigos e familiares, tanto com relação aos interesses como em relação aos padrões de comportamento e ao tipo de vocabulário. Assim, o isolamento social, a negligência das necessidades corporais e a ruptura dos laços familiares e de outras relações podem acabar levando os usuários de crack a entrar para a “marginalidade” (Rodrigues, Caminha & Horta, 2006; Carlini, Noto, Galduróz & Nappo, 1996).

Segundo um amplo estudo realizado em 2005 nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, 1,2% dos entrevistados relatou ter enfrentado complicações no trabalho, e 2,3% afirmaram ter praticado agressões em virtude do uso da droga (CEBRID, 2005).

O aumento do uso de crack ocasiona uma série de problemas na sociedade, sendo um dos principais a violência. Entre os problemas de violência mais relacionados ao uso de drogas estão: acidentes de trânsito, tráfico de drogas, criminalidade, brigas entre amigos e no ambiente familiar. Tais problemas são apontados como uma das causas de mortalidade em usuários de crack (Noto & Galduróz, 1999; Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003).

Em um estudo de meta-análise, Kuhns, Wilson, Maguire, Ainsworth & Clodfelter (2009) identificaram que, de 28.868 exames toxicológicos de vítimas de homicídio de cinco diferentes países, 11% deram positivo para uso de cocaína. Com relação ao tipo de homicídio, encontrou-se uma relação direta entre uso de cocaína e morte por arma de fogo. Tais resultados refletem que a proporção de vítimas de homicídios, que utilizavam substâncias psicoativas ilícitas, vem crescendo ao longo do tempo.

A outra classe de risco decorrente do uso de crack, identificada no estudo supracitado de Ribeiro et al. (2010), foi chamada de “riscos decorrentes da ilegalidade da droga”, a qual abrange a vivência do tráfico e onde os principais riscos, que podem levar à morte, são: não honrar dívidas com traficantes; e roubar ou usar drogas perto dos locais de venda de droga dos traficantes (uma vez que isso pode chamar a atenção da polícia e prejudicar o tráfico).

Assim, os usuários de crack, quando comparados à população geral, apresentam maiores taxas de mortalidade, sendo as causas mais observadas os homicídios e as associadas às infecções pelo HIV. Os homicídios ocorrem devido a envolvimento em: problemas com a justiça, elementos do tráfico, disputa entre pontos de venda de droga e confrontos com a polícia (Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias & Laranjeira, 2006; Kessler & Pechansky, 2008; Azevedo, Botega & Guimarães, 2007; Oliveira & Nappo, 2008b; Ribeiro et al., 2010; Ferreira Filho et al., 2003). Dentre as causas de infecções pelo HIV, estão o fato de este público apresentar maiores taxas de atividade sexual de risco e maior quantidade de troca de sexo por dinheiro/drogas, além do uso de drogas injetáveis com compartilhamento de seringas (Ribeiro et al., 2006; Kessler & Pechansky, 2008; Azevedo et al., 2007; De Boni, Pechansky, Von Diemen, Kessler, Surrati, Inciardi, 2005).

Com relação às trocas de relações sexuais por dinheiro/droga (prostituição), uma pesquisa realizada por Oliveira e Nappo (2008a) identificou que metade das mulheres entrevistadas já se prostituiu, além disso, o estudo apontou a existência da prostituição compulsória (onde o marido oferece sua esposa por determinado período aos traficantes ou outros usuários) e de usuários de crack do sexo masculino que, apesar de se autodeclararem heterossexuais, praticavam sexo com outros homens em troca de dinheiro. A prática mais comum de prostituição foi o sexo oral em virtude de ser, segundo a percepção dos entrevistados, a forma que menos comprometeria sua sexualidade.

#### *Estratégias utilizadas pelos usuários para minimizar danos ocasionados pela droga*

Para minimizar ou evitar os riscos do consumo de crack, os usuários utilizam estratégias na tentativa de se autoprotgerem dos danos indesejados, ocasionados pela droga. No estudo de Ribeiro et al. (2010), as estratégias utilizadas pelos usuários foram: 1) usar o

crack ou em grupo (como forma de aliviar os medos decorrentes das perturbações do uso, como, por exemplo, o medo de serem abordados pela polícia) ou sozinho (para evitar desentendimentos e violência); 2) utilizar a droga em local protegido como na própria casa, na residência de amigos ou em hotéis próximos dos pontos de venda; 3) associar o uso de maconha ao uso de crack a fim de reduzir a fissura ou inibir os efeitos estimulantes do crack; 4) associar álcool para aliviar sintomas paranoides, sobretudo o medo e a agressividade; 5) controle da quantidade de crack que colocam no cachimbo, como proteção à overdose; 6) cuidados para a compra da droga: alguns optam por comprar em locais conhecidos (para evitar confusões relacionadas a um primeiro encontro com os traficantes), no entanto, outros preferem locais desconhecidos, para manterem-se no anonimato durante o uso; 7) cumprir regras do tráfico: esta estratégia envolve o fato de não fazer dívidas, não tentar negociar com o traficante, falar pouco durante a compra e não chegar alterado no local de compra; 8) assumir o uso se abordados pela polícia: é uma medida usada contra a detenção e a violência, pois essa postura evita a revista e o fato de os policiais se sentirem enganados; 9) usar preservativos para lidar com os riscos da prostituição, como contrair doenças ou ocasionar uma gravidez indesejada.

Além do padrão compulsivo de consumo do crack amplamente descrito na literatura, Oliveira e Nappo (2008a) descrevem o padrão de consumo de crack, denominado controlado, caracterizado como o uso racional e não diário de crack, o qual é utilizado por alguns como estratégia para minimizar os danos ocasionados pelo uso. O uso controlado foi observado entre usuários que, após anos de consumo, conseguiram o autocontrole necessário para minimizar as implicações do uso compulsivo. O padrão de uso controlado tem gerado implicações individuais e sociais menos severas, amenizando o estereótipo anteriormente associado ao usuário de crack, reconhecido como alguém irresponsável, improdutivo e agressivo.



## Conclusão

Entre os fatores percebidos como protetivos para o uso de crack, estão: as informações fornecidas pelos pais acerca dos prejuízos e sofrimentos associados ao uso da droga; o conhecimento pessoal acerca das consequências negativas do uso; o respeito pelos pais; o medo da morte; e a convivência em um ambiente harmônico e de cumplicidade. Os fatores percebidos como sendo de risco para o uso de crack foram: a facilidade de acesso; a convivência em um ambiente familiar desarmônico, com brigas, falta de união, de apoio e de atenção, onde há abandono, indiferença, morte ou separação dos genitores e/ou abuso no lar; histórico de consumo de drogas por parte da família; e minimização, por parte da população, acerca da gravidade do uso experimental de crack.

O uso da droga pode ocasionar inúmeros danos físicos e/ou mentais e danos sociais, sendo que muitos deles podem ser irreversíveis. Os usuários, buscando minimizar os danos ocasionados pelo uso de crack, têm utilizado algumas estratégias como: usar o crack em grupo ou sozinho, dependendo do contexto; usar a droga em local protegido; associar a droga com a maconha ou o álcool; cuidados com o local de compra da droga; cumprir as regras do tráfico; assumir o uso quando abordados pela polícia; uso de preservativos quando se prostituem; controlar a quantidade que utilizam ou mesmo a adoção e manutenção de um padrão de uso controlado.

Ao final deste estudo identifica-se a necessidade de que os fatores percebidos como sendo de risco ou protetivos para o uso de crack, sejam objeto de investigação científica, a fim de verificar se estes fatores estão de acordo com dados empíricos observados e estatisticamente analisados, através de estudos de associação de variáveis, o que pode contribuir fortemente para a construção de novas estratégias de prevenção e promoção de saúde.

## Referências

Azevedo, R.C.S., Botega, N.J., Guimarães, L.A.M. (2007). Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 26-30

Carlini, E. A, Noto, A. R, Galduróz, J. C. F & Nappo, A. S. (1996). Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(4), 227-236.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID]. (2005). II *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: CEBRID, UNIFESP.

Cunha, P. J., Nicastri, S., Gomes, L.P., Moino, R.M., Peluso, M.A. (2004) Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 18-22.

Cunha, P. (2007). Avaliação Clínica de Usuários e Dependentes de Cocaína. In Cordeiro, D., Figlie, N., Laranjeira, R. *Boas práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias*. São Paulo: Roca.

De Boni, R., Pechansky, F., Von Diemen, L., Kessler, F., Surrati, H., Inciardi, J. (2005). Diferenças entre fatores de risco para infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis do Rio de Janeiro e Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 5-9.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2009). *State of the drugs problem in Europe: Cocaine and crack cocaine - Prevalence and patterns of use*. Recuperado em 28 de novembro, 2010, de <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index91354EN.html>

Ferreira Filho, O., Turchi, M., Laranjeira, R., Castelo, A. (2003) Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública* 37(6), 751-759.

Inciardi, J., Surrat, H., Pechansky, F., Kessler, F., Von Diemen, L., Silva, E.; Martin, S. (2006). Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(3), 305-310.

Kessler, F., Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98.

Kolling, N. M., Silva, C. R., Carvalho, J., Cunha, S. M.; Kristensen, C. H. (2007) Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação psicológica*, 6(2), 127-137.

Kuhns, J. B., Wilson, D. B., Maguire, E. R., Ainsworth, S. A., Clodfelter, T. A. (2009). A meta-analysis of marijuana, cocaine and opiate toxicology study findings among homicide victims. *Addiction*, 104(7), 1122-1131.

Laranjeira, R., Jungerman, F., Dunn, J. (2003). *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Editora Contexto.

Mattos, P., Alfano, A., Araújo, C. (2004) Avaliação neuropsicológica. In Kapczinski, F.; Quevedo, J.; Izquierdo, I. et al. *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed.

Nassif Filho, A., Bettega, S., Lunedo, S., Maestri, J., Gortz, F. (1999). Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Revista Associação Médica Brasileira*, 45(3), 237-241.

Noto, A., Galduróz, J. (1999). O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 145-151.

Oliveira, L., Nappo, S. (2008a). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664-671.

Oliveira, L., Nappo, S. (2008b). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6), 212-218.

OMS. (2010) *Management of substance abuse: Cocaine*. Recuperado em 11 de novembro, 2010, de <http://www.who.int/substanceabuse/facts/cocaine/en>

Pechansky, F., Inciardi, J., Surrat, H., Lima, A., Kessler, F., Soibelman, M., Hirakata, V. (2000). Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 22(4), 164-171.

Ribeiro, L., Sanchez, Z., Nappo, S. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 210-218.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A.C., Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 196-202.

Rodrigues, V., Caminha, R., Horta, R. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 67-72.

Sanchez, Z., Oliveira, L., Nappo, S. (2005). Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 599-605.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2006). *State Treatment Planning Areas: Marijuana, Cocaine & Pain Killers*. Recuperado em 23 de novembro, 2010, de <http://oas.samhsa.gov/subState2k6/cocaine.htm>

## SEÇÃO 2

### Caracterização e avaliação psicopatológica e cognitiva de usuários de crack internados

**Introdução:** O presente estudo objetivou: mapear dados referentes à quantidade e padrão do consumo de drogas em usuários de crack; verificar a existência de tratamentos prévios para o uso de crack; identificar aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico, clinicamente significativos, em pacientes usuários da droga; e avaliar os principais déficits cognitivos dos participantes. **Método:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam: ser do sexo masculino ou feminino; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter, no mínimo, cinco anos completos de estudo formal; ser usuários de crack; estar internados em locais especializados no tratamento da dependência química da cidade de Porto Alegre; e estar entre o 7º e o 15º dia de abstinência de substâncias psicoativas ilícitas. Os instrumentos utilizados foram: Entrevista Semiestruturada, a qual foi elaborada especificamente para este estudo; *Screening Cognitivo* do WAIS-III (composto pelos subtestes Vocabulário, Código, Cubos e Dígitos) e *Adult Self-Report* – ASR (para investigar dados referentes aos aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico). Os dados foram computados no *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0. Para análise dos dados, utilizou-se apenas estatística descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 84 sujeitos; desse total, 90,5% eram do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 29,51 anos (DP = 8,43), sendo a mínima de 18 e a máxima de 53 anos, e a maioria deles (57,1%) tinha cor de pele branca. A religião católica foi a mais prevalente (53,6%). Quanto ao estado civil, a maioria (64,3%) era solteira e, quanto à escolaridade, a maior parte (39,3%) dos participantes tinha o Ensino Médio completo e não estudava atualmente (81%). Com relação à situação ocupacional, 71,4% da amostra relataram trabalhar atualmente. Aproximadamente metade da amostra ficou classificada nas classes A ou B (46,4%) e a outra metade nas classes C, D ou E (53,6). A grande maioria dos participantes relatou a realização de algum tipo de tratamento anterior para o uso de drogas (94%), sendo o mais comum a internação para desintoxicação. O tempo médio de uso de crack foi de 5,83 anos. No dia em que mais usaram a droga, foram consumidos, em média, 32,79 pedras de crack. A quantidade média de uso de crack em um dia típico foi de 3,08 pedras. Quanto ao uso no último ano, as outras drogas mais relatadas foram tabaco (90,5%), álcool (69%), maconha (64,3%) e cocaína (54,8%). Foram encontradas altas prevalências de problemas considerados clinicamente significativos nas seguintes subescalas do ASR: Depressão, Comportamento de Quebra de Regras, Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes, Amizades, Família, Trabalho, Média Adaptativa e Problemas de Personalidade Antisocial. A maioria dos entrevistados estava com suas funções cognitivas relativamente preservadas e no subteste Vocabulário houve pior desempenho. **Conclusão:** Os usuários eram predominantemente do sexo masculino, com tempo médio de 5,83 anos de utilização de crack. A intensidade e tempo de uso de crack, nesta amostra, foi menor que a encontrada em outros estudos. Aproximadamente metade da amostra era pertencente a classes econômicas mais altas e a outra metade a classes econômicas mais baixas. A maioria dos participantes já havia feito tratamentos prévios para o uso de drogas. Problemas depressivos, de comportamentos internalizantes, externalizantes adaptativos foram os mais prevalentes. Os usuários de crack desta amostra tiveram um pior desempenho do subteste Vocabulário, o qual avalia inteligência verbal, conhecimento semântico, estimulação do ambiente, desenvolvimento da linguagem expressiva e antecedentes educacionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cocaína Crack, Comportamento Aditivo, Transtornos Relacionados ao Uso de Cocaína, Usuários de Drogas, Cognição.

## Introdução

O uso de substâncias psicoativas, principalmente de crack, tem aumentado nos últimos anos, o que está gerando diversos problemas para a sociedade. As diversas internações para o tratamento do uso de drogas, por parte de um mesmo paciente, e os altos índices de envolvimento com a criminalidade são alguns dos fatores que tornam o uso de crack um problema de saúde pública (Kessler & Pechansky, 2008; Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira e Castelo, 2003).

No plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção de drogas, realizado pelo Ministério da Saúde, os investimentos previstos chegam a um total de 117,3 milhões de reais. Conforme esse plano, o custo da internação de sete a 15 dias custa por volta de 65 reais por dia. Assim, pode-se avaliar, também, o custo que um único usuário gera ao Sistema Único de Saúde (SUS), levando-se em conta, ainda, as várias ocorrências de internação e as despesas recorrentes do tratamento posterior deste paciente (Ministério da Saúde, 2010). O uso de crack onera os gastos do sistema público de saúde, uma vez que a maioria dos usuários passa diversas vezes por tratamento de desintoxicação (Guimarães, Santos, Freitas & Araújo, 2008).

Em todo o mundo, é grande a prevalência de uso de crack. Na Colômbia, uma grande pesquisa realizada com adolescentes entre 12 e 19 anos encontrou que a prevalência de uso de crack no ano de 2004 foi de 1,5% (Martinez-Mantilla, Amaya-Naranjo, Campillo, Rueda-Jaimes, Campo-Arias & Diaz-Martínez, 2007).

No Brasil, um estudo feito na Cidade de São Paulo objetivou avaliar a prevalência de uso de drogas entre escolares do Ensino Médio. Para tanto, foram entrevistados 1.035 alunos e dentre os resultados foi encontrado que, do total, 1,4% dos sujeitos fez uso de crack na vida e 0,9% havia usado a droga no último ano a contar da data em que foi realizado o estudo

(Silva, Pavani, Moraes & Neto, 2006).

Borini, Guimarães e Borini (2003) realizaram um estudo com usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico. Foram entrevistados 406 pacientes, e observou-se que a droga de uso mais prevalente foi o crack, tanto usado isoladamente como associado à maconha.

Com relação à prevalência do uso de crack entre os sexos, no estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2005), verificou-se que, na região Sul do Brasil, o uso de crack na vida é maior entre os homens do que entre as mulheres em todas as faixas etárias, sendo, na faixa etária entre 25 e 34 anos, o número quatro vezes maior para os homens do que para as mulheres.

Além da prevalência de uso de crack ser maior em homens que em mulheres, pesquisas encontraram, quanto à caracterização dos usuários de crack, que estes são, em sua maioria, jovens, solteiros, de baixa escolaridade, baixa classe econômica e sem vínculos empregatícios formais (Oliveira e Nappo, 2008b; Guimarães, Santos, Freitas & Araújo, 2008), além de possuírem um fraco suporte familiar (Guimarães, Santos, Freitas & Araújo, 2008)

Associado ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, além dos prejuízos sociais, comportamentais e cognitivos, é frequente a existência de comorbidades psiquiátricas (Zaleski et al., 2006). Apesar de serem poucos os estudos brasileiros que avaliem as comorbidades em usuários de crack, já se sabe que Fobia Social, Transtorno do Pânico, Transtorno Depressivo, Transtorno de Personalidade Antisocial, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são comorbidades que ocorrem com o uso de crack (Terra, Figueira & Athayde, 2003; Falck, Wang, Siegal & Carlson, 2004; Silva, Kolling, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2009; Castro, Pedroso & Araújo, 2010).

Os usuários de crack apresentam importantes déficits cognitivos, os quais devem ser

corretamente avaliados, uma vez que podem influenciar no êxito dos tratamentos. Além disso, existe a evidência de que o abuso de cocaína está associado a déficits neuropsicológicos possivelmente relacionados a problemas em regiões cerebrais pré-frontais e temporais. De acordo com estudos, os principais déficits cognitivos encontrados em pacientes usuários de crack, foram nas funções neuropsicológicas de atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, memória de curta duração, memória de trabalho, memória prospectiva, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Também foram encontrados déficits no processo de tomada de decisões, no controle de impulsos e na capacidade de resolução de problemas (Cunha, Nicastrí, Gomes, Moino & Peluso, 2004; Kolling, Silva, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2007; Rodrigues, Caminha & Horta, 2006).

Considerando a grande prevalência de usuários de crack, o padrão de consumo, as comorbidades psiquiátricas e os déficits cognitivos presentes, percebe-se a importância de conhecer o perfil dos usuários para avaliar estas questões, com vistas a auxiliar no planejamento e execução de políticas de saúde mais efetivas para o tratamento e a prevenção do uso dessa substância.

Assim, este trabalho objetiva realizar um levantamento de características de usuários de crack internados, avaliando dados referentes ao consumo desta droga, identificando a prevalência de dificuldades clínicas do funcionamento adaptativo e psicopatológico e avaliando os principais déficits cognitivos dos participantes.

## **Método**

### *Delineamento*

É um estudo quantitativo, descritivo, de levantamento de dados.



### *Crêterios de Inclusão*

Está entre os cr terios adotados nesta pesquisa: idade igual ou superior a 18 anos, usuários de crack em tratamento de internac o em virtude do uso desta substância. A escolaridade mínima exigida foi a partir da quinta série do Ensino Fundamental. Foi cr terio, também, um período mínimo de sete dias e máximo de 15 dias de abstinência de substâncias psicoativas ilícitas.

### *Instrumentos*

- *Entrevista Semiestruturada*: Questionário semiestruturado, elaborado especificamente para este estudo, para coleta de dados sociais, econ micos e história de consumo de substâncias psicoativas. Nele foram incluídos, com o objetivo de estabelecer a classifica o econ mica dos participantes, os Crêterios de Classifica o Econômica Brasil – CCEB (Associa o Nacional de Empresas de Pesquisa [ANEP], 2008), o questionário, após sua aplica o, d  uma pontua o, segundo a qual o participante   classificado em uma das seguintes classes, na ordem de maior a menor poder aquisitivo: A1, A2, B1, B2, C, D e E.
- *Screening Cognitivo do WAIS-III* (Wechsler, 1999): A Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (Terceira Edi o) foi adaptada e padronizada para o Brasil por Nascimento (2004). O Screening Cognitivo do WAIS-III compreende os subtestes Vocabulário, Cubos, Códigos e Dígitos. O subteste Vocabulário foi utilizado pela sua alta correla o com a soma da escala verbal, o que o torna uma medida adequada de inteligência basal.

O desempenho nesse subteste depende do conhecimento semântico, estimulação do ambiente e aprendizagem escolar do sujeito. Por sua vez, o Cubos identifica a capacidade de análise, síntese e organização visuomotora, enquanto o subteste Códigos mede a capacidade de reprodução e imitação. O subteste Dígitos avalia funções como atenção a estímulos verbais, memória auditiva de curta duração e memória de trabalho (Cunha, 2000).

- *Adult Self-Report – ASR* (Achenbach & Rescorla, 2003): Usado tendo em vista a prevalência de comorbidades associadas ao uso de substâncias psicoativas. Esse questionário é autoaplicável, para a faixa etária de 18 a 59 anos, e aborda diferentes aspectos do funcionamento adaptativo de adultos. As evidências de validade do ASR para a população brasileira estão em andamento. O instrumento permite agrupar os resultados em dois âmbitos: 1) Funcionamento Adaptativo e 2) Problemas de Comportamento, estes últimos retratando problemas em escalas internalizantes e externalizantes. A escala de internalização subdivide-se em Retraimento, Queixas Somáticas e Ansiedade/Depressão; e a escala de externalização, em Comportamento Agressivo, Quebra de Regras e Problemas Intrusivos. A soma dos escores obtidos em todas as subescalas comportamentais leva ao distúrbio total de problemas de comportamento. Os resultados ponderados no ASR permitem classificar os sujeitos, em cada subescalas como: normal, limítrofe e clínica, sendo que estas duas últimas são significativas do ponto de vista clínico. Os resultados fornecem, também, escalas orientadas pelo DSM-IV-TR, classificando os casos clínicos em: Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas de Personalidade Evitativa, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Problemas de Personalidade Antissocial. O levantamento desse *checklist* é realizado pelo *software* ADM (*Assessment Data Manager*), que acompanha o questionário.

### *Amostra*

A amostra foi constituída por 84 sujeitos, do sexo masculino e feminino, usuários de crack internados em três serviços especializados no tratamento de dependência química, que atendem pacientes da rede pública e da rede privada, todos localizados na cidade de Porto Alegre, atendendo pacientes da capital e da região metropolitana.

### *Procedimentos de Coleta de Dados*

Após contato prévio com as instituições (Centro de Dependência Química do Hospital Parque Belém, Clínica São José e Hospital Vila Nova), a equipe de pesquisa, devidamente treinada, teve acesso às instituições e manteve contato com os técnicos do local para a organização dos procedimentos de coleta, como indicação dos possíveis sujeitos e acesso aos prontuários médicos. Cada paciente que preenchesse os critérios de inclusão foi convidado a participar da pesquisa. Após esclarecimento quanto aos objetivos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o preenchimento do protocolo foi realizado. A aplicação foi feita de forma individual, com duração de aproximadamente uma hora e realizada nos consultórios ou salas dos próprios locais de coleta. Ainda que alguns instrumentos fossem auto-aplicáveis, a aplicação foi realizada por integrantes da equipe de pesquisa. Dos prontuários médicos, obteve-se a confirmação do uso de crack, bem como informações quanto ao período de abstinência (a contar da data da internação) e com relação a quais medicações foram administradas ao paciente nos últimos dias.

### *Análise dos Dados*

Para análise dos dados do ASR, foi utilizado o *software* ADM, versão 7.0, desenvolvido pelo próprio autor do instrumento, o psiquiatra norte-americano Thomas Achenbach. O *software* fornece as pontuações obtidas por cada participante em cada subescala, classificando essas pontuações na faixa normal, limítrofe ou clínica para cada área avaliada (Achenbach & Rescorla, 2003).

A organização e análise das informações foram feitas pelo *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 17.0. Foram utilizadas, neste estudo, apenas estatística descritiva (porcentagens, frequências, média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo).

### *Aspectos Éticos*

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comissão Científica da Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Anexo A), sob número CEP 09/04943. Após terem sido informados sobre os objetivos do estudo e assegurados quanto ao sigilo e anonimato, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

## **Resultados**

A amostra estudada foi de 87 sujeitos usuários de crack internados, sendo 90,5% (76) do sexo masculino. Todos estavam dentro do período de abstinência determinado pelos critérios de inclusão do estudo, com uma média de 10,17 dias (DP = 2,26; Mín. = 7 e Máx. =

15). A média de idade foi de 29,51 anos (DP = 8,43; Mín. = 18 e Máx. = 53), e a média de anos de estudo formal completos foi de 9,39 anos (DP = 3,10; Mín. = 5 e Máx. = 18). Os demais dados socioeconômicos são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas da amostra

Variáveis	(n=87)	%
<b>Etnia</b>		
Afrodescendente	12	14,3
Branca	48	57,1
Mulato/Pardo	13	15,5
Outro	11	13,1
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	54	64,3
Casado/Companheiro	21	25
Divorciado/Separado	9	10,8
<b>Religião</b>		
Católica	45	53,6
Evangélica/Protestante	15	17,9
Outra	24	28,6
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	36	42,9
Ensino Médio	36	42,9
Ensino Superior	12	14,3
<b>Classificação Econômica</b>		
A	6	7,1
B	33	39,3
C	31	36,9
D e E	14	16,7

Sobre o uso de drogas no último ano, as substâncias mais utilizadas pelos entrevistados foram, em ordem decrescente: Tabaco (90,5%), Álcool (69%), Maconha (64,3%) e Cocaína (54,8%).

Dos entrevistados, a média de tempo de uso de crack foi de 5,83 anos (DP=4,45). A

maioria expressiva dos entrevistados (94%, n=79) relataram já ter realizado algum outro tipo de tratamento, anterior ao atual, para o uso de crack. Os dados com relação ao tipo de tratamento, porcentagem da amostra que já utilizou cada tratamento e a mediana de vezes que procuraram cada serviço podem ser observados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Tratamentos anteriores para o uso de crack

<b>Tipo de Tratamento</b>	<b>Porcentagem da amostra que já utilizou % (n)</b>	<b>Mediana de vezes que procuraram o serviço</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
Internação Hospitalar	91,7% (77)	2	1	27
Fazenda Terapêutica	48,8% (53)	1	0	7
AA ou NA	41,7% (51)	1	0	20
Ambulatório	31% (50)	1	0	20

A intensidade de uso de crack em um dia típico era de 3,08 pedras (DP = 1,06; Mín. = 1 e Máx. = 5). Os entrevistados referiram, também, que no dia em que mais usaram a substância consumiram, em média, 32,79 pedras de crack (DP = 24,29; Mín. = 2 e Máx. = 115). A maioria dos usuários (53,6%, n=45) fazia uso de crack em frequência diária durante o último ano.

Na avaliação das funções cognitivas, de acordo com o *screening* cognitivo do WAIS-III, a maioria dos participantes apresentou desempenho preservado na maioria dos subtestes, porém 17,9% apresentaram desempenho classificado como inferior no subteste Códigos e 22,6% desempenho inferior no subteste Vocabulário. Na Tabela 3 maiores detalhes podem ser observados quanto ao desempenho dos participantes em cada subteste.

**Tabela 3.** Desempenho dos usuários de crack em cada subteste

Classificação	Vocabulário		Cubos		Códigos		Dígitos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inferior (< 5*)	19	22,6	4	4,8	15	17,9	7	8,3
Médio Inferior (6-7*)	23	27,4	16	19	23	27,4	19	22,6
Médio (8-12*)	40	47,6	53	63,1	45	53,6	54	64,3
Muito Superior (>13*)	2	2,4	11	13,1	1	1,2	4	4,8

\* pontos ponderados segundo a classificação dos pontos brutos por faixa etária e sexo, de acordo com orientações do manual (Nascimento, 2004).

Quanto ao funcionamento adaptativo e psicopatológico dos participantes, foram encontradas altas prevalências (40% ou mais dos participantes) de problemas considerados clinicamente significativos nas seguintes subescalas do ASR: Depressão (56%, n=47), Comportamento de Quebra de Regras (70,3%, n=59), Problemas Internalizantes (77,4%, n=65), Problemas Externalizantes (77,4%, n=65), Total de Problemas (73,9%, n=62), Amizades (88,1%, n=74), Família (97,6%, n=82), Trabalho (89%), Média Adaptativa (84,6%, n=71), Depressão DSM (48,8%, n=41) e Problemas de Personalidade Antissocial DSM (59,6%, n=50).

## Discussão

A idade média dos usuários de crack desta amostra foi de 29,51 anos, semelhante a de outros estudos realizados com usuários da droga (Ferreira Filho et al., 2003; Orsi & Oliveira, 2006; Ribeiro et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Guimarães et al., 2008; Scheffer, Pasa & Almeida, 2010; Castro et al., 2010). Quanto ao estado civil, 64,3% dos participantes desta pesquisa eram solteiros, o que é corroborado por outros estudos onde este também era o estado civil predominante (Silveira & Jorge, 1999; Nicastri, Buchpiguel & Andrade, 2000; Silveira et al., 2001; Ferreira Filho et al., 2003; Orsi & Oliveira, 2006; Ribeiro et al., 2006;

Santis et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Oliveira & Nappo, 2008b; Guimarães et al., 2008; Scheffer et al., 2010).

A média de anos de estudo dos usuários de crack foi de 9,39 anos e a grande maioria (81%) não estava estudando atualmente. O fato de muitos participantes desta amostra serem provenientes de clínicas particulares, certamente interfere no número de anos completos de estudo formal concluídos. Entretanto, tanto a idade média de anos de estudo encontrada, como a situação educacional atual dos usuários de crack desta amostra é semelhante ao que foi encontrado em outros estudos (Silveira & Jorge, 1999; Guimarães et al., 2008; Orsi e Oliveira, 2006), o que, conforme Kessler e Pechansky (2008), ocorre pelo fato do crack (devido às suas características peculiares) não permitir a convivência em um ambiente de ensino. Quanto à situação ocupacional atual, 71,4% dos entrevistados relataram estar trabalhando, o que também condiz com o que foi averiguado por outras pesquisas na área (Terra et al., 2003; Guimarães et al., 2008).

Em relação ao poder aquisitivo, mensurado pelos Critérios Brasil, verificou-se que aproximadamente metade da amostra ficou classificada nas classes A ou B (46,4%) e a outra metade nas classes C, D ou E (53,6). Não se deve esquecer que a amostra do presente estudo foi proveniente também de serviços privados, o que provavelmente influenciou para que houvesse um equilíbrio maior entre classes econômicas mais altas e mais baixas. No entanto, este dado não é novo, visto que resultado semelhante também foi apontado na pesquisa de Nicastrí et al. (2000).

Este estudo observou que houve uma quantidade maior de homens usuários de crack internados (90,5%). Ao mesmo tempo, foi verificado que a maioria expressiva dos entrevistados (94%) relataram já ter realizado algum outro tipo de tratamento, anterior ao atual, para o uso de crack, sendo a internação o tipo de tratamento mais prevalente (91,7%), com mediana de utilização anterior de aproximadamente 2 vezes. Guimarães, Santos, Freitas



e Araújo (2008) encontraram em seu estudo que o tratamento mais comum entre usuários de crack foi a internação para desintoxicação, o que corrobora com os achados ora observados.

Diversos estudos indicam que, tanto o número de usuários, quanto o número de internações pelo uso da droga, são maiores entre os indivíduos do sexo masculino (Terra et al., 2003; Borini et al., 2003; Ferreira Filho et al., 2003; Orsi & Oliveira, 2006; Rodrigues et al., 2006; Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias & Laranjeira, 2006; Santis et al., 2006; Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b; Bastos et al., 2008; Silva, Kolling, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2009; Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010). Altos índices de internação e de procura por tratamentos foram encontrados em outras pesquisas (Ferri, Laranjeira, Silveira, Dunn & Formigoni, 1997; Ferreira Filho et al., 2003; Terra et al., 2003). Em decorrência da alta procura, os custos do tratamento de dependentes químicos oneram o sistema de saúde, e a rede pública não possui capacidade de absorver toda a demanda (Kessler & Pechansky, 2008). Talvez por esta incapacidade atual do sistema de saúde de dar conta de atender às necessidades deste público, tenha havido um decréscimo na qualidade e efetividade dos tratamentos, uma vez que são necessárias tantas re-internações. Ainda deve-se questionar o porquê dos homens terem mais acesso ao tratamento do que as mulheres, visto que a percentagem de mulheres usuárias de crack é bem maior que a percentagem das mulheres que possuem acesso a tratamento.

Outro dado que chama a atenção é que o tempo médio de consumo de crack observado nesta amostra foi de 5,83 anos, o que também está de acordo com alguns estudos (Borini et al., 2003; Ferreira Filho et al., 2003; Cunha et al., 2004). É importante ressaltar que as taxas de mortalidade em usuários de crack são altas. Entretanto, contrariando o senso comum, os consumidores têm-se mantido vivos por longos períodos, o que leva ao aumento da expectativa de vida dos usuários de crack. Atualmente os usuários utilizam o crack ao longo de anos – chegando a ser observado recentemente uma média de 11,5 anos no estudo de

Ribeiro et al. (2010) – e morrem mais por causas externas como envolvimento com o tráfico, disputa de pontos de venda, brigas com a polícia e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do que pelos danos ocasionados diretamente pelos efeitos da droga no organismo (Kessler & Pechansky, 2008; Ribeiro et al., 2010).

Com relação à frequência de uso, mais da metade (53,6%) dos entrevistados faziam uso diário de crack, enquanto a intensidade de uso de crack em um dia típico era de 3,08 pedras nos participantes deste estudo. Ferreira Filho et al. (2003), em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, apontaram que dos que utilizavam crack, 69,6% usavam a droga diariamente. Confirmando esses dados, o estudo de Guimarães et al. (2008), também realizado em Porto Alegre com usuários de crack internados, revelou que o uso diário da droga foi descrito por 70% dos participantes e a quantidade de pedras utilizadas em um dia típico era de 11,57 pedras. Nota-se, portanto, que tanto a frequência como a intensidade de uso encontrada em nosso estudo é menor que a encontrada em outros estudos. O estudo de Guimarães et al. (2008), apesar de ter sido realizado na mesma cidade que o nosso estudo apresenta diferenças em relação a origem dos entrevistados, os quais eram predominantemente oriundos da região metropolitana de Porto Alegre, abarcando pacientes de diferentes cidades do litoral e outras localidades, enquanto que o nosso estudo avaliou usuários de crack oriundos predominantemente da cidade de Porto Alegre, abarcando também pacientes oriundos da região metropolitana. Tal diferença na origem dos entrevistados pode ter contribuído para a diferença encontrada entre os dois estudos quanto a intensidade de uso da droga. Outro aspecto que merece ser levado em consideração é que os participantes do estudo de Guimarães et al. (2008) eram em número bem inferior (n=30) ao número de participantes avaliados em nosso estudo (n=84). Além disso, o estudo supracitado foi realizado em um único local de internação, o qual é pertencente ao sistema público de saúde e atende pacientes predominantemente de classes econômicas baixas, enquanto que a nossa

amostra contemplou também pacientes da rede privada e de classes econômicas mais altas.

No último ano, juntamente com o crack, os usuários desta pesquisa fizeram uso de outras drogas, sendo que as mais utilizadas foram, em ordem decrescente: Tabaco (90,5%), Álcool (69%), Maconha (64,3%) e Cocaína (54,8%). Diversos estudos sobre usuários de crack indicam o uso concomitante com outras drogas (Nicastri et al., 2000; Borini et al., 2003; Galduróz, Noto, Nappo & Carlini, 2005; Silva et al., 2006; Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b; Bastos et al., 2008; Guimarães et al., 2008; Castro et al., 2010; Ribeiro et al., 2010). Tais estudos referem que existem algumas hipóteses para esse uso associado de crack com outras drogas, como: a possibilidade de reduzir, através do uso de outra droga, a intensidade dos efeitos negativos da crack ou ainda intensificar seus efeitos positivos; ou a possibilidade de o usuário retornar às suas atividades rotineiras, pela diminuição da fissura e dos efeitos ansiogênicos, através do uso de outra droga (Borini et al., 2003; Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b; Ribeiro et al., 2010).

O funcionamento adaptativo dos entrevistados com relação às amizades, família, e trabalho estava prejudicado na maioria expressiva dos usuários de crack. Estes achados vão de acordo com a literatura, a qual sugere que o uso de crack pode ocasionar isolamento e ruptura de relações sociais e profissionais e o abandono de atividades (Rodrigues et al., 2006; Carlini, Noto, Galduróz & Nappo, 1996).

Os entrevistados apresentaram altos índices de problemas clinicamente significativos na subescala de Depressão e nos Problemas Internalizantes, o que é corroborado por outros estudos (Terra et al., 2003; Falck et al., 2004; Orsi & Oliveira, 2006; Guimarães et al., 2008; Silva et al., 2009; Scheffer et al., 2010). Ao mesmo tempo, a mesma prevalência de Problemas Internalizantes foi encontrada na avaliação dos Problemas Externalizantes. Os Problemas Externalizantes são aqueles que podem ser diretamente observados sendo que, dentro destes, a subescala com problemas clinicamente significativos mais prevalente foi a de Comportamento

de Quebra de Regras. Esses comportamentos de quebrar regras encaixam-se nos comportamentos frequentemente observados em usuários de crack, como ameaças, discussões, assaltos, homicídios e envolvimento com tráfico de drogas, comportamentos esses relacionados à agressividade e criminalidade que, conforme diversos estudos (Ferreira Filho et al., 2003; Ribeiro et al., 2006; Guimarães et al., 2008; Dualibi et al., 2008; Formiga, Santos, Dumcke & Araújo, 2009; Scheffer et al., 2010), são muito presentes nos usuários de drogas.

Outro achado deste estudo que é digno de nota é a alta prevalência de usuários de crack com problemas clinicamente significativos na subescala que avalia problemas relacionados à Personalidade Antisocial. Ressalta-se que o ASR, instrumento utilizado neste estudo, não é uma escala diagnóstica, este apenas fornece indicativos de algum transtorno específico, o qual deve ser melhor investigado posteriormente. Ou seja, os nossos dados apenas podem dizer que os usuários de crack apresentam comportamentos que podem ser caracterizados como comportamentos antisociais e não que estes participantes apresentem necessariamente o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antisocial. Dito isso, é digno de nota que o estudo de Falck, Wang, Siegal e Carlson (2004), que avaliou usuários de crack que não estavam em tratamento, encontrou que 24% dos usuários tinham Transtorno de Personalidade Antissocial. Semelhantemente, usuários de crack internados, avaliados no estudo de Silva, Kolling, Carvalho, Cunha & Kristensen (2009), encontrou que 13,3% dos avaliados possuíam o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Antissocial (13,3%).

Neste estudo, a maioria dos entrevistados apresentou desempenho preservado na maioria dos subtestes do *Screening Cognitivo do WAIS-III*. Déficits cognitivos foram observados em algum grau em todos os subtestes, no entanto, os piores desempenhos foram observados no subteste Vocabulário (22,6%, n=19, com classificação Inferior). O subteste Vocabulário avalia a inteligência verbal, conhecimento semântico, estimulação do ambiente, desenvolvimento da linguagem expressiva e antecedentes educacionais. É importante ressaltar

que, entre os grupos clínicos, escores baixos podem denotar imotivação e hipoatividade – baixa responsividade aos estímulos (Cunha, 2000), características essas típicas de um quadro depressivo. Neste estudo, os usuários de crack obtiveram alta prevalência de problemas de Depressão clinicamente significativos. Ou seja, o pior desempenho no subteste Vocabulário pode ter-se dado em virtude da presença de sintomas depressivos clinicamente significativos. Confirmando os achados deste trabalho, Stocker (1998) aponta que usuários de crack apresentam um déficit significativo nas funções cognitivas de aprendizagem e formação de conceitos, problemas esses que podem ter uma duração a longo prazo ou até mesmo serem permanentes.

### **Conclusão**

Os usuários de crack desta amostra eram predominantemente do sexo masculino, com tempo médio de 5,83 anos utilização de crack. A intensidade e tempo de uso de crack foi menor que a encontrada em outros estudos. Aproximadamente metade da amostra era pertencente a classes econômicas mais altas e a outra metade a classes econômicas mais baixas. A maioria dos participantes já havia feito tratamentos prévios para o uso de drogas. Problemas depressivos, de comportamentos internalizantes, externalizantes e adaptativos foram os mais prevalentes. Os usuários de crack desta amostra tiveram um pior desempenho do subteste Vocabulário, o qual avalia inteligência verbal, conhecimento semântico, estimulação do ambiente, desenvolvimento da linguagem expressiva e antecedentes educacionais.

Dentre as limitações do estudo, citam-se os desafios encontrados na coleta de dados de pesquisa com usuários de crack, como o alto investimento necessário em: treinamentos da equipe de pesquisa; transporte até os locais de coleta e tempo gasto com o deslocamento;

recursos humanos com disponibilidade de horários e motivação para trabalhar muitas vezes de forma voluntária; dentre outros.

O alto índice de associação do crack com outras drogas, o aumento do uso de crack e o grande número de internações hospitalares pelo uso de substâncias indicam o grave problema que o uso desta substância acarreta para a sociedade. Além disso, sabe-se que os usuários de drogas tornam-se pessoas com muitas dificuldades nos aspectos sociais, comportamentais e cognitivos, com altas taxas de desemprego, envolvimento com a criminalidade e doenças. Dessa forma, compreender as características desses usuários, seu padrão de consumo, déficits cognitivos e dificuldades no funcionamento adaptativo e psicopatológico, auxilia no desenvolvimento de estratégias de intervenção, assim como pode auxiliar na conscientização acerca da importância de se investir mais em prevenção para o uso de crack.

Assim, ressalta-se a importância de que novos estudos sejam realizados na área, tanto no Brasil, como no exterior, uma vez que não existe uma compreensão suficiente por parte da literatura científica acerca da complexidade dos aspectos relacionados ao usuário de crack. Especificamente, sugere-se a realização de estudos que avaliem pessoas desde a infância até a idade adulta, em diferentes regiões, analisando a existência de fatores preditivos para o envolvimento com o uso de crack, cujos resultados seriam de extrema relevância para a elaboração de estratégias de prevenção, promoção e tratamento na área.

## Referências

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Vermont: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.

American Psychiatry Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [ANEP] (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 01 de dezembro, 2010, de [www.anep.org.br](http://www.anep.org.br)

Bastos, F., Bertoni, N., Hacker, M. & Grupo de estudos em População, Sexualidade e Aids (2008). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 109-117.

Borini, P., Guimarães, R. & Borini, S. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 171-179.

Carlini, E. A., Noto, A. R., Galduróz, J. C. F & Nappo, A. S. (1996). Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(4), 227-236.

Castro, M., Pedroso, R. & Araújo, R. (2010). Dependentes de *crack* com sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade consomem mais substâncias psicoativas. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 30(2), 118-124.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID] (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: CEBRID, UNIFESP.

Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, P. J., Nicastri, S., Gomes, L.P., Moino, R.M. & Peluso, M.A. (2004) Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/*crack* internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 103-106.

Dualibbi, L., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557.

Falck, R., Wang, J., Siegal, H. & Carlson, R. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of *crack* cocaine users: an exploratory study with practical implications. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(7), 503-507.

Ferri, C., Laranjeira, R., Silveira, D., Dunn, J. & Formigoni, M. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista Associação Médica Brasileira*, 43(1), 25-28.

Ferreira Filho, O., Turchi, M., Laranjeira, R & Castelo, A. (2003) Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública* 37(6), 751-759.

Formiga, L., Santos, R., Dumcke, T. & Araújo, R. (2009). Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 29(2), 120-126.

Galduróz, J. C., Noto, A.R., Nappo, S. & Carlini, E. (2005). Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 888-895.

Guimarães, C., Santos, D., Freitas, R. & Araújo, R. (2008). Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 20(2), 101-108.

Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão Psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98.

Kolling, N. M, Silva, C. R., Carvalho, J., Cunha, S. M. & Kristensen, C. H. (2007) Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação psicológica*, 6(2), 127-137.

Martinez-Mantilla, J., Amaya-Naranjo, W., Campillo, H., Rueda-Jaimes, G., Campo-Arias, A. & Diaz-Martínez, L. (2007). Consumo de Sustancias Psicoativas em Adolescentes, Bucaramanga, Colômbia, 1996-2004. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 215-229.

Ministério da Saúde (2010). *Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS*. Recuperado em 30 de dezembro, 2010, de [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../plano\\_tratamento\\_alcool.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../plano_tratamento_alcool.pdf)

Nicastri, S., Buchpiguel, C. & Andrade, A. (2000). Anormalidades de fluxo sanguíneo



cerebral em indivíduos dependentes de cocaína. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 42-50.

Oliveira, L. & Nappo, S. (2008a). Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664-671.

Oliveira, L. & Nappo, S. (2008b). *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6), 212-218.

Orsi, M. & Oliveira, M. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 3-12.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A.C. & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among *crack* cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 196-202.

Ribeiro, L., Sanchez, Z. & Nappo, S. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 210-218.

Rodrigues, V., Caminha, R & Horta, R. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de *crack*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 67-72.

Sanchez, Z. & Nappo, S. (2002). Seqüência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 420-430.

Santis, R., Hayden, V., Ruiz, S., Anselmo, E., Torres, R. & Hidalgo, C. (2006). Patrones de consumo de sustancias de una muestra no consultante de consumidores de pasta base de cocaína. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 44(1), 15-22.

Scheffer, M., Pasa, G. & Almeida, R. (2010). Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533-541.

Silva, C., Kolling, N., Carvalho, J., Cunha, S. & Kristensen, C. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/*crack* e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 30, 101-112.

Silva, E., Pavani, R., Moraes, M. & Neto, F. (2006). Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(3), 1151-1158.

Silveira, D. X. & Jorge, M. R. (1999) Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3), 145-151.

Silveira, D., Fernandes, M., Barbieri, A., Labigalini, E. & Silveira, E. (2001). Fatores associados a perfusão cerebral anormal em dependentes de cocaína. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 9-14.

Stocker, S. (1998). Cocaine abuse may lead to strokes and mental deficits. *NIDA notes*, 13(3), 175-192.

Terra, M., Figueira, I. & Athayde, L. (2003). Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3), 436-443.

Wechsler, D. (1999). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. et al. (2006) Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de co-morbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142-148.

### SEÇÃO 3

#### Transtornos Psiquiátricos e Problemas de Comportamento em Usuários de Crack

**Introdução:** O presente estudo visa investigar os transtornos psiquiátricos e as dificuldades no funcionamento adaptativo, clinicamente significativos, de maior prevalência em usuários de crack; verificar se há associação entre os transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento em usuários de crack; e verificar se há associação entre comorbidades psiquiátricas e uso de drogas em usuários de crack. **Método:** Trata-se de um estudo com delineamento transversal quantitativo, no qual foram feitas análises descritivas e de associação entre variáveis. **Instrumentos:** Entrevista Estruturada, ASR (*Adult Self-Report*) e Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo-I do DSM-IV-TR (SCID-I/P). **Participantes:** 21 usuários crack, internados para o tratamento de dependência química, entre 18 e 49 anos, com média de idade de 29,29 anos (DP = 8,51). Para análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva e inferencial (Teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5%). **Resultados:** Do total da amostra, 90,5% (19) eram do sexo masculino, 61,9% eram solteiros e 38,1% casados ou com companheiro. Em relação ao poder aquisitivo, 23,8% pertenciam à classe A; 52,4%, à classe B; e 23,8%, à classe C. Segundo os resultados da SCID, os sintomas mais frequentes encontrados foram, respectivamente: Transtorno Psicótico Induzido por Substância (71,4%), Sintomas de Humor Induzidos por Substâncias (61,9%), Transtorno por Abuso de Álcool (52,4%) e Episódio Depressivo Maior no Passado (38,1%). De acordo com o ASR, as maiores prevalências foram respectivamente: Amizades (95%), Família (90,5%), Média Adaptativa (85,7%), Comportamento de Quebrar Regras (81%), Problemas Externalizantes (76,2%), Problemas Internalizantes (71,4%), Escala Orientada pelo DSM de Transtorno de Personalidade Antissocial (57,1%) e Depressão (52,4%). Houve associação positiva entre: Abuso e Dependência de Crack e Problemas Internalizantes ( $p = 0,048$ ); Transtorno de Humor Bipolar Tipo II e Problemas Externalizantes ( $p = 0,008$ ); Transtorno do Pânico com Agorafobia e Problemas Externalizantes ( $p = 0,048$ ); Hipocondria e Problemas Externalizantes ( $p = 0,048$ ); Transtorno de Humor Bipolar Tipo I e uso de Álcool ( $p = 0,004$ ); Transtorno de Humor Bipolar Tipo I e Uso de Drogas ( $p = 0,029$ ). **Conclusão:** Os usuários de crack desta amostra apresentaram prevalências altas de transtorno psicótico e sintomas de humor induzidos por substância, transtorno por uso de álcool, depressão, problemas nas amizades, família e na média adaptativa de forma geral e problemas de comportamento, tanto internalizantes, como externalizantes.

**Palavras-chave:** Cocaína Crack, Comportamento Aditivo, Transtornos Relacionados ao Uso de Cocaína, Usuários de Drogas.

## Introdução

No Brasil, houve um aumento do uso de crack na vida, e, dentre todas as drogas pesquisadas, a maconha, os opiáceos e o crack foram as drogas que apresentaram maior crescimento no consumo. O uso de crack é considerado um grave problema de saúde pública em nosso país. A partir dos anos 90, os usuários de crack passaram a ser o grupo de dependentes químicos que mais procura tratamento (Dunn, Laranjeira, Silveira, Formigoni & Ferri, 1997; Carlini & Galduróz, 2005; Almeida, Oliveira & Pinho, 2010).

Após a virada do milênio, relatos sobre o uso do crack e suas consequências no Brasil foram produzidos em maior escala. Uma das possíveis razões é o fato de o preço desta droga no país ser, aproximadamente, dez vezes menor do que nos países do Hemisfério Norte, levando muitos ex-usuários de cocaína injetável a substituírem essa forma de uso pelo crack (Kessler & Pechansky, 2008).

É crescente o conhecimento acerca dos prejuízos que o crack traz para a vida dos usuários, seus familiares e para a sociedade em geral. Os usuários de crack apresentam: maiores alterações de equilíbrio, alucinações auditivas, hiperacusia (Nigri, Samanelli & Schochat, 2009); complicações pulmonares (Haim, Lippmann, Goldberg & Walkenstein, 1995), problemas sociais, risco de infecção pelo HIV (Malta, Monteiro, Lima, Bauken, Marco & Zuim, 2008); atraso na vida escolar, desemprego (Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008); problemas com a justiça (Azevedo, Botega & Guimarães, 2007); irresponsabilidade, mentiras, agressividade, diminuição do apetite sexual, precariedade no autocuidado, tonturas, desmaios, dores de cabeça, derrames, convulsões (Laranjeira, Jungerman & Dunn, 2003); déficit na memória, atenção, concentração, habilidades visuoespaciais e na formação de conceitos (Andrade, Santos & Bueno, 2004; Stocker, 1998); quando comparados com a população geral.

Além disso, os índices de mortalidade entre usuários de crack são preocupantes. Um

estudo de seguimento realizado com 131 usuários de crack, os quais foram acompanhados por um período de cinco anos, observou que, dos 124 pacientes localizados, um percentual de 17,6% havia morrido ao final do quinto ano, sendo os homicídios e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), as causas mais observadas (Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias & Laranjeira, 2006).

Entre os dependentes químicos é comum haver uso de mais de uma substância, doenças clínicas e/ou transtornos mentais envolvidos (DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008). Os Transtornos por Uso de Substâncias são as comorbidades mais frequentes entre as pessoas portadoras de transtornos mentais (Watkins, Lewellen & Barret, 2001; Zaleski, Laranjeira, Marques, Ratto, Romano, Alves et al., 2006). Uma comorbidade pode alterar a sintomatologia apresentada pelo dependente químico, dificultando o diagnóstico, tratamento e prognóstico de ambos os transtornos (Alves, Kessler & Ratto, 2004). Isso tem sido amplamente reconhecido, na última década, pela clínica psiquiátrica (Zaleski et al., 2006). Deve-se ressaltar que pacientes com comorbidades psiquiátricas apresentam maiores índices de situação de rua, agressividade, problemas com a justiça, recaídas, taxas de suicídio, gastos com tratamento e maior utilização de serviços de saúde (Alves et al., 2004). É importante ressaltar que os custos com o tratamento de dependentes químicos oneram o sistema público de saúde, pois os custos com tratamentos, perda de produtividade e acidentes decorrentes do uso de drogas equivalem a cerca de 48 bilhões de dólares por ano (Arnt, 2001).

Frequentemente dependentes químicos com comorbidades psiquiátricas deixam de ser submetidos a avaliações diagnósticas, o que dificulta o próprio tratamento, uma vez que abordagens terapêuticas propostas para pacientes sem comorbidades mostram-se ineficazes nos pacientes com comorbidades (Ratto & Cordeiro, 2004). Entretanto, a detecção das comorbidades dos pacientes, quando realizada precocemente, contribui para a queda dos índices de recaída desta população e para uma maior eficácia do tratamento terapêutico

(Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke & John, 2005).

Embora haja indícios de que a associação entre abuso e dependência de drogas e transtornos mentais seja um problema relevante e, apesar de ter havido um crescimento de pesquisas acerca da temática, os estudos no Brasil que investigaram esta questão ainda são poucos (Zaleski et al., 2006). Assim, uma avaliação criteriosa, que aponte, de maneira fidedigna, os transtornos psiquiátricos presentes nos usuários de substâncias psicoativas ilícitas torna-se fundamental (Carey, Purnine, Maisto & Carey, 2002; Watkins et al., 2001) para que sejam criados programas de tratamento e prevenção adequados às características do seu público-alvo.

Este estudo visa contribuir com o conhecimento necessário para a criação de programas de tratamento e prevenção de uso de crack que levem em consideração as características específicas deste público. Assim, o objetivo do presente estudo é investigar os transtornos psiquiátricos e dificuldades no funcionamento adaptativo, em nível clínico, de maior prevalência em usuários de crack; e verificar se há associação entre transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento em usuários de crack.

## **Método**

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo com delineamento transversal quantitativo, no qual foram feitas análises descritivas e de associação entre variáveis em uma amostra clínica de pacientes.

### *Amostra*

A amostra foi composta por 21 pacientes usuários de crack internados, em dois diferentes locais, especializados para tratamento de dependência química, da cidade de Porto Alegre, e entre o 7º e 15º dia de abstinência de drogas. Foram incluídos no estudo participantes adultos, entre 18 e 59 anos. Quanto à escolaridade, foi exigido um mínimo de cinco anos completos de ensino formal para participação no estudo, com o intuito de minimizar possibilidades de incompreensão acerca das questões abordadas nos instrumentos.

### *Instrumentos*

- *Entrevista semiestruturada*: Questionário semiestruturado para coleta de dados sociodemográficos pertinentes à pesquisa com o objetivo de investigar a história de consumo de substâncias psicoativas e a história clínica e atual pregressa. Nela foram incluídos, com o objetivo de estabelecer a classificação econômica dos participantes, os Critérios de Classificação Econômica Brasil – CCEB (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [ANEP], 2008), cujo questionário, após aplicação, dá uma pontuação, segundo a qual o participante é classificado em uma das seguintes classes, na ordem de maior a menor poder aquisitivo: A1, A2, B1, B2, C, D e E.
- *Adult Self-Report – ASR* (Achenbach & Rescorla, 2003): Esse questionário é autoaplicável, para a faixa etária de 18 a 59 anos, e aborda diferentes aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico de adultos. O ASR permite agrupar os resultados em dois âmbitos: 1) Funcionamento Adaptativo e 2) Problemas de Comportamento, estes últimos retratando problemas em escalas internalizantes e

externalizantes. A escala de internalização subdivide-se em Retraimento, Queixas Somáticas e Ansiedade/Depressão; e a escala de externalização, em Comportamento Agressivo, Quebra de Regras e Problemas Intrusivos. Há ainda as subescalas de Problemas com o Pensamento e Problemas de Atenção. A soma dos escores obtidos em todas as subescalas comportamentais leva ao distúrbio total de problemas de comportamento. Os resultados ponderados no ASR permitem classificar os sujeitos em escalas como: normal, limítrofe e clínica. Os resultados fornecem, também, escalas orientadas pelo DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª versão revisada*) classificando os casos clínicos em: Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas de Personalidade Evitativa, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Problemas de Personalidade Antissocial. O levantamento deste *checklist* é realizado pelo *software* ADM (*Assessment Data Manager*), que acompanha o questionário. O ASR ainda está em processo de validação psicométrica para a população brasileira e, por esta razão, foram usados os escores normatizados para a população norte-americana.

- *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo-I do DSM-IV (SCID-I/P – First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996)*: É considerada uma entrevista-padrão, sendo amplamente utilizada em pesquisa psiquiátrica, para a verificação dos transtornos do Eixo I, segundo os critérios do DSM-IV-TR. Neste estudo foi utilizada a tradução brasileira do instrumento (Versiani, 1996).

### *Aspectos Éticos*

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da



PUCRS (sob Ofício nº 09/04943). Foi fornecido a todos os sujeitos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram explicitados os objetivos do estudo, sendo que a assinatura do termo foi condição para que o participante fosse incluído na amostra. Os participantes foram informados a respeito da natureza e dos propósitos da pesquisa, além da responsabilidade da equipe de pesquisa quanto ao sigilo dos dados coletados.

#### *Procedimentos para coleta de dados*

Após apresentação e aprovação do projeto nos locais de coleta, iniciaram-se as aplicações do protocolo de pesquisa, as quais foram feitas de forma individual, por integrantes da equipe de pesquisa, devidamente treinados, para maior precisão dos dados obtidos.

#### *Análise dos dados*

Para análise dos dados do ASR, foi utilizado o *software* ADM (*Assessment Data Manager*), versão 7.0, desenvolvido pelo próprio autor do instrumento, o psiquiatra norte-americano Thomas Achenbach. O *software* fornece as pontuações obtidas por cada participante em cada subescala, classificando essas pontuações na faixa normal, limítrofe ou clínica, para cada área avaliada (Achenbach & Rescorla, 2003). Após, os dados fornecidos pelo ADM foram computados no *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0, juntamente com o restante dos dados obtidos no protocolo de pesquisa.

Os participantes classificados na faixa limítrofe ou clínica em alguma subescala do ASR necessitam de auxílio profissional para lidar com a respectiva área em questão (Achenbach & Rescorla, 2003). Assim, neste estudo, optou-se por juntar os sujeitos classificados na faixa limítrofe com os sujeitos classificados na faixa clínica, dentro de cada subescala, uma vez que ambas as classificações merecem atenção dos profissionais de saúde

mental.

Na análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva (porcentagens, médias, desvio-padrão) para caracterização amostral e verificação de prevalências objetivadas no estudo e estatística inferencial (Teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5%), para estudo de associação entre variáveis.

## Resultados

A média de idade da amostra foi de 29,29 anos (DP = 8,51; Mín. = 18 e Máx. = 49). A média de anos completos de estudo formal foi de 11,9 anos (DP = 3,34; Mín. = 5 e Máx. = 18). Os demais dados podem ser observados na Tabela 1.

**Tabela 1:** Características socioeconômicas da amostra

	(n=21)	%
Sexo		
Masculino	19	90,5
Feminino	2	9,5
Estado Civil		
Solteiro	13	61,9
Casado/Companheiro	8	38,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental	2	9,5
Ensino Médio	10	47,6
Ensino Superior	9	42,8
Classificação Econômica		
A	5	23,8
B	11	52,4
C	5	23,8

Todos os participantes eram usuários de crack. Quanto ao tempo médio de abstinência de substâncias psicoativas ilícitas, a média foi de 9,86 dias (DP = 2,33; Mín. = 7 e Máx. = 15).

Segundo os resultados da SCID, as maiores prevalências encontradas foram,

respectivamente: Transtorno Psicótico Induzido por Substância (71,4%), Sintomas de Humor Induzidos por Substâncias (61,9%), Transtorno por Abuso de Álcool (52,4%) e Episódio Depressivo Maior no Passado (38,1%).

Os aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico, clinicamente significativos, de maior prevalência, segundo os resultados do ASR, podem ser analisados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Prevalência de aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico, clinicamente significativos, em usuários de crack

Aspecto do funcionamento adaptativo ou psicopatológico avaliado (n=21)	Prevalência de problemas clinicamente significativos
Amizades	95,0%
Família	90,5%
Média Adaptativa	85,7%
Comportamento de Quebrar Regras	81,0%
Problemas Externalizantes	76,2%
Problemas Internalizantes	71,4%
Escala Orientada pelo DSM de Transtorno de Personalidade Antissocial	57,1%
Depressão	52,4%

Segundo o Teste Exato de Fisher, houve associação positiva entre transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento em usuários de crack, assim como entre transtornos psiquiátricos e uso de drogas. Os achados podem ser analisados pormenorizadamente na Tabela 3.

**Tabela 3.** Associação entre transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento em

usuários de crack

<b>Transtornos Psiquiátricos SCID</b>	<b>Tipo de Problema</b>	<b>Valor de p</b>
Abuso e Dependência de Crack	Problemas Internalizantes	p = 0,048*
Transtorno de Humor Bipolar Tipo II	Problemas Externalizantes	p = 0,008**
Transtorno do Pânico com Agorafobia	Problemas Externalizantes	p = 0,048*
Hipocondria	Problemas Externalizantes	p = 0,048*

\*\* p<0,01

\* p<0,05

### Discussão

Neste estudo, a média de idade da amostra foi de 29,29 anos, semelhante à média de idade encontrada em outro estudo, realizado com dependentes de crack, que identificou uma média de idade de 29 anos (Silva, Kolling, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2009). Ressalta-se que os participantes do estudo estão na faixa etária de adulto jovem e, se tiverem um tratamento adequado, que esteja baseado em um diagnóstico preciso, podem ter melhoria na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais (Silva et al., 2009). Em nosso estudo, os participantes classificados nas faixas B e C, somados, constituem 76,2% da amostra total. Semelhantemente, um estudo realizado com usuários de drogas relatou que 73,2% da amostra pertenciam às classes B e C (Tavares, Beria & Lima, 2004).

A respeito dos problemas mais prevalentes encontrados no ASR, com relação ao funcionamento adaptativo, houve uma alta prevalência de problemas significativos com a família (90,5%), amigos (95%) e na média adaptativa como um todo (85,7%), a qual também avalia a adaptação ao casamento, trabalho e estudo. Este resultado era esperado, uma vez que a literatura aponta que, entre os fatores ligados ao uso de substâncias, está o fato de se ter uma família socialmente isolada, o estresse causado por divórcio, separação, novos

casamentos, morte de um dos pais ou desemprego no lar e ainda a influência do grupo de iguais (Silber & Souza, 1998). Brusamarello, Sureki, Borrile, Roehrs e Maftum (2008) salientam que os dependentes químicos não sofrem sozinhos as consequências do uso de drogas, essas são compartilhadas também pelos amigos, família, vizinhos e sociedade em geral, os quais são afetados direta ou indiretamente.

Houve alta prevalência de Problemas Externalizantes (76,2%), Comportamento de Quebra de Regras (81%) e de Transtorno de Personalidade Antissocial (57,1%) nesta amostra. Os problemas externalizantes são padrões de comportamentos que se dão de forma manifesta e desajustada, tais como a agressividade, comportamentos que infringem regras e agitação psicomotora (Achenbach & Rescorla, 2003). Um estudo encontrou que usuários de crack apresentam 57,4% mais chances de serem detidos, quando comparados à população geral (Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003), o que está relacionado com problemas externalizantes. Corroborando a mútua existência de crack e problemas externalizantes, outra pesquisa encontrou associação significativa entre uso de crack e Transtorno de Personalidade Antissocial (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, Brugal & Itinere Investigators, 2008). A pesquisa realizada por Armstrong & Costello (2002), com jovens usuários de drogas, revelou que aproximadamente 60% dos participantes apresentavam alguma comorbidade, estando o Transtorno de Conduta e o Transtorno Desafiador Opositivo entre os mais comuns. Silva et al. (2009) encontraram, em sua amostra de dependentes de crack, uma prevalência de 13,3% de Transtorno de Personalidade Antissocial.

Além disso, problemas internalizantes significativos foram encontrados em 71,4% da amostra. Os problemas internalizantes, avaliados pelo ASR, referem-se a padrões de comportamentos que se dão de forma privada e desajustada, configurando-se em problemas emocionais, tais como tristeza, ansiedade e isolamento (Achenbach & Rescorla, 2003). Ratto

e Cordeiro (2004) afirmam que os Transtornos Ansiosos geralmente são associados aos transtornos por uso de substâncias. É provável que haja um ou mais transtornos mentais entre usuários de álcool e crack, a depressão e a ansiedade sendo os mais prevalentes (Watkins, Hunter, Wenzel, Tu, Paddock, Griffin et al., 2004).

A depressão estava presente, de forma clinicamente significativa, em 52,4% dos participantes. O estudo de Guimarães, Santos, Freitas e Araújo (2008), igualmente realizado com usuários de crack, corrobora este achado pois nele constatou-se que 50% dos participantes apresentaram sintomas depressivos, com intensidade moderada a grave).

Segundo os resultados da SCID, o diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância foi encontrado em 71,4% da presente amostra e está dentre as complicações psiquiátricas mais frequentes em usuários de crack, de acordo com Leite, Ramadan e Alves (1999).

Os Sintomas de Humor Induzido por Substâncias foram identificados em 61,9% dos participantes. Paralelamente a isso, em um estudo feito com usuários de crack e álcool internados, 77,4% da amostra preencheram critérios diagnósticos para, ao menos, um transtorno de humor, estando o Transtorno de Humor induzido por substância entre os mais prevalentes (Silva et al., 2009).

O Transtorno por Abuso de Álcool foi encontrado em mais da metade (52,4%) dos usuários de crack deste estudo. Tal dado é corroborado pela pesquisa de Parry, Plüddermann e Myers (2007), feita com usuários de cocaína, a qual identificou que o uso primário ou secundário de outras substâncias psicoativas é prevalente nesta população, sendo que dentre as ditas substâncias há um destaque para o uso de álcool.

Segundo os resultados do estudo de associação entre os transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento, foi encontrada associação significativa entre Transtorno de Humor Bipolar (THB) Tipo II e Problemas Externalizantes. Este achado está de acordo com a

literatura que traz que o THB está associado com altas taxas de suicídios, promiscuidade sexual e problemas legais (Pavuluri, Naylor & Janicak, 2002), os quais são considerados comportamentos externalizantes. Problemas de comportamento externalizantes foram associados com Transtorno do Pânico com Agorafobia em usuários de crack. Corroborando com este achado, Pinto, Antolini e Rodrigues (2008), afirmam que os portadores de Transtorno do Pânico, em geral, apresentam padrões de conduta de evitação fóbica, assumem uma carga excessiva de responsabilidades e afazeres, não lidam bem com imprevistos e apresentam desadaptação ao mundo exterior. Tais comportamentos podem ser caracterizados como comportamentos externalizantes, o que poderia ser uma possível explicação para esta associação. Além disso, os problemas externalizantes também foram associados positivamente com Hipocondria em usuários de crack, o que era esperado, tendo em vista que atitudes hipocondríacas, como a procura frequente a serviços de emergência e grau exacerbado de exigência e insatisfação com o atendimento médico (Torres & Crepaldi, 2002), encaixam-se dentro do conceito de comportamentos externalizantes.

### **Conclusão**

Os transtornos psiquiátricos e dificuldades do funcionamento adaptativo de maior prevalência em usuários de crack desta amostra foram: Transtorno Psicótico induzido por Substância; Sintomas de Humor Induzidos por Substâncias; Transtorno por Abuso de Álcool; problemas com as amizades, a família e na média adaptativa de forma geral; Comportamento de Quebrar Regras; Problemas Externalizantes; Problemas Internalizantes; Escala Orientada pelo DSM de Transtorno de Personalidade Antissocial e Depressão.

No estudo de associação entre transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento, houve associação significativa entre: Abuso e Dependência de Crack e

Problemas Internalizantes; Transtorno de Humor Bipolar Tipo II e Problemas Externalizantes; Transtorno do Pânico com Agorafobia e Problemas Externalizantes; Hipocondria e Problemas Externalizantes.

É importante salientar que os resultados ora apresentados devem ser utilizados com cautela, devido ao número reduzido da amostra, o que dificulta um poder de generalização dos dados. Além disso, existe um consenso entre os pesquisadores quanto ao fato de que sintomas que são atribuídos a uma comorbidade podem ser sintomas associados ao período de intoxicação ou abstinência de substâncias (Zaleski et al., 2006). Assim, por mais que se tenha selecionado criteriosamente, como critério de inclusão para participação na pesquisa, pacientes com, no mínimo, sete dias de abstinência, a fim de evitar a existência de sintomas de desintoxicação, é possível que houvesse algum sintoma de abstinência ainda presente que tenha sido considerado na avaliação de algum transtorno específico.

Sugere-se a realização de estudos longitudinais comparativos em usuários e não usuários de crack, que investiguem fatores preditivos para o desencadeamento de transtornos psiquiátricos e dificuldades no funcionamento adaptativo em ambas as amostras, a fim de que se possa ter o conhecimento necessário para a atuação não só no tratamento e reabilitação deste público, como também na prevenção e promoção de saúde.



## Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Vermont: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Almeida, M. M., Oliveira, M. A. & Pinho, P. H. (2010). O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 77-81.
- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 51-53.
- American Psychiatry Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, V. M., Santos, F. H., & Bueno, O. F. A. (2004). *Neuropsicologia hoje*. São Paulo: Artmed.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal Consult Clinical Psychology*, 70(1), 1224-1239.
- Arnt, R. (2001, Abril, Junho). Agora as Empresas Brasileiras começam a descobrir os prejuízos causados pelo abuso de drogas entre seus funcionários. *Revista Exame*, 743, 42-56.
- Azevedo, R.C.S., Botega, N.J. & Guimarães, L.A.M. (2007). Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 26-30.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [ANEP] (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 01 de dezembro, 2010, de [www.anep.org.br](http://www.anep.org.br)
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependence subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100(1), 405-413.
- Brusamarello, T., Sureki, M. A., Borrile, D., Roehrs, H. & Maftum, M. A. (2008). Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(1).

Carey, K., Purnine, D. M., Maisto, S. A. & Carey, M. (2002). Correlates of Stages of Change for Substance Abuse Among Psychiatric Outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 283-289.

Carlini, E. A. & Galduróz, J. C. F. (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

DiClemente, C. C., Nidecker, M. & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 25-35.

Dualibbi, L., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557.

Dunn, J., Laranjeira, R., Silveira, D. X., Formigoni, M. L. O. S. & Ferri, C. P. (1997). Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo:1990-1993. *Substance Use Misuse*, 31(4), 519-527.

Ferreira Filho, O., Turchi, M., Laranjeira, R. & Castelo, A. (2003). Perfil sócio-demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública* 37(6), 751-759.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1996). *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Transtornos do Eixo I – SCID-I*. Tradução: Del Ben, C. M., Zuardi, A. W., Villela, J. A. A., Ceippa, J. A. S. New York: New York State Psychiatric Institute.

Guimarães, C., Santos, D., Freitas, R. & Araújo, R. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 20(2), 101-108.

Haim, D. Y., Lippmann, M. L., Goldberg, S. K. & Walkenstein, M. D. (1995). The pulmonary complications of crack cocaine: a comprehensive review. *CHEST*, 107(1), 233-240.

Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, M. T. & ITINERE Investigators (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103(2), 284-293.

Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão Psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98

Laranjeira, R., Jungerman, F. & Dunn, J. (2003). Drogas: maconha, cocaína e crack. São Paulo: Editora Contexto.

Leite, M. C., Ramadan, Z. B. A. & Alves, T. F. (1999). Co-morbidades entre Cocaína e outros Transtornos Psiquiátricos. In M. C., Leite, & A. G., Andrade. *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Pinto, L. F., Antolini, J. & Rodrigues, R. (2008). Panic disorders - clinical and epidemiological update and the homeopathic approach. *Brazilian Homeopathic Journal*, 10(1), 30-37.

Malta, M., Monteiro, S., Lima, R. M. J., Bauken, S., Marco, A., Zuim, G. C. (2008). HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 830-837.

Nigri, L. F., Samelli, A. G., Schochat, E. (2009). Potenciais evocados auditivos de tronco encefálico em usuários de crack e múltiplas drogas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(4), 528-533.

Parry, C. D. H., Plüddemann, A., Myers, B. J. (2007). Cocaine treatment admissions at three sentinel sites in South Africa (1997-2006): findings and implications for policy, practice and research. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(1).

Pavuluri, M. N., Naylor, M.W. & Janicak, P. G. (2002). Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry*, 1(1), 1-10.

Ratto, L., & Cordeiro, D.C. (2004). Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In S. Bordin, N. B. Figlie & R. Laranjeira (Orgs.). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A. C. & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 196-202.

Silber, T. J. & Souza, R. P. (1998). Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolescência Latinoamericana*, 3(1), 148-162.

Silva, C., Kolling, N., Carvalho, J., Cunha, S. & Kristensen, C. (2009). Comorbidade

psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 30, 101-112.

Stocker, S. (1998). Cocaine abuse may lead to strokes and mental deficits. *NIDA notes*, 13(3), 175-192.

Tavares, B. F., Beria, J. U. & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 787-796.

Torres, A. R. & Crepaldi, A. L. (2002). Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 44-151.

Versiani, M. (1996). Entrevista clínica estruturada - DSM-IV - Transtornos do Eixo I: Tradução da Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I/Patient. Rio de Janeiro: Programa de Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria.

Watkins, K. E., Hunter, S. B., Wenzel, S. L., Tu, W., Paddock, S. M., Griffin, A. et al. (2004). Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 749-764.

Watkins, T. R., Lewellen, A., & Barret, M. (2001). Dual diagnosis: An integrated approach to treatment. *Sage publications*, 4(1), 11-24.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. et al. (2006) Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de co-morbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142-148.

## CONCLUSÃO

A primeira seção desta dissertação encontrou que, entre os fatores percebidos como protetivos para o uso de crack, estão: as informações fornecidas pelos pais acerca dos prejuízos e sofrimentos associados ao uso da droga; o conhecimento pessoal acerca das consequências negativas do uso; o respeito pelos pais; o medo da morte; e a convivência em um ambiente harmônico e de cumplicidade. Os fatores percebidos como sendo de risco para o uso de crack foram: a facilidade de acesso; a convivência em um ambiente familiar desarmônico, com brigas, falta de união, de apoio e de atenção, onde há abandono, indiferença, morte ou separação dos genitores e/ou abuso no lar; histórico de consumo de drogas por parte da família; e minimização, por parte da população, acerca da gravidade do uso experimental de crack. Inúmeros dados físicos e/ou mentais e danos sociais podem ser ocasionados pelo uso de crack, muitos dos quais podem ser irreversíveis. Os usuários de crack brasileiros, buscando minimizar estes danos têm se valido de algumas estratégias, as quais foram citadas no estudo.

A segunda seção deste trabalho encontrou que os usuários de crack da amostra eram predominantemente do sexo masculino, com tempo médio de 5,83 anos utilização de crack. A intensidade e tempo de uso de crack foi menor que a encontrada em outros estudos. Aproximadamente metade da amostra era pertencente a classes econômicas mais altas e a outra metade a classes econômicas mais baixas. A maioria dos participantes já havia feito tratamentos prévios para o uso de drogas. Problemas depressivos, de comportamentos internalizantes, externalizantes e adaptativos foram os mais prevalentes. Os usuários de crack tiveram um pior desempenho do subteste Vocabulário, o qual avalia inteligência verbal, conhecimento semântico, estimulação do ambiente, desenvolvimento da linguagem expressiva e antecedentes educacionais.

A terceira seção verificou que os transtornos psiquiátricos e dificuldades do funcionamento adaptativo de maior prevalência nos usuários de crack da amostra analisada foram: Transtorno Psicótico induzido por Substância; Sintomas de Humor Induzidos por Substâncias; Transtorno por Abuso de Álcool; problemas com as amizades, a família e na média adaptativa de forma geral; Comportamento de Quebrar Regras; Problemas Externalizantes; Problemas Internalizantes; Escala Orientada pelo DSM de Transtorno de Personalidade Antissocial e Depressão. No estudo de associação entre transtornos psiquiátricos e problemas de comportamento, houve associação significativa entre: Abuso e Dependência de Crack e Problemas Internalizantes; Transtorno de Humor Bipolar Tipo II e Problemas Externalizantes; Transtorno do Pânico com Agorafobia e Problemas Externalizantes; Hipocondria e Problemas Externalizantes.

É importante salientar, dentre as limitações encontradas neste estudo, que durante a realização do projeto, observamos muitos desafios no procedimento da coleta de dados com usuários de substâncias psicoativas ilícitas. É necessário haver um alto investimento em treinamento da equipe de pesquisa responsável pela coleta dos dados; alto investimento em transporte, pois os locais especializados no tratamento de dependência química geralmente situam-se em localidades de difícil acesso; restrição de disponibilidade de horários dos locais de coleta para a realização da pesquisa, juntamente com a restrição da disponibilidade de turnos de trabalho por parte da equipe de coleta, havendo, entre ambos, um desacordo na disponibilidade de horários; pouco aproveitamento do turno disponível para coleta de dados em virtude do tempo de deslocamento; não preenchimento dos critérios de inclusão por parte dos participantes, o que restringe o número da amostra.

Apesar de todas as limitações existentes para a realização da coleta de dados com usuários de substâncias psicoativas ilícitas, é necessário que os esforços nesse sentido continuem existindo, pois existe uma grande lacuna científica a respeito do tema em nosso

país, sendo imprescindível assegurar aos adictos o direito de participar dos benefícios resultantes do progresso científico, conforme consta no artigo 27 da Declaração Universal dos Direitos Humanos ([www.onu-brasil.org.br](http://www.onu-brasil.org.br)).

Ao final deste estudo identifica-se a necessidade de que os fatores percebidos como sendo de risco ou protetivos para o uso de crack, sejam objeto de investigação científica, a fim de verificar se estes fatores estão de acordo com dados empíricos observados e estatisticamente analisados, através de estudos de associação de variáveis. Sugere-se também a realização de estudos que avaliem pessoas desde a infância até a idade adulta, em diferentes regiões, analisando a existência de fatores preditivos para o envolvimento com o uso de crack, cujos resultados seriam de extrema relevância para a elaboração de estratégias de prevenção, promoção e tratamento na área. Ressalta-se ainda que futuros estudos de comorbidades psiquiátricas em usuários de crack devem buscar a ampliação da amostra e a existência de um grupo controle de não usuários que permita a comparação entre os diferentes grupos, assim como a avaliação em participantes com maior tempo em abstinência de substâncias psicoativas ilícitas.

## REFERÊNCIAS

- Bahls, F. & Bahls, S. (2002). Cocaína: origens, passado e presente. *Interação em Psicologia*, 6(2), 177-181.
- Borini, P., Guimarães, R. & Borini, S. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 171-179.
- Carey, K., Purnine, D. M., Maisto, S. A. & Carey, M. (2002). Correlates of Stages of Change for Substance Abuse Among Psychiatric Outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 283-289.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID] (2005). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país*. Brasília: CEBRID, UNIFESP.
- Cunha, P. J., Nicastrí, S., Gomes, L.P., Moino, R.M. & Peluso, M.A. (2004) Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 103-106.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (2008): adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Retirado em 03 de novembro, 2010, de [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)
- Dualibbi, L., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-547.
- Ferreira, P. & Martini, R. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 96-99.
- Ferri, C., Laranjeira, R., Silveira, D. & Formigoni, M. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista Associação Médica Brasileira*, 43(1), 25-28.
- Guimarães, C., Santos, D., Freitas, R. & Araújo, R. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 20(2), 101-108.



Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98.

Laranjeira, R., Jungerman, F. e Dunn, J. (2003). *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Editora Contexto.

Leite, M. C. (1999) História da Cocaína. In: Leite, M.C. & Andrade, A. G. & colaboradores, *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Mattos, P., Alfano, A. & Araújo, C. (2004) Avaliação neuropsicológica. In F. Kapczinski, J. Quevedo, I. Izquierdo & colaboradores, *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed.

Nassif Filho, A., Bettega, S., Lunedo, S., Maestri, J. & Gortz, F. (1999). Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína ou *crack* em dependentes de drogas. *Revista Associação Médica Brasileira*, 45(3), 237-241.

Nicastri, S., Buchpiguel, C. & Andrade, A. (2000). Anormalidades de fluxo sanguíneo cerebral em indivíduos dependentes de cocaína. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 42-50.

Oliveira, L. & Nappo, S. (2008a). Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664-671.

Oliveira, L. & Nappo, S. (2008b). *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6), 212-218.

Romano, M., Ribeiro, M. & Marques, A. (2002). *Abuso e Dependência da Cocaína*. Projeto Diretrizes, Associação Brasileira de Psiquiatria.

Sanchez, Z & Nappo, S. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 420-430.

Silveira, D. X. & Jorge, M. R. (1999) Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3), 145-151.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. et al. (2006) Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o

diagnóstico e tratamento de co-morbididades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142-148.

**Anexo A**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-117/10

Porto Alegre, 22 de janeiro de 2010.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 09/04943 intitulado **“Características dos usuários de cocaína e crack internados em serviços especializados de Porto Alegre”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Margareth da Silva Oliveira  
Nesta Universidade

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

**Anexo B****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar das pesquisas: “Características dos usuários de cocaína/crack internados em serviços especializados de Porto Alegre” e “Processos de mudança em dependentes de substâncias psicoativas ilícitas”. Fui informado que esse estudo faz parte dos projetos de mestrado e doutorado das psicólogas Cristina Würdig Sayago e Karen Priscila Del Rio Szupszynski, respectivamente, do Grupo de Pesquisa Avaliação e atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Essa pesquisa estudará os processos pelo quais a pessoa passa durante sua mudança de comportamento. Fui devidamente informado que precisarei comparecer a encontro(s) com duração de aproximadamente 1 hora, no qual será realizado o preenchimento de questionários e testes. Foi-me assegurado:

- rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira pelo fone (51) 3320-3500 Ramal 7749 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51)3320-3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Margareth da Silva Oliveira  
Orientadora  
CRP 07/01105

---

## Anexo C

### 1. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Paciente entrevistado em: ( ) 1. Internação ( ) 2. Ambulatório ( ) 3. Outro: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Etnia: ( ) 1. Afrodescendente ( ) 2. Asiático ( ) 3. Indígena ( ) 4. Branco ( ) 5. Mulato/Pardo ( ) 6. Outro \_\_\_\_\_

Telefones: Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Recados: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ ( ) Não possui

**Escolaridade:** (1) 1º grau incompleto (2) 1º grau completo (3) 2º grau incompleto (4) 2º grau completo (5)

Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Pós Graduação.

**Anos de estudo:** \_\_\_\_\_ (SEM CONTAR REPETÊNCIAS)

**Número de repetências:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** (1) 200,00 a 500,00 (2) 501,00 a 1000,00 (3) 1001,00 a 1500,00 (4) 1501,00 a 2000,00 (5) acima de 2000,00 (6) não sabe.

**Renda em salários-mínimos:**

1- ( ) até 1 salário-mínimo 2- ( ) até 2 salários-mínimos 3- ( ) até 3 salários-mínimos 4- ( ) até 4 salários-mínimos 5- ( ) até 5 salários-mínimos 6- ( ) mais de 5 salários-mínimos 7- ( ) não sabe.

**Com quem mora:** 1- ( ) Sozinho. 2- ( ) Com pai E mãe apenas. 3- ( ) Com pai OU com mãe apenas. 4- ( ) Com pais, mãe e outros. 5- ( ) Com companheiro apenas. 6- ( ) Com mais uma pessoa. 7- ( ) Com mais duas pessoas. 8- ( ) Com mais três pessoas. 9- ( ) Com mais 4 pessoas. 10- ( ) Com 5 ou mais pessoas.

*Obs: MADRASTA e PADRASTO entram como OUTROS e não como pai e mãe*

**Estado civil:**

- (1) solteiro (5) com companheiro(a)  
 (2) casado (6) separado  
 (3) viúvo (7) outro: \_\_\_\_\_  
 (4) divorciado

**Religião:** Praticante? ( ) sim ( ) não

- (1) Não tem (5) Judaica  
 (2) Católica (6) Evangélica/Protestante  
 (3) Espírita (7) Oriental / Budismo  
 (4) Afro-brasileira (8) Outra: \_\_\_\_\_

**Tem Filhos?** ( ) sim ( ) não. Quantos? \_\_\_\_\_

**Trabalha (va) atualmente?** (antes da internação) ( ) Sim. Atividade: \_\_\_\_\_

( ) Não. Ocupação / porque não

trabalhava? \_\_\_\_\_

**Estuda (va) atualmente?** (antes da internação) ( ) Sim. ( ) Não. O que estuda? \_\_\_\_\_

**Relato de doenças:** ( ) Sim. ( ) Não. Quais? \_\_\_\_\_

**Relato de perdas significativas** (entes queridos, empregos, relacionamentos): \_\_\_\_\_

**Tempo que está neste tratamento:** \_\_\_\_\_ (dias). Tempo de abstinência atual: \_\_\_\_\_ (dias).

Você tomou medicamentos nos últimos 5 dias? ( ) Sim. ( ) Não. Quais e para que? *(De preferência olhar no prontuário do paciente, só o nome, não necessita das dosagens):*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Critério de Classificação Econômica Brasil (Sistema de Pontos)**

Posse de itens	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

**Grau de instrução do chefe da família**

Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até a 3ª série fundamental	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental Completo	2
Colegial Incompleto / Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

**Cortes do Critério Brasil**

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
(1)A1	42 – 46	0,9%
(2)A2	35 – 41	4,1%
(3)B1	29 – 34	8,9%
(4)B2	23 – 28	15,7%
(5)C1	18 – 22	20,7%
(6)C2	14 – 17	21,8%
(7)D	8 – 13	25,4%
(8)E	0 – 7	2,6%

Na sua opinião, alguém da sua família **tem ou teve** problemas associados ao uso de **drogas ou bebidas alcoólicas**?

1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não

Se a resposta for sim, indique quais familiares na sua opinião **apresentam ou apresentaram problemas** associados ao uso de **drogas, tabaco ou álcool**: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

**Pai** (1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Mãe** (1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Avós** (1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Tem irmãos? (0) não (1) sim**

**Quantos irmãos têm problemas? \_\_\_\_\_**

(1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Tios** (1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Comp.** (1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Outros - Quem? \_\_\_\_\_**

(1) sim (2) não: ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) solvente ( ) outros (ex. sedativos) ( ) tabaco

**Você já fez outro tipo de atendimento ou tratamento para o uso de DROGAS?**

(1) Internação hospitalar. ( ) sim ( ) não. Quantas vezes: \_\_\_\_\_ (contando essa internação também)

(2) Fazenda terapêutica. ( ) sim ( ) não. Quantas vezes: \_\_\_\_\_

(3) Ambulatório (posto de saúde, CAPS...). ( ) sim ( ) não. Quantas vezes: \_\_\_\_\_

(4) Serviço de emergência (pronto socorro) ( ) sim ( ) não. Quantas vezes: \_\_\_\_\_

(5) Consultório particular. ( ) sim ( ) não. Quantas vezes: \_\_\_\_\_

(6) AA ou NA. ( ) sim ( ) não. Quantas vezes: \_\_\_\_\_

(7) Psicoterapia em consultório. ( ) sim ( ) não. Quantas vezes fez terapia: \_\_\_\_\_

(8) Outros: \_\_\_\_\_. Quantas vezes: \_\_\_\_\_

**Qual a droga que o levou a buscar esse tratamento / ajuda?***Obs: MARCAR APENAS UMA.*( 1 ) crack **OU** ( 2 ) cocaína **OU** ( 3 ) Álcool **OU** ( 4 ) maconha **OU** ( 5 ) solvente **OU** ( 6 ) Outra. Qual?*Obs: Perguntar e responder sobre todas.***TABACO****T 1 – (1) Usei no último ano. (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima). (3) Nunca Usei.****T 2 – Com que idade você fumou pela 1ª vez na vida? \_\_\_\_\_ anos****T 3 – Qual a frequência do uso de tabaco no último ano?**

(1) Não fumei no último ano (2) Fumo todos os dias (3) Fumo de 5-6 dias/semana (4) Fumo de 3-4 dias/semana (5) Fumo de 1-2 dias/semana (6) Nunca usei tabaco.

**T 4 – Quantos cigarros você fuma atualmente na internação?**

(1) Atualmente não fumo (2) 01-10 cigarros por dia (3) 11-20 cigarros por dia (4) 21-30 cigarros por dia (5) 31-40 cigarros por dia (6) mais que 2 maços por dia. (7) Nunca usei tabaco.

**T 5 – Quantos cigarros você fumava antes da internação? OBS: Perguntar somente para quem está internado**

(1) Atualmente não fumo (2) 01-10 cigarros por dia (3) 11-20 cigarros por dia (4) 21-30 cigarros por dia

(5) 31-40 cigarros por dia (6) mais que 2 maços por dia (7) Nunca usei tabaco.

**T 6 - Tempo de abstinência do tabaco:**

(1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses (6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei tabaco.

**ÁLCOOL****A 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei****A 2 – Com que idade experimentou qualquer bebida alcoólica pela 1ª vez na vida? \_\_\_\_ anos****A 3 – Com que frequência bebia no último ano?**

(1) Não bebi no último ano (2) Bebi todos os dias (3) Bebi de 5-6 dias/semana (4) Bebi de 3-4 dias/semana (5) Bebi de 1-2 dias/semana (6) Bebi de 3-4 dias/mês (7) Bebi de 1-2 dias/mês (8) Bebi menos que 1 vez/mês (9) Nunca usei álcool.

**A 4 – Qual é o tipo de bebida alcoólica que você costuma usar mais?***Obs: MARCAR APENAS UMA.*

(1) cachaça (2) cerveja (3) vinho (4) champanhe (5) Whisky (6) Vodka (7) Tequila (8) Licor (9) Não usa atualmente (10) Nunca usei álcool.

**A 5 – Num dia típico em que bebia, quanto você bebia?**

(1) Até 50ml (2) Até 350ml (3) Até 750ml (4) Até 1500ml (5) Mais de 1500ml (6) Não usa atualmente (7) Nunca usei álcool.

**A 6 – Tempo de abstinência da bebida alcoólica:**

(1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses (6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei álcool.

**A 7 – Que idade você tinha quando passou a beber com regularidade? \_\_\_\_\_ anos (pelo menos 1 vez/semana)**

**SEDATIVOS** (tranqüilizantes, benzodiazepínicos) **SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA**

Ex: Diazepam®, Rivotril®, Valium®, Rohypnol®, Lexotan®, outros.

**SD 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei****SD 2 – Idade em que usou sedativos (s/ orientação médica) pela 1ª vez na vida? \_\_\_\_ anos****SD 3 – Com que frequência usava sedativos no último ano?**

(1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei sedativos sem orientação médica.

**SD 4 – Tempo de abstinência:**

(1) Não está abstinente (2) 1 dia (3) 1 semana (4) 1 mês (5) 6 meses (6) 1 ano (8) Não usa atualmente (9) nunca usou sedativos

**Num dia típico:****SD 5 -** Quantos comprimidos usava? \_\_\_\_\_**SD 6 -** Qual sedativo? \_\_\_\_\_**SD 7 -** Quantas miligramas? \_\_\_\_\_**ANFETAMINAS** (estimulantes) **SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA**

Ex: Hipofagin®, Inibex®, Dualid®, Desobesi®, Anfepramona, Ritalina...

**AN 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei****AN 2 – Idade em que usou qualquer anfetamina (s/ orientação médica) pela 1ª vez? \_\_\_\_ anos****AN 3 – Com que frequência usava qualquer destas anfetaminas no último ano?**

(1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei anfetaminas sem orientação médica.

**AN 4 – Tempo de abstinência:**

(1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses (6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei anfetaminas sem orientação médica

**Num dia típico:****AN 5 -** Quantos comprimidos usava? \_\_\_\_\_**AN 6 -** Qual anfetamina? \_\_\_\_\_**AN 7 -** Quantas miligramas? \_\_\_\_\_**SOLVENTES** (inalantes)

Ex: lança-perfume, loló, cola de sapateiro, benzina, tiner, removedor de tinta, éter, tinta...

**S 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei****S 2 – Idade em que cheirou qualquer destes solventes pela 1ª vez na vida? \_\_\_\_ anos****S 3 – Com que frequência cheirava qualquer destes solventes no último ano?**

(1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei solventes.



**S 4 – Que tipo de solvente você costuma utilizar mais?**

- (1) Lança perfume (2) Loló (3) Cola (4) Gasolina (5) Benzina  
 (6) Acetona (7) Removedor de tinta (8) Tiner (9) Água-Raz (10) Não usa atualmente (11) Nunca usei solventes

**S 5 –Tempo de abstinência:**

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses  
 (6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei solventes.

**Num dia típico:**

**S 6 -** Quantos miligramas ou litros usava? \_\_\_\_\_

**S 7 -** Qual solvente? \_\_\_\_\_

**ALUCINÓGENOS**

Ex: êxtase, ácido, LSD, chá de cogumelo, ketamina, chá de santo daime, dama da noite...

**AL 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei**

**AL 2 – Idade em que usou qualquer destes alucinógenos pela 1ª vez na vida? \_\_\_\_\_ anos**

**AL 3 – Com que frequência usava qualquer destes alucinógenos no último ano?**

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei alucinógenos.

**AL 4 – Tempo de abstinência:**

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses  
 (6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei alucinógenos.

**Num dia típico:**

**AL 5 –** Qual a quantidade que usava? \_\_\_\_\_

**AL 6-** Qual alucinógeno? \_\_\_\_\_

**MACONHA**

**M 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei**

**M 2 – Com que idade experimentou maconha pela 1ª vez na vida? \_\_\_\_\_ anos**

**M 3 – Com que frequência fumou maconha no último ano?**

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei maconha.

**M 4 – Num dia típico em que fuma (va), quantos baseados usa (va)?**

- (1) 1 a 10 (2) 11 a 20 (3) 21 a 30 (4) 31 a 40 (5) Mais de 40 por dia (6) Não uso (7) Nunca usei maconha.

**M 5 – Tempo de abstinência:**

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses  
 (6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei maconha.

**COCAÍNA**

**C 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei**

**C 2 – Com que idade experimentou cocaína pela 1ª vez na vida?** \_\_\_\_\_ anos

**C 3 – Qual a via de administração da droga que você utiliza?**

- (1) Misturado com álcool (2) Pó (aspirado, cafungado) (3) Injetado na veia  
(4) Outras (5) Não usa atualmente (6) Nunca usei cocaína.

**C 4 – Com que frequência usou cocaína no último ano?**

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei cocaína.

**C 5 – Num dia típico em que usava: Quantos gramas?** \_\_\_\_\_

**C 6 – No dia em que mais usou (último ano), quantos gramas usou?** \_\_\_\_\_ gramas

**C 7 – Tempo de abstinência:**

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses  
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei cocaína.

## **CRACK**

**CK 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei**

**CK 2 – Com que idade experimentou crack pela 1ª vez na vida?** \_\_\_\_\_ anos

**CK 3 – Com que frequência fumou pedra (no último ano)?**

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana  
(6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei crack.

**CK 4 – Num dia típico em que fuma (va): Quantas “pedras” você utiliza (va) por dia?**

- (1) 1 (2) Até 5 (3) até 15 (4) Até 30 (5) mais de 30 (6) Não uso diariamente (7) Nunca usei crack

**CK 5 – No dia em que mais usou quantas pedras fumou?** \_\_\_\_\_ pedras

**CK 6 – Tempo de abstinência:**

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses  
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei crack.

**Obs: Perguntar TODOS os critérios para CADA droga.**

<b>Diagnóstico de Dependência</b>
Forte desejo/ Compulsão para consumo: ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack
Dificuldade em controlar o consumo quanto à duração, quantidade ou frequência ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack
Desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar o consumo ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack
Grandes períodos de tempo usado para procurar, usar e recuperar-se dos efeitos ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack
Necessidade de doses crescentes para alcançar efeitos antes obtidos com doses menores ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack
Redução/ Abandono de atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais devido ao uso ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack
Uso continuado apesar de já perceber suas conseqüências negativas, físicas ou psicológicas ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Sedativos ( ) Anfetaminas ( ) Solventes ( ) Alucinógenos ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack

TABACO: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 ALCOOL: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 SEDATIVOS: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 ANFETAMINAS: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 SOLVENTES: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 ALUCINÓGENOS: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 MACONHA: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 COCAÍNA: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa  
 CRACK: ( ) Dependente ( ) Abusador ( ) uso esporádico ( ) Não usa

### ALGORÍTIMO

**Responda as seguintes perguntas:**

1. Você acha que tem problemas com relação ao uso de drogas? ( ) Sim ( ) Não.

*Obs: Se responder NÃO, passe para a pergunta 4. Se responder SIM, continue até a pergunta número 3.*

2. Se pensa que tem, você deseja mudar este hábito nos próximos 6 meses? ( ) Sim ( ) Não.

3. E nos próximos 30 dias já pensou em mudar seu comportamento com relação ao uso de drogas?  
 ( ) Sim ( ) Não.

*OBS: Se a pessoa respondeu SIM no item 1, não aplicar o próximo item.*

4. Se você pensa não ter mais problemas com relação ao uso de drogas, há quanto tempo vem se mantendo sem usar drogas? ( ) - de 6 meses ( ) + de 6 meses.

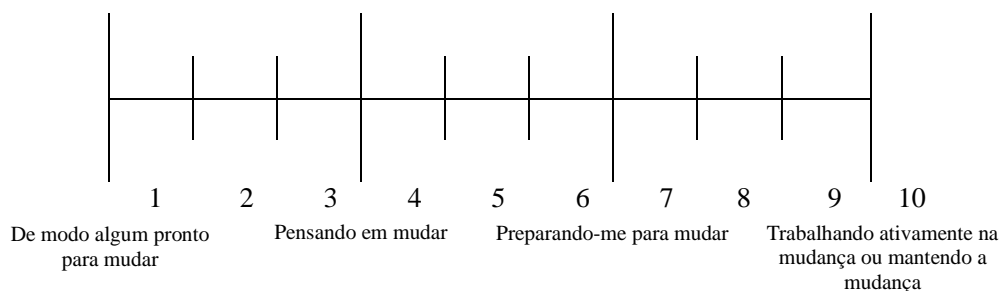
### RÉGUA DE PRONTIDÃO

1) Qual a droga que você MAIS se considera pronto **neste momento** para mudar o seu comportamento?

*Obs: Escolher UMA.*

2) O quanto você se considera pronto **neste momento** para mudar o seu comportamento com relação a esta droga?

Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta (*observando a pontuação de 0 - 10*):



Você tem mais amigos que:

( 1 ) usam drogas

( 2 ) não usam drogas

Porque você procurou tratamento?

O que sua família acha de seu problema com o uso de drogas?

## Anexo D

## INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA ADULTOS DE 18 A 59 ANOS (ASR)

SEU NOME COMPLETO:			ID (para uso exclusivo do aplicador):
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	RAÇA OU ETNIA	TIPO DE TRABALHO, mesmo que você não esteja trabalhando no momento. Por favor, seja específico, como por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército, estudante (indique o que está estudando e que título você pretende alcançar).
DATA DE HOJE Dia ____ Mês ____ Ano ____		DATA DE NASCIMENTO Dia ____ Mês ____ Ano ____	Seu trabalho: Trabalho do(a) esposo(a) ou companheiro(a):
Por favor, responda este formulário de acordo com a sua visão, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Você não precisa gastar muito tempo com nenhum item. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais. CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.			ASSINALE SUA ESCOLARIDADE MÁXIMA <input type="checkbox"/> Nenhuma escolarização <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> Outra (especifique):
I. AMIGOS:			
A. Quantos(as) amigos(as) próximos(as) você tem? (Não incluir pessoas da família) <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais			
B. Aproximadamente quantas vezes por mês você tem contato com qualquer dos(as) seus(suas) amigos(as) próximos(as)? (Incluir contatos pessoais, telefonemas, cartas, e-mails.) <input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais			
C. Até que ponto você se dá bem com seus(suas) amigos(as) próximos? <input type="checkbox"/> Não se dá bem <input type="checkbox"/> Na média <input type="checkbox"/> Acima da média <input type="checkbox"/> Bem acima da média			
D. Aproximadamente quantas vezes por mês amigos ou familiares visitam você? <input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais			
II. ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A):			
Qual é o seu estado civil? <input type="checkbox"/> Nunca fui casado(a) <input type="checkbox"/> Casado, mas separado do esposo(a) <input type="checkbox"/> Casado e vivendo com o esposo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outro – Por favor, descreva: _____			
Em algum momento nos últimos seis meses, você viveu com um(a) esposo(a) ou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Não – Por favor, pule os próximos itens e vá para a página 2. <input type="checkbox"/> Sim – Circule 0, 1 ou 2 ao lado das afirmações A-H para descrever o seu relacionamento nos últimos seis meses:			
0 = NÃO É VERDADEIRA		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	A. Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0 1 2	E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à administração do lar, tal como onde morar etc.
0 1 2	B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades em dividir as responsabilidades	0 1 2	F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)
0 1 2	C. Eu me sinto satisfeito(a) com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0 1 2	G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)
0 1 2	D. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) gostamos de atividades semelhantes	0 1 2	H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda

COPYRIGHT 2003 T. ACHENBACH. REPRODUCED UNDER LICENSE #207-12-04-06. PROIBIDA REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Tradução: Silves, E. F. M.; Rocha, M. M. & Equipe Projeto Enurese (2008). Versão brasileira não publicada do inventário "Adult Self-Report for Ages 18-59" (Achenbach, 2003).

Profª Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silves  
Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo  
Av. Prof. Melo Moraes, 1721 / São Paulo – SP  
efdmsilv@usp.br

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.  
ENTÃO, VAR PARA A PRÓXIMA PÁGINA.

CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

**III. FAMÍLIA:**  
 EM COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS, QUÃO BEM:

		PIOR DO QUE A MÉDIA	VARIA OU NA MÉDIA	MELHOR DO QUE A MÉDIA	NÃO TENHO CONTATO
A. Você se relaciona com seus irmãos?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Você se relaciona com suas irmãs?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Você se relaciona com sua mãe?	<input type="checkbox"/> Mãe falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Você se relaciona com seu pai?	<input type="checkbox"/> Pai falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Você se relaciona com seus filhos biológicos ou adotados?	<input type="checkbox"/> Não tenho filhos				
1. Filho mais velho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outro	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Você se relaciona com seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. TRABALHO:** Em algum momento nos últimos seis meses, você exerceu alguma atividade remunerada (inclusive trabalho por conta própria ou serviço militar)?  
 Não – Por favor, vá para a seção V.  
 Sim – Por favor, descreva o(s) trabalho(s): \_\_\_\_\_

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-I para descrever a sua experiência de trabalho nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA			1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA			2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA		
0	1	2	A. Trabalho bem com os outros	0	1	2	F. Faça coisas que podem causar a perda do meu emprego	
0	1	2	B. Tenho dificuldade para me relacionar com chefes	0	1	2	G. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias	
0	1	2	C. Faço bem o meu trabalho	0	1	2	H. Meu trabalho é muito estressante para mim	
0	1	2	D. Tenho dificuldade para terminar meu trabalho	0	1	2	I. Preocupo-me demais com o trabalho	
0	1	2	E. Estou satisfeito com a minha situação de trabalho					

**V. EDUCAÇÃO:** Em algum momento nos últimos seis meses, você frequentou alguma escola, universidade ou qualquer outro programa educacional ou de treinamento?

Não – Por favor, vá para a seção VI.  
 Sim – Que tipo de escola ou programa? \_\_\_\_\_  
 Que tipo de diploma ou certificado você vai obter? \_\_\_\_\_ Qual área? \_\_\_\_\_  
 Quando você espera obter seu diploma ou certificado? \_\_\_\_\_

Circule 0, 1 ou 2 ao lado dos itens A-E para descrever a sua experiência educacional nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA			1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA			2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA		
0	1	2	A. Eu me dou bem com outros estudantes	0	1	2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional	
0	1	2	B. Eu alcanço o que está dentro da minha capacidade	0	1	2	E. Faço coisas que podem fazer com que eu seja reprovado	
0	1	2	C. Tenho dificuldade para terminar minhas tarefas					

VI. Você tem alguma doença, deficiência ou limitação?  Não  Sim – Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

VII – Por favor, descreva suas preocupações ou temores sobre sua família, trabalho, educação ou outras coisas.  
 Não tenho preocupações.

VIII – Por favor, descreva seus aspectos mais positivos.

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

## CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

VIII. Logo abaixo você encontrará uma lista que contém itens que descrevem pessoas. Para cada afirmação, por favor circule 0, 1 ou 2 para descrever você *nos últimos seis meses*. Por favor, responda todos os itens o melhor que puder, mesmo que alguns deles não pareçam aplicar-se a você.

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Sou muito esquecido(a)	0 1 2 37. Meto-me em muitas brigas
0 1 2	2. Sei aproveitar as minhas oportunidades	0 1 2 38. Minhas relações com os vizinhos são insatisfatórias
0 1 2	3. Discuto muito	0 1 2 39. Ando com pessoas que se metem em encrencas
0 1 2	4. Desenvolvo minhas habilidades	0 1 2 40. Escuto sons ou vozes que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____
0 1 2	5. Culpo os outros por meus problemas	0 1 2 41. Sou impulsivo(a) ou ajo sem pensar.
0 1 2	6. Uso drogas (que não álcool ou nicotina) sem fins medicinais (descreva): _____	0 1 2 42. Prefiro ficar sozinho(a) a ficar na companhia dos outros
0 1 2	7. Sou convencido(a)	0 1 2 43. Minto ou engano os outros.
0 1 2	8. Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo	0 1 2 44. Sinto-me sobrecarregado(a) por minhas responsabilidades
0 1 2	9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça (descreva): _____	0 1 2 45. Sou nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	10. Tenho dificuldade para parar sentado(a)	0 1 2 46. Tenho movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0 1 2	11. Sou muito dependente dos outros	0 1 2 47. Falta-me autoconfiança
0 1 2	12. Sinto-me sozinho(a)	0 1 2 48. As outras pessoas não gostam de mim
0 1 2	13. Fico confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2 49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outras pessoas
0 1 2	14. Choro muito	0 1 2 50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	15. Sou bastante honesto(a)	0 1 2 51. Sinto tontura ou zozzeira
0 1 2	16. Sou malvado(a) com os outros	0 1 2 52. Sinto-me muito culpado(a)
0 1 2	17. Sonho muito acordado(a)	0 1 2 53. Tenho dificuldade em fazer planos para o futuro
0 1 2	18. Machuco-me de propósito ou já tentei suicídio	0 1 2 54. Sinto-me cansado(a) sem motivo
0 1 2	19. Tento chamar muita atenção	0 1 2 55. Meu humor oscila entre excitação e depressão
0 1 2	20. Estrago ou destruo as minhas coisas	56. Tenho problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	21. Estrago ou destruo coisas que pertencem a outros	0 1 2 a. Dores (exceto de cabeça ou de estômago).
0 1 2	22. Preocupo-me acerca do meu futuro	0 1 2 b. Dores de cabeça
0 1 2	23. Desrespeito as regras no trabalho ou em outros lugares	0 1 2 c. Náuseas, enjôo
0 1 2	24. Não como tão bem quanto deveria	0 1 2 d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
0 1 2	25. Não me dou bem com outras pessoas	0 1 2 e. Assaduras ou outros problemas de pele
0 1 2	26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não deveria ter feito	0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga
0 1 2	27. Sinto ciúmes dos outros	0 1 2 g. Vômitos
0 1 2	28. Eu me dou mal com minha família	0 1 2 h. Coração disparado ou batendo forte
0 1 2	29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares (descreva): _____	0 1 2 i. Partes do corpo entorpecidas ou com dormência
0 1 2	30. Minhas relações com o sexo oposto são insatisfatórias	0 1 2 57. Ataco fisicamente outras pessoas
0 1 2	31. Tenho medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa má	0 1 2 58. Cutuco a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____
0 1 2	32. Acho que tenho que ser perfeito(a)	0 1 2 59. Não termino as coisas que eu deveria terminar
0 1 2	33. Acho que ninguém gosta de mim	0 1 2 60. Poucas coisas me dão prazer
0 1 2	34. Acho que os outros me perseguem	0 1 2 61. Meu desempenho no trabalho é insatisfatório
0 1 2	35. Sinto-me sem valor ou inferior	0 1 2 62. Sou desastrado(a) ou tenho falta de coordenação
0 1 2	36. Machuco-me acidentalmente com frequência	

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.

## CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA		2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA			
0	1	2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas a estar com pessoas da minha idade	0	1	2	93. Falo demais
0	1	2	64. Tenho dificuldades em estabelecer prioridades	0	1	2	94. Provoco muito os outros
0	1	2	65. Recuso-me a falar	0	1	2	95. Sou esquentado(a)
0	1	2	66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas (descreva): _____	0	1	2	96. Penso demais em sexo
0	1	2	67. Tenho dificuldades para fazer ou manter amigos	0	1	2	97. Ameaço machucar as pessoas
0	1	2	68. Grito ou berro muito	0	1	2	98. Gosto de ajudar os outros
0	1	2	69. Sou reservado(a) ou guardo as coisas para mim mesmo(a)	0	1	2	99. Não gosto de ficar em um mesmo lugar muito tempo
0	1	2	70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	0	1	2	100. Tenho problemas com o sono (descreva): _____
0	1	2	71. Mostro-me pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)	0	1	2	101. Falto ao trabalho, mesmo quando não estou doente ou de férias
0	1	2	72. Preocupo-me com a minha família	0	1	2	102. Não tenho muita energia
0	1	2	73. Cumpro minhas responsabilidades para com a minha família	0	1	2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	0	1	2	104. Sou mais barulhento que os outros
0	1	2	75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	0	1	2	105. As pessoas acham que sou desorganizado(a)
0	1	2	76. Meu comportamento é irresponsável	0	1	2	106. Gosto de ser justo(a) com os outros
0	1	2	77. Durmo mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0	1	2	107. Sinto que não posso ser bem sucedido
0	1	2	78. Tenho dificuldades para tomar decisões	0	1	2	108. Tendo a perder coisas
0	1	2	79. Tenho problemas de fala (descreva): _____	0	1	2	109. Gosto de experimentar coisas novas
0	1	2	80. Luto pelos meus direitos	0	1	2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	81. Meu comportamento é instável	0	1	2	111. Evito relacionar-me com outros
0	1	2	82. Roubo	0	1	2	112. Preocupo-me muito
0	1	2	83. Entedio-me com facilidade	0	1	2	113. Preocupam-me minhas relações com o sexo oposto
0	1	2	84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva): _____	0	1	2	114. Deixo de pagar minhas dívidas ou cumprir com outras responsabilidades financeiras
0	1	2	85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____	0	1	2	115. Sinto-me irrequieto(a) ou agitado(a)
0	1	2	86. Sou teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar	0	1	2	116. Fico aborrecido(a) com muito facilidade
0	1	2	87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente	0	1	2	117. Tenho problemas para administrar dinheiro ou cartões de crédito
0	1	2	88. Gosto de estar com as pessoas	0	1	2	118. Sou muito impaciente
0	1	2	89. Ajo precipitadamente, sem pensar nos riscos	0	1	2	119. Presto pouca atenção aos detalhes
0	1	2	90. Bebo demais bebidas alcoólicas ou fico bêbado(a)	0	1	2	120. Dirijo muito rápido
0	1	2	91. Penso em me matar	0	1	2	121. Tendo a me atrasar nos compromissos
0	1	2	92. Faço coisas que podem me causar problemas com a lei (descreva): _____	0	1	2	122. Tenho dificuldade em manter um emprego
				0	1	2	123. Sou uma pessoa feliz
				0	1	2	124. Nos últimos seis meses, aproximadamente quantas vezes por dia você usou tabaco (inclusive fumo de mascar)? _____ vezes por dia.
				0	1	2	125. Nos últimos seis meses, quantos dias você ficou bêbado? _____ dias.
				0	1	2	126. Nos últimos seis meses, quantos dias você usou drogas para fins não medicinais (inclusive maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina)? _____ dias.

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.