

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATÁLIA PRIOLLI JORA

CONSUMO DE COCAÍNA, *CRACK* E MÚLTIPLAS DROGAS: INTERFACES COM A
QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS

RIBEIRÃO PRETO
2014

NATÁLIA PRIOLLI JORA

CONSUMO DE COCAÍNA, *CRACK* E MÚLTIPLAS DROGAS: INTERFACES COM A
QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientador: Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO
2014

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

Jora, Natália Priolli

CONSUMO DE COCAÍNA, *CRACK* E MÚLTIPLAS DROGAS: INTERFACES COM A QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS. Ribeirão Preto, 2014.

150 f. il. ; 30 cm.

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

Orientador: Pillon, Sandra Cristina

1. Cocaína. 2. Cocaína *Crack*. 3. Qualidade de Vida

Nome: JORA, Natália Priolli

Título: CONSUMO DE COCAÍNA, *CRACK* E MÚLTIPLAS DROGAS: INTERFACES COM A QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por me dar todos os dias inspiração para viver.

A minha família e ao meu esposo, pelo suporte e incentivo em todas as minhas escolhas e decisões. Além da minha admiração, meu amor eterno.

A minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Sandra Cristina Pillon, pelos conselhos, escuta, incentivo, correções, além do apoio no estudo. Obrigada por sua amizade e confiança neste momento tão importante da minha vida. Serei uma eterna admiradora do seu profissionalismo e paixão por tudo que faz.

Aos clientes do CAPS-ad de Ribeirão Preto, pelo carinho com que me acolhem todos os dias. Serei sempre grata pelos sorrisos e olhares que despertam em mim, alegria e desejo de investir em meus conhecimentos para, juntos, encontrarmos caminhos terapêuticos.

Aos colegas do CAPS-ad de Ribeirão Preto, pelos momentos difíceis que muitas vezes dividimos no decorrer do dia a dia com bom humor, além do apoio e incentivo na realização do presente estudo.

Aos meus amigos: Josélia, Maria Fernanda, Elton e Jéssica, pela dedicação com que me auxiliaram. Vocês foram peças fundamentais para a realização do presente estudo. Meu respeito, amizade e toda gratidão.

Aos professores Dr^a. Ana Maria Pimenta, Dr. Luiz Jorge Pedrão, Dr. Jair Lício Ferreira Santos e Dr^a. Namie Okino Sawada, pelas valiosas contribuições e sugestões nos exames de qualificação.

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela subvenção para realização do presente estudo por meio do Edital 41/2010 - Faixa II - Processo:402731/2010-7

RESUMO

JORA, N. P. **CONSUMO DE COCAÍNA, CRACK E MÚLTIPLAS DROGAS: INTERFACES COM A QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS.** 150 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

O presente estudo teve por objetivo avaliar o uso de cocaína, *crack* e múltiplas drogas e os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e qualidade de vida de usuários. Trata-se de um estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido no CAPSad de Ribeirão Preto, SP, por meio de uma amostra clínica composta por 140 clientes do serviço, sendo 54 (38,6%) usuários de *crack*, 45 (32,1%) de múltiplas drogas e 41 (29,3%) de cocaína. Instrumento: Informações sociodemográficas, *Severity Alcohol Dependence Data* (SADD), Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS), *World Health Organization Quality of Life* - versão abreviada (WHOQOL-bref), e o *Addiction Severity Index* (ASI6). Para análise de dados, empregou-se o Teste Exato de Fisher a fim de avaliar a associação entre as variáveis; para a correlação, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e de Spearman; nas comparações, foi empregada a Análise de Variância (ANOVA) e, para avaliar a influência dos dados sociodemográficos e a qualidade de vida, utilizou-se o modelo de análise de regressão linear múltipla. A amostra caracterizou-se predominantemente por indivíduos do sexo masculino, religião católica, baixo nível de escolaridade e ocupação em atividades informais. Apenas a faixa etária, a raça e o estado civil diferenciaram-se entre os grupos avaliados. No entanto, somente o estado civil influenciou a percepção da qualidade de vida entre usuários de drogas. Níveis severos tanto da síndrome de dependência do álcool quanto de droga foram evidentes entre os grupos avaliados. Os grupos de cocaína e de *crack* não se diferenciaram entre si, porém se diferenciaram do grupo de usuários de múltiplas drogas na maioria das avaliações, evidenciando maiores escores nas escalas avaliadas (SADD, SDS e ASI6). No que se refere às correlações entre as áreas do ASI6 e do WHOQOL-bref, estas foram negativas, fracas e significativas na maioria de seus domínios, sinalizando que a gravidade dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas interfere na percepção da qualidade de vida. Desse modo, aumentando os problemas gerados pelo consumo de álcool (ASI6), maiores são também os prejuízos avaliados pelos domínios físico, psicológico, social e ambiente (WHOQOL-bref). O mesmo ocorreu com a área psiquiátrica (ASI6), que apresentou maior nível de gravidade quando relacionada aos domínios físico e social (WHOQOL-bref). As áreas médica e legal (ASI6) correlacionaram-se com os domínios físico e psicológico (WHOQOL-bref). Finalmente, a área suporte social e familiar (ASI6) correlacionou-se negativamente com os domínios social e ambiente (WHOQOL-bref). Vale mencionar que os resultados podem auxiliar no atendimento dos usuários de drogas por trazerem valiosas contribuições no que se refere à influência do uso dessas substâncias nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e, principalmente, na percepção da qualidade de vida. Assim, podem nortear a implementação de estratégias importantes no tratamento em dependência química.

Descritores: Cocaína; Cocaína *Crack*; Qualidade de vida; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias.

ABSTRACT

JORA, N. P. **COCAINE, CRACK AND MULTIPLE DRUGS CONSUMPTION: INTERFACES WITH USERS' QUALITY OF LIFE.** 150 p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2013.

The aim in this study was to assess the use of cocaine, crack and multiple drugs and the biological, psychological, social aspects and users' quality of life. A cross-sectional study with a quantitative approach was undertaken at the CAPSad in Ribeirão Preto, SP, Brazil, involving a clinical sample of 140 clients at that service, 54 (38.6%) of whom used crack, 45 (32.1%) multiple drugs and 41 (29.3%) cocaine. Instrument: Sociodemographic information, Severity Alcohol Dependence Data (SADD), Severity of Dependence Scale (SDS), World Health Organization Quality of Life – short version (WHOQOL-bref), and the Addiction Severity Index (ASI6). For data analysis, Fisher's Exact Test was employed to assess the association among the variables; for the correlation, Pearson and Spearman's correlation coefficients were used; in the comparison, Analysis of Variance (ANOVA) was applied and, to assess the influence of the sociodemographic data and quality of life, the multiple linear regression analysis model was used. The sample predominantly included male individuals, Catholic religion, low education level and occupation in informal activities. Only age range, racial origin and marital status differed among the groups under assessment. Nevertheless, only marital status influenced the perceived quality of life among drugs users. Severe levels of the alcohol and drug dependence syndromes were evident in the evaluated groups. No mutual differences were found between the cocaine and crack groups, but these differed from the multiple drug user group in most evaluations, showing higher scores on the scales (SADD, SDS and ASI6). As regards the correlations between the areas of the ASI-6 and the WHOQOL-bref, these were negative, weak and significant in most domains, signaling that the severity of the drug use problems interferes in the perceived quality of life. Thus, increasing the problems caused by alcohol consumption (ASI6), greater harm is also found in the physical, psychological, social and environmental domains (WHOQOL-bref). The same was true for the psychiatric area (ASI6), which showed greater severity when related to the physical and social domains (WHOQOL-bref). The medical and legal areas (ASI6) were correlated with the physical and psychological domains (WHOQOL-bref). Finally, the social and family support area (ASI6) was negatively correlated with the social and environmental domains (WHOQOL-bref). It should be mentioned that the results can help to attend to drug users because they offer valuable contributions regarding the influence of the consumption of these substances on the biological, psychological, social aspects and mainly on the perceived quality of life. Hence, they can guide the implementation of important strategies for chemical addiction treatment.

Descriptors: Cocaine; Crack Cocaine; Quality of life; Substance Abuse Treatment Centers.

RESUMEN

JORA, N. P. **CONSUMO DE COCAÍNA, CRACK Y MÚLTIPLES DROGAS: INTERFACES CON LA CALIDAD DE VIDA DE USUARIOS.** 150 h. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2013.

La finalidad del presente estudio fue evaluar el uso de cocaína, *crack* y múltiples drogas y los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y calidad de vida de usuarios. Se trata de un estudio del tipo transversal, con aproximación cuantitativa, desarrollado en el CAPSad de Ribeirão Preto, SP, Brasil, mediante una muestra clínica de 140 clientes del servicio, siendo 54 (38,6%) usuarios de *crack*, 45 (32,1%) de múltiples drogas y 41 (29,3%) de cocaína. Instrumento: Informaciones sociodemográficas, *Severity Alcohol Dependence Data* (SADD), *Severity of Dependence Scale* (SDS), *World Health Organization Quality of Life* - versión abreviada (WHOQOL-bref), y el *Addiction Severity Index* (ASI6). Para analizar los datos, se aplicó el Test Exacto de Fisher para evaluar la asociación entre las variables; para la correlación, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman; en las comparaciones, fue aplicado el análisis de Variancia (ANOVA) y, para evaluar la influencia de los datos sociodemográficos y la calidad de vida, se utilizó el modelo de análisis de regresión lineal múltiple. La muestra se caracterizó predominantemente por individuos del sexo masculino, religión católica, bajo nivel de escolaridad y ocupación en actividades informales. Solamente el grupo de edad, la raza y el estado civil se diferenciaron entre los grupos evaluados. Sin embargo, solamente el estado civil influyó en la percepción de la calidad de vida entre usuarios de drogas. Niveles severos tanto del síndrome de dependencia del alcohol como de droga fueron evidentes entre los grupos evaluados. Los grupos de cocaína y de *crack* no se diferenciaron entre sí, pero se diferenciaron del grupo de usuarios de múltiples drogas en la mayoría de las evaluaciones, evidenciando mayores *scores* en las escalas evaluadas (SADD, SDS y ASI6). Respecto a las correlaciones entre las áreas del ASI-6 y del WHOQOL-bref, estas fueron negativas, débiles y significativas en la mayoría de sus dominios, señalando que la gravedad de los problemas relacionados al uso de sustancias psicoactivas interfiere en la percepción de la calidad de vida. Así, aumentando los problemas causados por el consumo de alcohol (ASI6), mayores son también los perjuicios evaluados por los dominios físico, psicológico, social y ambiente (WHOQOL-bref). Lo mismo pasó con el área psiquiátrico (ASI6), que mostró mayor nivel de gravedad cuando relacionada a los dominios físico y social (WHOQOL-bref). Los áreas médico y legal (ASI6) se correlacionaron con los dominios físico y psicológico (WHOQOL-bref). Finalmente, el área soporte social y familiar (ASI6) se correlacionó negativamente con los dominios social y ambiente (WHOQOL-bref). Vale mencionar que los resultados pueden auxiliar en la atención a los usuarios de drogas porque ofrecen contribuciones valiosas respecto a la influencia del uso de esas sustancias en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y principalmente en la percepción de la calidad de vida. Así, pueden nortear la implementación de estrategias importantes en el tratamiento en dependencia química.

Descriptorios: Cocaína; Cocaína *Crack*; Calidad de vida; Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Critérios diagnósticos de uso nocivo (abusivo) de substâncias, segundo a CID-10 e o DSM-IV.	21
Quadro 2.	Critérios diagnósticos para dependência de substâncias, segundo a CID-10 e o DSM-IV.	23
Quadro 3.	Domínios e facetas do instrumento WHOQOL-bref, segundo the WHOQOL group.	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Apresentação, em número e porcentagens, das informações sociodemográficas	62
Tabela 2.	Encaminhamentos para o tratamento do uso de drogas	63
Tabela 3.	Participação em tratamento para dependência de drogas	63
Tabela 4.	Comparação da diferença entre as médias em relação ao tratamento entre os grupos de usuários de drogas	64
Tabela 5.	Tipo de droga mais usada	65
Tabela 6.	Valores da Média, Desvio-padrão, mínimos e máximos da idade do primeiro uso de drogas	65
Tabela 7.	Comparação da diferença entre as médias de idade, idade do primeiro uso de álcool e do tratamento, uso regular de cocaína/ <i>crack</i> entre os grupos de usuários de drogas	66
Tabela 8.	Classificação dos níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool (SADD)	66
Tabela 9.	Comparação da diferença entre as médias dos escores das áreas do ASI6-6 entre os grupos de usuários de drogas	67
Tabela 10.	Comparação da diferença entre os escores totais do SADD, SDS e ASI6, segundo os grupos de usuários de drogas	68
Tabela 11.	Contribuições das informações sociodemográficas nos domínios do WHOQOL-bref	69
Tabela 12.	Comparação dos escores dos domínios WHOQOL-Bref entre os grupos de usuários de drogas	70
Tabela 13.	Coefficiente de Correlação de Pearson dos domínios do WHOQOL-Bref e ASI6, SDS e SADD	71
Tabela 14.	Coefficiente de Correlação de Pearson dos escores das áreas do ASI6 e os do WHOQOL-Bref	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 Conceitos de síndrome de dependência	20
2.1.1 Álcool	24
2.1.2 Cocaína	28
2.1.3 Cocaína fumada – <i>Crack</i>	30
2.1.4 Consumo de Múltiplas Drogas	33
2.2 Qualidade de vida	38
3. JUSTIFICATIVA	46
4. OBJETIVOS	48
4.1 Objetivo geral	48
4.2 Objetivos específicos	48
5. MATERIAL E MÉTODO	50
5.1 Desenho Metodológico	50
5.2 Local	50
5.3 Amostra	51
5.4 Critério de Inclusão	51
5.5 Critério de Exclusão	51
5.6 Procedimentos	52
5.6.1 Recrutamento	52
5.6.2 Coleta de dados	52
5.6.3 Aspectos Éticos	52
5.6.4 Teste Piloto	53
5.7 Instrumentos	53
5.7.1 Escala breve de Avaliação Psiquiátrica versão ancorada (BPRS-A)	53
5.7.2 Informações Sociodemográficas	54
5.7.3 <i>Short Alcohol Dependence Data (SADD)</i>	55
5.7.4 Escala Severidade da Dependência de Drogas (SDS)	55
5.7.5 <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)</i>	56
5.7.6 <i>The Addiction Severity Index (ASI6)</i>	58
5.8 Análise Estatística	59
6. RESULTADOS	62
6.1 Informações Sociodemográficas	62
6.2 Aspectos Relacionados ao Tratamento	63
6.3 Uso de Substâncias Psicoativas	65
6.4 <i>The Addiction Severity Index (ASI6)</i>	67
6.5 <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)</i>	69
7. DISCUSSÃO	74
7.1 Informações Sociodemográficas	74
7.2 Aspectos Relacionados ao Tratamento	81
7.3 Uso de Substâncias Psicoativas	83
7.4 <i>The Addiction Severity Index (ASI6)</i>	88
7.5 <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)</i>	90
8. CONCLUSÃO	98
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
10. APÊNDICE	121
A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
11. ANEXOS	123
A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	123
B - BPRS-a	124
C - Instrumentos de Coleta de Dados	128
D - Cálculo dos Escores dos Domínios do Instrumento WHOQOL-bref ..	147
E - Pontuação do Instrumento ASI6	148

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
ASI	The Addiction Severity Index
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BPRS	Brief Psychiatric Rating Data
CAGE	Acrônimo de quatro perguntas: Cut Down; Annoyde by Criticims; Guiety; Eye-opener.
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMCDDA	European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction
EUA	Estados Unidos da América
GA	Grupo de Acolhimento
GAF	Grupo de Acolhimento Familiar
GAG	Grupo de Acolhimento Geral
GAM	Grupo de Acolhimento para Mulheres
HCV	Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LI	Limite Inferior
LS	Limite Superior
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSPA	Office for Substance Abuse Prevention
SADD	Short Alcohol Dependence Data
SDS	Escala de Severidade da Dependência de Drogas
SF36	Medical Outcome Study 36
SPSS	Statistical Programo f Social Science
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas acompanha o homem desde a antiguidade, variando com o tempo e a cultura. Nas últimas décadas, observa-se o rápido crescimento de casos de abuso e dependência álcool e/ou de outras drogas; desse modo, as complicações clínicas e sociais geradas por essas substâncias são hoje bem conhecidas, caracterizando um grave problema mundial de Saúde Pública (FOCCHI et al., 2001; LARANJEIRA et al., 2003).

O uso de drogas que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal da humanidade. Praticamente todas as culturas, nas mais diferentes épocas, elegeram determinadas substâncias que facilitam o relacionamento social, marcam festividades ou favorecem rituais místicos ou religiosos. Algumas sociedades são capazes de, em determinadas épocas, conviver com o uso relativamente livre de drogas consideradas, em outras épocas ou em distintas sociedades, tão ameaçadoras a ponto de ser necessário um controle legal rígido (ALMEIDA, DRATCU E LARANJEIRA, 1996). Esses autores definem droga como qualquer substância que possui a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzido por ele), provocando alterações em seu funcionamento. As substâncias que têm a capacidade de atuar sobre o cérebro, gerando modificações no psiquismo, são conhecidas como drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas.

Os efeitos provocados por essas substâncias são avaliados sob a perspectiva das experiências corporais e psicológicas vividas pelos sujeitos, os quais, por sua vez, se articulam mediante valores, noções e saberes específicos de cada sociedade humana (ABREU; MALVASI, 2011).

Os significados sociais e culturais vinculados aos diferentes tipos de drogas podem prever como e quando uma droga é usada (GAFOOR, 1997); assim, a escolha do tipo de substância a ser consumida tem variado ao longo dos anos, em função da idade dos usuários, disponibilidade da droga para o consumo e da preferência individual (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

A prevalência do consumo de substâncias psicoativas tem se diferenciado entre comunidades, países e de estudo para estudo, o que pode estar atribuído a diferentes procedimentos metodológicos, clínicos e métodos diagnósticos empregados (ALMEIDA FILHO, SANTANA, 1986).

Nas pesquisas epidemiológicas no Brasil constata-se predominância de estudos de levantamentos populacionais, desenvolvidos, a princípio, principalmente pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Os primeiros levantamentos realizados sobre o consumo de drogas entre estudantes de 12 a 18 anos ocorreram a partir de 1987, dando início a uma série de estudos sobre esses jovens e, posteriormente, em 1989, 1993 e 1994. Entretanto, somente em 2004 foi realizado estudo em âmbito nacional, envolvendo 27 capitais brasileiras (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Esse centro de pesquisa também realizou, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, outros cinco levantamentos com crianças em situação de rua e, em 2003 ampliou sua amostra englobando 27 capitais brasileiras. A partir de 1999, o CEBRID realizou o primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo. Nos anos de 2001 e 2005, outros dois levantamentos sobre o uso de drogas psicotrópicas foram realizados, abrangendo 107 maiores cidades do país (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Os resultados desses estudos evidenciam que o número de usuários de substâncias psicoativas está em notório crescimento no Brasil, sendo o álcool e o tabaco as drogas mais consumidas (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Estudo que avaliou padrões de consumo de álcool na população brasileira mostrou que quase a metade (48%) da amostra era abstinente e 28% (40% homens e 18% mulheres) consumiram bebidas alcoólicas no padrão de intoxicação pelo menos uma vez no ano anterior à entrevista. Além disso, o estudo revelou que 3% dos entrevistados fizeram uso nocivo de álcool e 9% eram dependentes dessa substância (LARANJEIRA et al., 2007).

Nos levantamentos nacionais da última década, os índices do uso de cocaína (inalada e fumada) também geram preocupações e são indicadores de evidente expansão (CARLINI; GALDURÓZ, 2005; LARANJEIRA et al., 2013). O consumo na vida de cocaína passou de 2,3% para 2,9% e, o de *crack*, de 0,4% para 0,7% (CARLINI et al., 2001; CARLINI; GALDURÓZ; 2005).

Altos índices de consumo de cocaína também foram confirmados no estudo do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), uma vez que 4% dos adultos haviam experimentado essa droga; para 2%, o uso ocorreu no último ano. Os autores destacaram o consumo dessas drogas em adolescentes visto que 2% deles usaram cocaína na vida e também 2% no último ano. Além disso, 1,4% dos usuários de *crack* eram adultos e 1% jovens que usaram pelo menos uma vez na vida. Já o uso de cocaína fumada na adolescência foi um pouco menor: 1% para o uso na vida e 0,2% no último ano. Uma grande preocupação diante desses

resultados refere-se ao número de pessoas que essas porcentagens estão representando, levando os autores a avaliarem o Brasil como um dos maiores consumidores dessas drogas (LARANJEIRA et al., 2013).

As consequências do uso de cocaína e *crack* inevitavelmente chegaram aos serviços ambulatoriais especializados. Esses dispositivos de saúde começaram a sentir o impacto do avanço desse consumo em meados da década de 1990, quando houve um incremento no número de pessoas que buscavam por tratamento (DUNN et al., 1996; FERRI et al., 1997).

Além dos altos índices de uso de álcool em pessoas internadas em unidades hospitalares, o que já era notório, um estudo apontou, além disso, aumento no número de internações por outras drogas, sobretudo na década de 1990 (NOTO et al., 2002). Isso pode ter acontecido em decorrência dos problemas que o uso de álcool tem causado na saúde; vale dizer que atualmente esse cenário vem mudando bastante e a combinação do uso de cocaína, *crack* e álcool ou a associação entre essas drogas ou mesmo com outras substâncias tem sido um comportamento muito comum, o que tem refletido nos resultados de pesquisas, como descrito a seguir.

Os usuários de cocaína (inalada ou fumada) que perfaziam, inicialmente, menos de um quinto das internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas, passaram a ocupar entre 50 a 80% das vagas de instituições hospitalares (BASTOS et al., 1988; LARANJEIRA et al., 1998; FOCHI et al., 2000; NOTO et al., 2002).

Da análise das internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em uma amostra de 406 usuários de drogas nos anos de 1996 a 1999, o *crack* e a maconha foram as drogas ilícitas mais consumidas, usadas de modo isolado ou em associação, embora quase a metade desses usuários apresentasse dependência por somente uma delas (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

Nos anos de 2002 e 2006, ao avaliar 320 prontuários de pacientes internados em unidade de desintoxicação, o álcool foi identificado como a principal droga utilizada em ambos os anos avaliados. Os autores apontaram aumento significativo do uso de maconha, cocaína inalada e *crack* quando compararam os anos estudados (FORMIGA et al., 2009).

Estudo de prevalência de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com análise de séries temporais entre os anos de 1988 e 2008, evidenciou redução no número de internações no período avaliado, especialmente a partir de 2003. Os autores justificaram que embora as internações por problemas relacionados ao uso de drogas tenham aumentado, por outro lado também houve redução no número de leitos, o que parece ter acompanhado as ações da reforma psiquiátrica adotadas nos últimos anos no Brasil, com destaque para a criação e

abertura de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad). Neste período, houve redução do número de leitos psiquiátricos e aumento dos recursos destinados à assistência extra-hospitalar de um modo geral. Na análise de 1988 a 2008, o álcool permaneceu como a droga predominante, em média 87% do total. A maconha, que até início de 1990 era uma droga muito usada e grande motivo para internação, teve sua participação reduzida (de 978 para 198 casos). A cocaína apresentou ascensão ao longo de todo o período avaliado, de 0,77%, em 1988, para 10,3%, em 2008. Os autores justificaram que esses resultados provavelmente estavam associados ao crescente consumo de *crack* e às implicações de saúde decorrentes do uso dessa droga no país (AMUI; MOURA; NOTO, 2010).

Estudo baseado em dados secundários, realizado no período de um ano (2009 a 2010), em um CAPS-ad do Rio Grande do Sul, analisou 331 prontuários de pacientes, identificando que 74% eram usuários de tabaco, 62% de *crack*, 59,5% de álcool e 42,3% de maconha (JORGE, 2010).

Ao estudar as características de usuários de drogas em 486 indivíduos atendidos no segundo semestre de 2008, também em um CAPS-ad no estado do Paraná, o álcool (46,1%), o *crack* (44,4%), a maconha (5,8%) e a cocaína inalada (3,1%) foram as principais drogas de uso relatadas no momento do primeiro atendimento no serviço (VELHO, 2010).

Novamente, outro estudo retrospectivo, baseado em dados secundários (2000 e 2009), avaliou perfil de 788 usuários de drogas atendidos em um CAPS-ad no estado do Rio de Janeiro, evidenciando que no ano de 2000 houve uma prevalência do alcoolismo e do uso de maconha, enquanto que, em 2009, o uso de álcool manteve-se com maior prevalência e o de *crack* assumiu a segunda posição, seguido pela maconha e, posteriormente, pela cocaína inalada (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Estudo exploratório descreveu o perfil de 95 usuários de *crack* avaliados em três CAPS da Região Metropolitana de Porto Alegre, entre agosto de 2009 e março de 2010. Entre os usuários de *crack*, o tabaco, o álcool e a maconha foram as substâncias mais consumidas, antes do uso do *crack* e no período que antecedeu a consulta. Essas drogas foram usadas em associação com a substância (HORTA et al., 2011).

Por fim, ao analisar estudos desenvolvidos em CAPS-ad, pode-se perceber que a maioria é do tipo retrospectivo, baseada em dados secundários, e que as drogas mais usadas foram a cocaína e o *crack*, associados ou não a outras drogas, como álcool, tabaco e maconha. Além disso, vale mencionar que os estudos que envolvem o uso de substâncias psicoativas associadas, ou mesmo o de múltiplas drogas, ainda são escassos.

Por outro lado, percebe-se na literatura a existência de investimentos em estudos que consideram outras variáveis, como a qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas, enquanto proposta de uma possível medida de avaliação mais abrangente para essa população, analisando a possibilidade de tornar o conceito de qualidade de vida um indicador de resultados em saúde, aproximando-o ao conceito de dependência química (IRAURGI et al., 2011), sugerindo como uma medida para melhor conhecimento das adaptações biológicas, psicológicas e sociais dos usuários às condições de saúde relacionadas à dependência (SEIDL; ZANNON, 2004).

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITOS DE SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA

Os conceitos de uso nocivo e dependência são definidos por meio de classificação e critérios diagnósticos, necessários para a uniformização de uma linguagem própria para compreender os fenômenos envolvidos nesses transtornos, com objetivo de aprimorar a utilização de abordagens e tratamentos de modo mais efetivo (SEGATTO et al., 2007).

Os conceitos que definem os critérios de diagnóstico de síndrome de dependência foram baseados nos conceitos da escola britânica de Griffith Edwards (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 1999) e serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos de classificação das doenças mentais da atualidade: a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10), que se apresenta em sua décima versão (OMS, 1993), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta versão (DSM – IV) (APA, 2003).

Assim, essas classificações tornaram-se os principais critérios diagnósticos utilizados para definição de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, nomeando parâmetros específicos para demarcação do nível de consumo, classificando-o em: uso nocivo e dependência (OMS, 1993; APA, 2003).

O uso nocivo, de acordo com a CID – 10, caracteriza-se por um padrão mal adaptativo de uso de substâncias que gera complicações clínicas e/ou psicossociais ao indivíduo de modo recorrente, mas geralmente restrito ao período do consumo. Muitas vezes, o uso é uma condição transitória, acomete geralmente usuários recentes, havendo um risco considerável para a dependência; no entanto, é possível tanto a redução ou abandono do consumo quanto a manutenção do padrão de uso nocivo por um período prolongado, sem, no entanto, nunca preencher os critérios para dependência (OMS, 1993).

No DSM – IV, o uso nocivo é denominado como abuso de substâncias, caracterizado por um padrão mal adaptativo de uso, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso constante da substância. Pode haver um fracasso recorrente em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel, uso repetido em situações potencializadoras de desenvolvimento de problemas físicos, legais, sociais e interpessoais recorrentes (APA, 2003).

Em geral, os conceitos de uso nocivo dos dois critérios de classificação assemelham-se, existindo diferenças apenas entre algumas especificações. Na CID – 10, no entanto, não

há especificações sobre desenvolvimento de problemas legais, os quais se encontram descritos no DSM – IV, que também não especifica as alterações físicas e a relação de prejuízo decorrente do uso da substância, conteúdo que a CID – 10 aborda entre seus critérios (Quadro 1) (OMS, 1993; APA, 2003).

Quadro 1. Critérios de diagnóstico de uso nocivo (abuso) de substâncias, segundo a CID – 10 e o DSM – IV.

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

Fonte: OMS,1993; APA, 2003.

Vale notar que, no uso nocivo, o diagnóstico diferencial em relação à dependência se faz pela ausência de tolerância, síndrome de abstinência ou diagnóstico progresso dessa condição (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 1999; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

A dependência é considerada uma realidade clínica importante e compreender suas implicações faz parte da competência do profissional de saúde para que possa trabalhar mais efetivamente com os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (EDWARDS; MARSHAL; COOK, 1999). Esse autor considera imperioso o diagnóstico de dependência ou de uso nocivo para a avaliação da gravidade do problema, com finalidade de individualizar o diagnóstico e obter elementos indispensáveis para o planejamento terapêutico.

A síndrome de dependência, segundo a CID – 10, é descrita como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após episódios repetidos de consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associados ao forte desejo de usar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente, apesar de suas consequências graves, à maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, ao aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física. Além disso, outra característica da dependência refere-se ao padrão de consumo que ocasiona danos significativos para a saúde, podendo ser físicos (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicos (por exemplo, episódios depressivos secundários ao grande consumo de álcool) (OMS, 1993).

Segundo o DSM – IV, uma característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de apresentar problemas significativos a ela relacionados (APA, 2003).

Em relação aos dois critérios propostos pela CID - 10 e pelo DSM - IV, a primeira não diferencia dependência fisiológica da não fisiológica, e remissão completa da parcial; essa diferenciação, porém, está presente no DSM – IV (OMS, 1993; APA, 2003).

Os critérios diagnósticos da síndrome de dependência abordados pela CID – 10 e pelo DSM – IV (APA, 2002) estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios diagnósticos para a dependência de substâncias, segundo a CID – 10 e o DSM - IV.

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

Fonte: OMS,1993; APA, 2003.

O diagnóstico da síndrome de dependência de substâncias psicoativas é caracterizado pela presença de pelo menos três dos critérios definidos pela CID – 10 (OMS, 1993) e o DSM – IV o caracteriza pelo agrupamento de três ou mais dos sintomas apresentados no quadro acima, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses (APA, 2003).

Além disso, é importante considerar que muitos usuários de drogas podem utilizar mais de um tipo de substância, fenômeno apontado pela literatura como uso de múltiplas drogas, associando esse tipo de consumo a muitos fatores, entre eles a busca por maximização de sensações percebidas como prazerosas pelo usuário e a minimização de efeitos relacionados à intoxicação e abstinência (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011). O reconhecimento dessas associações é de fundamental importância para que os profissionais de saúde possam empreender medidas terapêuticas emergenciais e planos de tratamento compatíveis com as implicações dos diversos padrões de uso e abuso de múltiplas drogas (AZEVEDO et al., 2012).

Dessa forma, o diagnóstico deve ser realizado com cautela, levando em conta os diversos padrões de consumo, de acordo com o critério temporal, e identificando uso de múltiplas drogas simultâneo ou alterado (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011), com base nos tipos e classificação das substâncias utilizadas (depressoras, perturbadoras ou estimulantes) ou no efeito das combinações, antagonistas ou sinérgicas (SCHENSUL; CONVEY; BURKHOLDER, 2005). É necessário ainda adotar uma dessas classificações para elaborar o diagnóstico diferencial adequado que facilite o planejamento do tratamento (AZEVEDO et al., 2012). Tais padrões de uso de múltiplas drogas serão abordados no tópico consumo de múltiplas drogas.

Segundo a CID – 10, para elaboração do diagnóstico do transtorno de dependência de substâncias, deve ser feita classificação de acordo com a utilização de uma substância única ou pela classe de substâncias mais importante usada (por exemplo, o álcool). Se o indivíduo usar maconha e também consumir bebidas alcoólicas, a classificação deverá ser realizada separadamente, ou seja, no caso dos sintomas corresponderem a mais de três critérios das classificações citadas acima, devem ser classificados dois diagnósticos, de acordo com o exemplo, de dependência de maconha e dependência de álcool. O diagnóstico que corresponde ao transtorno resultante do uso de múltiplas drogas deve ser utilizado somente quando os padrões de uso de substâncias psicoativas são dúbios e indiscriminados, ou seja, quando o usuário não consegue definir quais substâncias consumiu (OMS, 1993; RIBEIRO; REZENDE, 2013).

No presente estudo, será utilizada a classificação para uso de múltiplas drogas, segundo Azevedo e Oliveira (2011), levando em consideração o uso simultâneo de cocaína, *crack* e álcool.

2.1.1 ÁLCOOL

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada em nossa sociedade, aceita culturalmente, de fácil acesso, apresentada de diversas formas e níveis de concentrações. Uma

bebida rica em significado simbólico quando usada conforme os hábitos e rituais sociais, culturais e religiosos. Suas propriedades são conhecidas por milhões de pessoas em todo o mundo, há milhares de anos. Trata-se de uma droga com importantes efeitos farmacológicos, afetando diretamente a mente e quase todos os órgãos e sistemas do corpo humano (EDWARDS, MARSHALL; COOK, 2005). O álcool é uma substância tóxica ao organismo, uma vez que tem efeitos diretos e indiretos sobre uma gama de órgãos e sistemas (BABOR et al., 2003).

O consumo agudo de álcool produz uma ação inibitória do sistema GABA que, associada a uma redução na atividade excitatória do sistema glutamato, canais de cálcio e noradrenalina, gera uma depressão do Sistema Nervoso Central (SNC), a qual, em intoxicações graves, pode causar coma e morte por parada cardiorrespiratória (GUARDIA; SURKOV; CARDÚS, 2011).

Dessa forma, o álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central (SNC), que atua indiretamente sobre o sistema de recompensa por meio de sua ação no sistema glutamato (excitatório), GABA (inibitório), opióide (prazer e analgesia) e serotonina (humor e controle dos impulsos). Todos esses sistemas são capazes de interferir no sistema de recompensa. Ao inibir o sistema glutamato e estimular o sistema GABA, produz uma sensação de relaxamento, modulada pelo sistema de recompensa. Sua ação sobre a serotonina também produz uma sensação de euforia e bem-estar, sensações que levam os indivíduos a desejarem novas experiências com a substância. Além disso, o álcool atua sobre o sistema de beta-endorfinas do sistema opióide, produzindo os efeitos reforçadores positivos do seu uso. Desse modo, o sistema opióide também atua sobre o de recompensa e está associado, tanto quanto os outros sistemas, ao desenvolvimento da dependência (KOOB, 2011).

Além da ação no sistema de recompensa, face à alta solubilidade do álcool em água, essa substância cai na corrente sanguínea, é distribuída e atua na maioria dos órgãos e sistemas. As membranas mucosas da boca e do esôfago absorvem o álcool em pequenas quantidades, o estômago e o intestino grosso em quantidades moderadas e a porção proximal do intestino delgado em grande quantidade, sendo o local principal de sua absorção e também onde as vitaminas B são essencialmente absorvidas. Dessa forma, o álcool, além de ser uma droga depressora do sistema nervoso central, atua no organismo dificultando o metabolismo de vitaminas essenciais à vida (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Os mecanismos de toxicidade, intoxicação e dependência estão intimamente relacionados à metabolização e ao modo como as pessoas consomem o álcool, os chamados

“padrões de consumo” (BABOR et al., 2003). Os padrões de consumo mais comumente abordados na literatura referem-se ao uso nocivo e à dependência.

O consumo nocivo de álcool caracteriza-se por causar riscos ou danos importantes ao indivíduo, podendo ocorrer de diferentes maneiras, entre elas: ingestão diária de altas doses, episódios repetitivos do beber até levar à intoxicação, consumo que gera danos físicos ou mentais, que ocasiona o desenvolvimento da dependência do álcool ou tolerância (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS; MONTEIRO, 2001).

Já dependência caracteriza-se pela alteração na capacidade de controlar a quantidade e a frequência do consumo; trata-se de uma síndrome multifatorial, incluindo a vulnerabilidade genética. No entanto, é, sobretudo, uma condição associada ao comportamento que se adquire pela repetida exposição ao álcool: quanto maior o consumo, maior o risco (BABOR et al., 2003).

Esse fato foi claramente abordado por Benjamin Rush, considerado o pai da psiquiatria norte-americana, que elaborou a célebre frase que ajudou a fundamentar o atual conceito de dependência química – “beber começa como um ato de vontade que caminha para um hábito e finalmente afunda na necessidade” (RUSH, 1811). Naquela época, evidenciava que, diferentemente da maioria das pessoas, alguns indivíduos iriam desenvolver uma relação problemática com a bebida alcoólica.

Segundo a United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC (2011), o padrão de consumo nocivo é um fator crucial de contribuição global para a ocorrência de mortes, doenças e lesões, impacto na saúde, como o desenvolvimento da dependência do álcool, cirrose hepática, câncer e lesões, além das atitudes perigosas de pessoas intoxicadas, tais como condução de veículo, violência ou por meio do impacto do consumo de álcool no desenvolvimento do feto e da criança.

Nesse sentido, a principal causa descrita de danos relacionados ao álcool na população em geral é a intoxicação ou uso nocivo, sendo nítida e forte a ligação entre intoxicação e consequências adversas, em especial a violência, acidentes rodoviários e outras lesões (BABOR et al., 2003). Além dos problemas na saúde, seu consumo tem gerado problemas sociais, tais como absentismo no trabalho, criminalidade e problemas familiares (UNODC, 2011).

Assim, o consumo de álcool tem sido observado nas últimas décadas, apontado como um dos maiores problemas de saúde pública, uma vez que afeta não somente os indivíduos, mas também famílias e a comunidade, trazendo grandes consequências sociais e de saúde

(LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; WHO, 2004; MELONI; LARANJEIRA, 2004; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Os relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm mostrado os altos custos sociais que o consumo nocivo de álcool tem gerado para a saúde individual e coletiva. Em âmbito mundial, calcula-se que o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes nos países em desenvolvimento e com baixos índices de morbidade; porém, há países com altos índices de morbidade, como o Brasil, onde o consumo de bebidas alcoólicas é uma das principais causas para os agravos de doenças, além das consequências e gastos públicos e privados decorrentes do uso nocivo e/ou dependente de álcool, com impacto nas condições de saúde nesses países (WHO, 2002).

Essa relação problemática tem sido observada em âmbito global, sinalizando que o consumo de álcool tem crescido nas últimas décadas, com predominância de avanço nos países em desenvolvimento. Além disso, a OMS estima que, em todo o mundo, existam cerca de dois bilhões de pessoas que consomem bebidas alcoólicas e que 76,3 milhões apresentem dependência da substância (WHO, 2004).

Um estudo nacional, o II LENAD, avaliou 4607 moradores de 149 municípios brasileiros, identificando que 11,7 milhões de pessoas (6,8%) eram dependentes de álcool. Revelou que, entre os adultos, metade dos entrevistados consumia álcool regularmente, ou seja, uma vez por semana ou mais; desses, 59% bebiam quatro ou mais doses em uma única ocasião (padrão *binge*) (LARANJEIRA et al., 2013). Os autores ao compararem os dois levantamentos apontaram um aumento de 31,1% nesse modo de beber (*binge*) na comparação com os dados do levantamento realizado em 2006 (LARANJEIRA et al., 2007).

A leitura deste levantamento nacional permite observar dados importantes sobre o número de dependentes que, apesar de sustentarem uma grande preocupação das políticas públicas de saúde, apontam certa estabilidade. Outro ponto importante a ser ressaltado diz respeito ao número de indivíduos que consomem álcool em grande quantidade, no padrão *binge*; os resultados mostram aumento do padrão de consumo, o que é preocupante em função da possibilidade de desenvolvimento de problemas de saúde, familiares e sociais.

O impacto das consequências do uso de álcool tem sido vivenciado não somente pelas unidades de internações hospitalares, o que se observa pelos altos índices de internações decorrentes deste consumo (FORMIGA et al., 2009; SILVA et al., 2010; AMUI; MOURA; NOTO, 2010), mas, também, pelas unidades ambulatoriais especializadas em dependência química, a exemplo do CAPS-ad (VELHO, 2010; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

A literatura tem evidenciado que o uso associado de drogas potencializa os prejuízos gerados pelo consumo, agravando o prognóstico (KOLLING et al., 2007), sendo esse padrão crescente. Estudos que caracterizam o perfil dos usuários de drogas atendidos em unidades de tratamento para dependência (ambulatoriais ou internação) evidenciaram uma tendência de substituição do uso de uma única droga para o de múltiplas (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006; FARIA; SCHNEIDER, 2009; FORMIGA et al., 2009; VELHO, 2010; HORTA et al., 2011; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012; REYES et al., 2013). Essa tendência progressiva do uso associado também foi evidenciada por estudos que caracterizaram o perfil de usuários de *crack* dentro da comunidade (SANCHEZ; NAPPO, 2002; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A literatura aponta ainda que o álcool está presente na maioria das associações de uso de drogas, ocorrendo aproximadamente em metade dos usuários de outras substâncias, tanto para potencializar seus efeitos positivos quanto para aliviar suas reações negativas. Entre as associações, destaca-se a combinação de álcool e cocaína, motivo de grande preocupação por produzir efeitos fisiológicos semelhantes aos da cocaína, mas com maior toxicidade cardíaca e risco de morte (cocaetileno) (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006). Desse modo, o consumo combinado pode funcionar como gatilho para o uso de cocaína e/ou de *crack*, tornando-se fundamental que seja abordado o impacto do consumo simultâneo das substâncias (WITTON; ASHTON, 2002; GOMES, 2007).

2.1.2 COCAÍNA

A cocaína ou benzoilmetilecgonina é um alcaloide extraído de folhas da planta chamada *Erythoxylum coca*, nativa e cultivada nos países do Altiplano Andino da América do Sul, principalmente Bolívia, Colômbia e Peru (RIBEIRO; LARANJEIRA; DUNN, 1998; RIBEIRO, 2005; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; DUAILIBI, 2010).

Essa substância pode ser encontrada para uso em duas formas: pó (cloridrato de cocaína), para uso via intranasal e endovenosa, quando dissolvida em água, e em forma de base livre, que pode ser fumada (*crack*) (RIBEIRO, 2005; DOMANICO, 2006).

Os efeitos do uso da cocaína, inalada ou fumada, são resultado de sua atuação sobre o SNC, especificamente sobre o sistema de recompensa, ou seja, o sistema mesolímbico mesocortical, de natureza dopaminérgica (WHO, 2004; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Desse modo, essa substância atua sobre esse sistema aumentando a atividade dopaminérgica (agonista direto), pois ocupa a proteína transportadora da dopamina e bloqueia a recaptação

desse neurotransmissor, elevando sua concentração e o tempo de ação na fenda sináptica (GIROS et al., 1996; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

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

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

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

Em relação ao uso de cocaína inalada, esses efeitos têm curta duração (de 30 a 45 minutos), motivando o usuário a uma nova administração da droga em busca de seus efeitos euforizantes (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Principalmente devido a essa estimulação, o consumo de cocaína e/ou de *crack* encontra-se geralmente associado a padrões graves da dependência, sendo que a maioria dos usuários apresenta critérios para a dependência ao longo do tempo de consumo (HATSUKAMI; FISHMAN, 1996; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999; FALCK; WANG; CARLSON, 2008).

Além disso, vale ressaltar que esses usuários apresentam uma forma específica de consumo da droga, caracterizada por períodos prolongados de uso intercalados com abstinência. Esse comportamento decorre da rápida absorção da droga no organismo e do desenvolvimento de sintomas desconfortáveis decorrentes da abstinência, que geralmente desaparecem em três dias. Assim, o usuário fica mais vulnerável ao desenvolvimento da dependência (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Um importante indicador da síndrome da dependência de cocaína ocorre quando o usuário considera ser cada vez mais difícil resistir, principalmente quando há disponibilidade da

droga ou estímulos que impulsionam o uso (lembranças que remetem ao consumo). Apesar de não ser um critério para o diagnóstico de dependência, o forte desejo ou impulso subjetivo para consumir cocaína (fissura) tende a ser vivenciado pela maioria dos usuários (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Além da dependência, o uso da cocaína gera uma série de efeitos físicos e psíquicos desagradáveis aos usuários, como prejuízos neurológicos e complicações de ordem psiquiátrica, podendo ser sintomas depressivos durante a abstinência da droga ou psicóticos (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012)

Suas consequências para a vida dos usuários são marcantes, sendo a droga que mais os motiva a buscar o tratamento ainda que não seja a mais consumida pela população, o que revela o impacto pessoal e familiar da dependência (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Estudos demonstram que o uso crônico de cocaína tem sido associado ao aumento de mortalidade, diminuição da expectativa de vida, maior número de hospitalizações, desemprego, isolamento, estigma social e problemas familiares (LIMA; ROSSINI; REIMÃO, 2008; ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Apesar dessas consequências sociais e na saúde, os usuários de cocaína inalada, em busca de efeitos mais euforizantes, iniciam o uso de *crack*; essa transição aumenta o risco de desenvolvimento da dependência, já que o *crack* permite a rápida progressão do consumo para altas doses, algo menos provável na forma inalada em virtude da sua ação de menor potência (DUNN; LARANJEIRA, 1999; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

2.1.3 COCAÍNA FUMADA – *CRACK*

O *crack* caracteriza-se por ser uma substância química que tem sua origem na modificação da cocaína; consumida de forma fumada, é capaz de produzir efeitos mais rápidos e intensos quando comparada à cocaína inalada (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; ELLENHORN et al., 1997; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; OGA; CARVALHO; BATISTUZZO, 2008; DUAILIBI, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

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

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

Esse modo de consumo é muito efetivo para tornar a cocaína biodisponível ao organismo, pois a fumaça possui, em sua composição, vapores e partículas de cocaína de tamanho médio, permitindo que a troca gasosa dos alvéolos pulmonares seja atingida rapidamente pela cocaína, sendo imediatamente absorvida pela circulação pulmonar (ELLENHORN et al., 1997; RESTREPO et al., 2007; RIBEIRO, 2012). Dessa forma, uma quantidade considerável de cocaína consegue atingir a circulação sanguínea, chegando ao cérebro em poucos segundos, sem passar pelo fígado (HATSUKAMI; FISCHMAN, 1996). O efeito da droga é, portanto, mais intenso e rápido, distintamente da via inalada, que apresenta baixa biodisponibilidade (HATSUKAMI; FISCHMAN, 1996; ELLENHORN et al., 1997; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

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

Com isso, pode-se observar que quanto mais rápida e intensa for a ação de uma droga que causa euforia e sensações agradáveis – reforço positivo – ou que alivia sentimentos desagradáveis – reforço negativo –, maior será seu potencial para causar dependência. Além disso, esse potencial está fortemente relacionado à velocidade com que a ação farmacológica de uma droga é percebida, o que depende de seu modo de absorção, ou seja, da via de administração pela qual penetra no organismo (LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012).

Os usuários de *crack* apresentam maior risco para desenvolvimento da dependência quando comparados aos de cocaína inalada, uma vez que o consumo é maior, mais frequente e há maior sensibilidade aos efeitos da substância (RIBEIRO; LARANJEIRA; DUNN, 1998; CARLINI et al., 2001; CHEN; KANDEL, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010),

independentemente de gênero, etnia, associação com álcool ou tempo de consumo (CHEN; ANTONY, 2004).

Quando instalada a síndrome de dependência do *crack*, o que se diferencia em relação à cocaína inalada é a presença de um padrão de consumo compulsivo, geralmente voltado ao alívio ou à evitação de sintomas de abstinência. Dessa forma, essa droga torna-se prioridade na vida da pessoa, fazendo com que suas atividades e compromissos sociais passem a ser negligenciados ou mesmo abandonados na intenção de priorizar o uso da droga (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Assim, a própria farmacologia da cocaína acarreta uma série de efeitos físicos e psíquicos desagradáveis aos usuários (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012); independentemente da via de administração (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996), as complicações são graves e potencialmente fatais, podendo causar disfunções e danos profundos nas esferas da saúde e social (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

Desse modo, há um consenso na literatura quanto ao rápido surgimento de problemas decorrentes do uso da cocaína (fumada) na comparação com outras vias de administração (aspirada) (DUNN et al., 1996; FERRI, 1999; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; DUAILIBI, 2010). Há de se salientar que os usuários de cocaína e/ou de *crack*, além de se exporem a uma série de complicações físicas decorrentes do consumo, apresentam um estilo de vida e modo de consumo relacionados à piora expressiva do estado clínico e mental (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Além disso, a prevalência de transtornos mentais é maior entre os usuários de *crack* se comparados aos de cocaína inalada, sendo a depressão e a ansiedade as comorbidades psiquiátricas mais recorrentes. Tal achado, porém, parece estar menos relacionado ao modo de consumo (fumado ou inalado), e mais à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados. Cabe dizer que a vulnerabilidade para o desenvolvimento da dependência é ainda maior quando os usuários possuem outro transtorno mental. O consumo de *crack* compromete também os diversos campos da vida – trabalho, relacionamentos afetivos, família – e constitui um importante fator de risco para a infecção pelo HIV (FALCK; WANG; CARLSON, 2008).

Na maioria das vezes, o usuário de cocaína e/ou *crack* apresenta problemas com o uso de outras drogas. Tanto a prática clínica como relatos de pesquisas permitem observar que, em geral, os dependentes de cocaína e *crack* são também dependentes de maconha, tabaco e, usualmente, apresentam consumo problemático de álcool (WASHTON, 1989; ALVES, DUAILIBI, 2007).

Os usuários de *crack* utilizam o álcool de modo menos frequente e pesado que os de cocaína inalada. O álcool visa ao manejo dos sintomas de inquietação psicomotora e ansiedade, os quais costumam surgir após o uso da droga. De qualquer maneira, o consumo de álcool é um preditor de severidade e mau prognóstico para o usuário de qualquer substância, inclusive o *crack* (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

O consumo de múltiplas drogas entre os usuários de *crack* é um comportamento muito comum (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006). A maconha é utilizada geralmente com o intuito de reduzir a inquietação e a fissura decorrentes do uso do *crack*. Existe também um grupo que utiliza tanto o *crack* quanto a cocaína inalada, combinação que compromete o prognóstico, pois está associada ao início precoce, maiores frequência e quantidade de uso e envolvimento em atividades ilícitas (GUINDALINI et al., 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

2.1.4 CONSUMO DE MÚLTIPLAS DROGAS

Há evidências de que o uso de múltiplas drogas vem crescendo; na atualidade, de fato, constitui mais uma regra do que exceção, ou seja, uma grande parcela de usuários usa drogas concomitantemente ou de modo alternado. Dessa forma, a abrangência do termo permite, que diferentes tipos de uso possam ser considerados nessa categoria (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

O consumo de múltiplas drogas é frequentemente descrito como o uso de pelo menos duas substâncias no mesmo período de tempo (REYES et al., 2013). A OMS caracteriza esse consumo como um abuso simultâneo ou sequencial de mais de um tipo de droga, com dependência de pelo menos uma das substâncias (WHO, 1994).

Assim, o uso de múltiplas drogas pode ser definido sob alguns parâmetros – uso simultâneo e uso alternado ou sequencial, descritos a seguir.

O padrão de uso de múltiplas drogas simultâneo é o consumo de duas ou mais substâncias psicoativas em um curto intervalo de tempo, suficiente para que ocorra interação entre os diversos efeitos psicoativos. Nessa situação, os efeitos de uma substância podem atenuar ou perdurar os efeitos desagradáveis de outra, como é o caso do álcool, que pode prolongar os efeitos da cocaína ou da maconha (VASCONCELOS et al., 2001; SCHENSUL; CONVEY; BURKHOLDER, 2005; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

O padrão de uso de múltiplas drogas alternado ou sequencial é o uso em um intervalo maior de tempo e em diferentes contextos, sem que haja interação entre os efeitos psicoativos. A

esse padrão podem ser associados os casos de pessoas que usam diferentes substâncias psicoativas, embora mantenham uma droga de escolha, e esporadicamente utilizem outras de acordo com o contexto e disponibilidade (SANCHEZ; NAPPO, 2002; SCHENSUL; CONVEY; BURKHOLDER, 2005; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

O uso de múltiplas drogas também pode ser definido pelo efeito das combinações das drogas no consumidor, definidas de duas formas diferentes: (1) efeito antagônico, utilização de mais de uma droga ao mesmo tempo, de forma tal que uma bloqueie o efeito da outra; (2) efeito sinérgico, mistura de duas ou mais substâncias da mesma classe, de modo a haver uma somatória do efeito psicoativo, gerando um efeito potencializador, para além do efeito de cada uma das substâncias (SCHENSUL; CONVEY; BURKHOLDER, 2005).

No entanto, essas distinções assumem especial importância quando o processo de mistura é intencional, uma vez que os usuários de múltiplas drogas tentam modificar o efeito de uma substância de várias maneiras: (1) aumentar o efeito, usando outra droga para duplicar a sensação de substâncias associadas; (2) eliminar os efeitos da primeira consumindo outras substâncias para neutralizar a sensação causada pela droga primeiramente consumida; ou (3) substituir o efeito de uma droga por outra (SCHENSUL; CONVEY; BURKHOLDER, 2005).

Dessa maneira, as interações entre diferentes drogas consumidas concomitantemente podem levar ao aumento da toxicidade, o que pode ocorrer devido aos efeitos potencializadores das substâncias associadas, fatores farmacocinéticos (redução do metabolismo, levando a concentrações mais elevadas das drogas no sangue), ou de outras interações, tais como a produção de novos metabólitos derivados das drogas ou de produtos resultantes de sua quebra. Os efeitos de determinadas substâncias psicoativas também podem elevar o risco para o consumo de outras substâncias (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006; REYES et al., 2013).

Por exemplo, a intoxicação pelo álcool pode diminuir a capacidade de julgamento sobre a quantidade de cocaína ou *crack* consumida, bem como afetar a conscientização sobre a perda do controle do uso de tais substâncias no período posterior à alta. O uso de várias substâncias também pode elevar o risco de resultados negativos, tais como acidentes ou lesões. A literatura aponta que os efeitos da dependência no uso múltiplo de substâncias podem aumentar consideravelmente o risco de acidentes de trânsito, mesmo com níveis relativamente baixos de intoxicação (EMCDDA, 2007).

Apesar de a literatura assinalar o uso de múltiplas drogas como um fenômeno em evidente crescimento, ainda são poucos os dados disponíveis sobre as taxas de prevalência de consumo das diferentes substâncias (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

O uso de substâncias psicoativas geralmente inicia-se na adolescência, com o consumo de substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco. Estudos evidenciam uma variação de 10 a 30% na evolução do uso experimental para o abuso e a dependência de substâncias, com destaque para os solventes, a maconha e a cocaína (SANCHEZ; NAPPO, 2002; NOTO et al., 2003; GALDURÓZ et al., 2004; CARLINI et al., 2006).

A evolução para uso de múltiplas drogas nesta fase da vida está associada, entre outros fatores, a dificuldades sociais e a pouca continência familiar (SANCHEZ; NAPPO, 2002; GALDURÓZ et al., 2004). Além disso, o uso de múltiplas drogas, tanto entre jovens quanto em adultos, é um indicador de maior gravidade e chance de desenvolvimento da dependência (LERI; BRUNEAU; STEWART, 2003; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

No entanto, o uso de múltiplas drogas não pode ser explicada somente em termos farmacológicos. O significado cultural e social atrelado a diferentes tipos de uso pode prognosticar como e quando uma droga particular é usada (GAFOOR, 1997). Mediante a literatura, a maioria dos estudos justificam mais enfaticamente o uso de múltiplas drogas pela sua farmacologia, não valorizando portanto esses significados.

Algumas consequências do consumo de múltiplas drogas estão associadas ao efeito sinérgico das mesmas, aumento da tolerância e efeitos da dependência (REYES et al., 2013). De modo que o efeito simultâneo das drogas complica o processo de desintoxicação e aumenta a possibilidade de morbidade e mortalidade entre os dependentes de múltiplas drogas (MATHIAS; ZICKLER, 2001; CAPLEHORN; DRUMMER, 2002). Também tem sido associado aos resultados adversos para a saúde, tais como dependência de drogas (LERI; BRUNEAU; STEWART, 2003), aumento do risco de exposição ao HIV e HCV (PETERS; DAVIES; RICHARDSON, 1998) e diminuição do funcionamento cognitivo (DILLON; COPELAND; JANSEN, 2003).

O álcool está presente em quase todas as combinações de substâncias consideradas na definição de consumo de múltiplas drogas. Normalmente é a primeira droga com efeitos psicoativos e de alteração do comportamento que os jovens experimentam; sua ampla disponibilidade faz com que seja a base das combinações utilizadas por jovens adultos, sobretudo em contextos recreativos, bem como por consumidores habituais de drogas (GAFOOR, 1997; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

Estudos mostram grande preocupação com a combinação do uso de álcool e cocaína, uma vez que aumenta os níveis plasmáticos de cocaína e norcocaína, reduz as concentrações de benzoilecgonina e induz a síntese de cocaetileno (HEDAYA, PAN, 1996; PAN, HEDAYA, 1999). Essa composição é considerada um fenômeno frequentemente observado

nos usuários de cocaína e, dessa maneira, além de intensificar os efeitos da droga, é extremamente prejudicial ao organismo, aumentando os riscos de morte súbita (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006) e eleva os riscos de sérios problemas cardiovasculares e de toxicidade no fígado (WITTON; ASHTON, 2002; GOMES, 2007).

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

Outro aspecto farmacocinético decorrente da associação entre cocaína e álcool é a ordem de ingestão. Esse fator é importante e pode influenciar a ação dessa interação. O uso primeiramente do álcool e, posteriormente, da cocaína, eleva as concentrações de cocaína plasmática e de seus efeitos subjetivos, além de aumentar a frequência cardíaca, os sintomas de inquietação psicomotora e ansiedade. Quando o inverso ocorre, ou seja, primeiro o uso de cocaína e posteriormente o de álcool, não resultará em alterações dos níveis de álcool sanguíneo ou nas taxas subjetivas de intoxicação pela cocaína. Assim, ocorrerá uma formação mais lenta de cocaetileno e em menores quantidades (PEREZ-REYES; JEFFCOAT, 1992; PASTOR; LLOPIS; BAQUERO, 2003; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

Pesquisas em humanos mostraram que a interação entre álcool e cocaína causa um aumento significativo na frequência cardíaca e na pressão arterial em comparação ao uso isolado de uma das substâncias (CAMI et al., 1998), reduz a sensação de embriaguez (HIGGINS et al., 1993) e aumenta a de euforia induzida pela cocaína (PEREZ-REYES, JEFFCOAT, 1992; JATLOW, 2001; MCCANCE-KATZ, KOSTEN, JATLOW, 1998).

O uso associado de álcool ocorre em, aproximadamente, metade dos usuários de cocaína, tanto para potencializar os efeitos positivos quanto para aliviar as reações negativas da substância (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006).

Nos Estados Unidos da América, pesquisa mostrou que houve aumento entre 2,4% a 6,1% no consumo associado de drogas de abuso, entre elas a cocaína e o álcool. Nesse estudo, dados evidenciaram que cerca de 4 milhões da população em geral fizeram uso de álcool e cocaína concomitantemente, em algum momento de suas vidas (GRANT; HARTFORD, 1990).

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

O consumo de bebida alcoólica representa um importante fator de risco para o tratamento e o prognóstico, pois há uma relação direta entre usuários de cocaína e abandono de tratamento, tentativa de suicídio e prevalência para outros transtornos mentais (GOSSOP, MANNING, RIDGE, 2006; VAUGHN et al., 2010).

Apesar de a literatura apontar a cocaína e o álcool como a principal combinação de drogas, existem outras. Estudo de Borini, Guimarães e Borini (2003) mostrou que, para metade dos usuários de drogas internados em hospital psiquiátrico que faziam uso de múltiplas drogas, a combinação mais frequente era o *crack* e a maconha, seguida do *crack* e álcool, e em menor proporção, *crack*, maconha e álcool.

Dados apresentados no levantamento nacional sobre o uso de álcool e drogas (LENAD) revelam que 17% dos usuários de cocaína e *crack* utilizam as duas drogas concomitantemente (II LENAD, 2012).

Além disso, os efeitos tóxicos dessas combinações têm sido muito observados nas salas de emergência e unidades de internação. Em 1996, um estudo mostrou que pacientes usuários de álcool e cocaína apresentaram maior porcentagem de queixas clínicas na sala de emergência (SIGNS et al., 1996).

Outro estudo em unidades de internação com pacientes adultos traumatizados evidenciou que o uso associado de álcool e cocaína era a causa do aumento no número de admissão na unidade de terapia intensiva, resultando, dessa maneira, em maiores custos na atenção especializada (WIENER et al., 2010).

Um estudo nacional envolvendo 183 dependentes de substâncias psicoativas que procuraram tratamento apontou que 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas, sendo que 19,6% apresentavam critérios para dependência de três substâncias (OLIVEIRA, 2010).

Além disso, estudos retrospectivos, com base em dados secundários de unidades de atendimento ambulatorial especializadas em dependência química, apontaram aumento da prevalência de consumo de múltiplas drogas (FARIA; SHINEIDER, 2009; SILVA et al., 2010; HORTA et al., 2011; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Revelaram também que grande parte de usuários de substâncias psicoativas acompanhados em serviços especializados fazia uso de múltiplas drogas, principalmente nos casos em que havia a dependência instalada

(FARIA; SHINEIDER, 2009; SILVA et al., 2010; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Desse modo, o fenômeno de consumo de mais de uma droga, caracterizado pelo uso de múltiplas drogas, tem sido crescente e demonstrado em estudos de levantamentos nacionais, unidades hospitalares, serviços especializados ambulatoriais, o que o torna um desafio para os profissionais de saúde. Tendo em vista que os usuários de múltiplas drogas são pacientes que apresentam mais dificuldades para iniciarem e se manterem no tratamento por se expõem mais a riscos e prejuízos sociais, psicológicos e físicos, além de maiores taxas de abandono do tratamento (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011; GAFOOR, 1997).

De tal modo, o consumo de múltiplas drogas deve ser investigado de forma detalhada e cautelosa na avaliação do padrão de consumo, associando a uma intervenção terapêutica nos diferentes contextos da assistência, direcionando para atender as necessidades físicas, psíquicas e sociais decorrentes do uso. Uma vez que os usuários de múltiplas drogas consomem diversas drogas, existe a necessidade de ser mais assertivo em relação a identificar qual droga está lhe causando a maior dependência (física e psicológica), bem como o nível de severidade da dependência (GAFOOR, 1997).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

Há um crescente interesse em compreender fatores que proporcionam a melhora da qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas que fazem tratamento para dependência química (BEST et al., 2013), pois o abuso e a dependência de tais substâncias não são diagnosticados apenas por meio do uso, ou seja, pelos padrões de consumo, mas também são avaliados por seus efeitos ou consequências nas esferas da saúde, psicológica, social e comportamental (RUDOLF; WATTS, 2002).

As condições de vida e saúde referentes à qualidade de vida têm sido alvo de políticos e pesquisadores há muito tempo, principalmente em relação ao papel da medicina, da Saúde Pública e, em um sentido mais genérico, do setor saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objetivo propriamente médico da questão (BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

Há um grande número de evidências científicas que apontam a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos dos componentes da vida social que contribuem para a vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (BUSS,

2000). Esse autor afirma ainda que a concepção de saúde definida pela Organização Mundial da Saúde (1986) – estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade – contém uma visão afirmativa que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com a ausência de doença (WHO, 1986; BUSS, 2000). A saúde deixa de ser, portanto, um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido (BUSS, 2000).

Assim, a saúde passa a ser interpretada como um estado abstrato - um recurso que permite levar uma vida individual, social e economicamente produtiva, considerando se tratar de um recurso para a vida e não seu único objetivo (BUSS, 2000; IRAURGI et al., 2011).

Com isso, surgem novos objetivos e interesses nessa área, principalmente no âmbito da Saúde Pública em relação à promoção, que vão além do estritamente biológico, procurando classificar os fatores preditores psicossociais facilitadores de um melhor estado de saúde e as suas possíveis consequências (IRAURGI et al., 2011).

Nesta perspectiva, a avaliação da saúde já não pode ser restrita ao uso de indicadores clássicos baseados em medidas antropométricas, fisiológicas e bioquímicas ou, de outra forma, com base em indicadores epidemiológicos (mortalidade, morbidade, expectativa de vida). Deve-se levar em consideração que saúde é um conceito multidimensional e, portanto, possui toda diversidade de elementos para fazer uma abordagem mais ampla em sua avaliação. Assim, não basta valorizar somente a doença; é preciso valorizar o sujeito que sofre e sua percepção de si mesmo, bem como do contexto afetado pelas consequências da enfermidade (SEIDL; ZANNON, 2004; IRAURGI et al., 2011).

Sob essa ótica, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e de prevenção de doenças, expressando o aumento do interesse para a avaliação da qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Assim, informações sobre a qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN; 1995).

Outro interesse diretamente relacionado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde refere-se à qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos e de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a certa condição. A

compreensão sobre a qualidade de vida do paciente incorpora-se ao trabalho cotidiano dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (MORRIS; PEREZ; MCNOE; 1998).

Nesse sentido, em relação à qualidade de vida, é possível perceber duas tendências na área da saúde: qualidade de vida a ela relacionada e qualidade de vida como um conceito mais genérico (SEILD; ZANNON, 2004).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece envolver aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEILD; ZANNON, 2004). Refere-se à avaliação subjetiva das influências na saúde atual, cuidados com a saúde e sua promoção sobre a capacidade do indivíduo alcançar e manter um nível global de funcionamento que lhe permita seguir as atividades que considera importantes e que afetam o seu estado de bem-estar (SHUMAKER; NAUGHTON, 1995).

As dimensões importantes para sua mensuração são o funcionamento social, físico e cognitivo, mobilidade e cuidado pessoal, e, por fim, o bem-estar emocional. Essa definição enfatiza a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de sua própria qualidade de vida, que reflete em sua opinião sobre os distintos aspectos afetados pela enfermidade ou pelo tratamento (SHUMAKER; NAUGHTON, 1995; IRAURGI et al., 2011).

Há controvérsias associadas ao uso de medidas de qualidade de vida relacionada à saúde. Os enfoques mais específicos podem contribuir para melhor identificar as características ligadas a um determinado agravo. Acresce-se que algumas dessas medidas possuem abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções, pouco colaborando para uma visão mais abrangente dos aspectos não médicos associados à qualidade de vida (SEILD; ZANNON, 2004).

Nesse contexto, o conceito de qualidade de vida mais genérico objetiva uma definição mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos (SEILD; ZANNON, 2004). Ilustra, com excelência, essa conceituação, a adotada pela OMS, em seu estudo multicêntrico, cujo objetivo principal foi elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida segundo uma perspectiva internacional e transcultural. Assim, a OMS definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A qualidade de vida utilizada com conceito mais genérico apresenta uma avaliação mais ampla comparada à qualidade de vida relacionada à saúde, pois, além das dimensões tradicionais (física, psicológica e social da saúde), inclui fatores como segurança ambiental e oportunidade de recreação e lazer, ou seja, o contexto de vida. Portanto, trata-se de uma perspectiva holística e multidimensional da qualidade de vida, que desvia o foco da limitação no funcionamento (físico, social, psicológico) relacionado somente à saúde (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009).

Os instrumentos mais comuns para serem utilizados na avaliação global têm sido o *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-100) e também a sua versão abreviada, o *World Health Organization Quality of Life – bref* (WHOQOL-bref); no entanto, para a avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde tem sido muito utilizado, tanto em pesquisas quanto na prática clínica, o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* e o *Sickness Impact Profile* (SEILD; ZANNON, 2004).

Contudo, até o momento, a maior parte das pesquisas que avaliaram a qualidade de vida em usuários de substâncias psicoativas adotou a conceituação da qualidade de vida relacionada à saúde e utilizou os instrumentos correspondentes, mas há uma tendência de aumento de pesquisas utilizando a conceituação mais genérica de qualidade de vida (LAUDET; BECKER; WHITE, 2009; MARINI; 2011), uma vez que, no campo da dependência química, há necessidade de uma observação do usuário para além da área restrita da saúde (PILLON; LUIS, 2004).

Diante disso, o presente estudo utilizou a avaliação de qualidade de vida com conceito mais genérico, definido pela OMS em 1995 (THE WHOQOL GROUP, 1995), e também por sua proximidade com a definição de dependência química apresentada pela CID – 10 (OMS, 1993) e DSM – IV (APA, 2003), uma vez que entre os itens dessas classificações estão incluídas as consequências sociais, familiares, profissionais e ocupacionais do consumo, abordadas pela definição da OMS, o que expressa pertinência com a definição de qualidade de vida escolhida (MARINI, 2011). Além disso, vale destacar que a avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, podendo ser influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (LEBRÃO, LAURENTI, 2003).

A escolha pela definição de qualidade de vida com a utilização de conceito mais genérico foi determinada também pela inexistência de escalas de qualidade de vida específicas para usuários de substâncias psicoativas validadas para a população brasileira. Vale mencionar que na literatura nacional foram encontrados apenas estudos com avaliação

de qualidade de vida utilizando a escala padronizada pela definição da OMS, com boa confiabilidade e validade para o contexto brasileiro, testada em pacientes internados e em tratamento ambulatorial para dependência química (LIMA et al., 2005).

A avaliação de qualidade de vida tem-se tornado um relevante critério para mensurar resultados terapêuticos em diferentes patologias crônicas, como a dependência química, além de possibilitar a avaliação da efetividade dos tratamentos em distintos domínios, o que permite o direcionamento de estratégias terapêuticas para focar objetivos mais específicos no tratamento desses usuários (BUSS, 2000; LAUDET; BECKER; WHITE, 2009; MARINI; 2011).

Nesse sentido, o processo de avaliação necessita de indicadores que contemplem as necessidades do fenômeno a ser avaliado. Na área da saúde, na assistência clínica, os indicadores tradicionais de avaliação têm mostrado suas limitações diante de resultados terapêuticos no tratamento da dependência química. Assim, a avaliação da qualidade de vida tem sido estudada na tentativa de torná-la um indicador de resultados em saúde, complementando os indicadores de medidas de avaliação de usuários de substâncias psicoativas (IRAURGI; TRUJOLS et al., 2011).

Um estudo com o objetivo de comparar a qualidade de vida, sob vários aspectos, em homens e mulheres atendidos em uma unidade de desintoxicação no momento da admissão e após doze semanas de seguimento, evidenciou que mudanças na situação familiar, depressão e reações emocionais estavam significativamente relacionadas à redução no consumo de álcool e todos esses fatores foram associados a distúrbios afetivos, fornecendo evidências referentes à qualidade de vida dos dependentes de álcool (FOSTER; PETERS; MARSHALL, 2000).

Em outro estudo, o grau de dependência e qualidade de vida foi avaliado em 443 usuários de *crack* em tratamento ambulatorial, explorando a relação entre a frequência do uso do *crack*, álcool e tabaco; os resultados mostraram que o uso de múltiplas drogas pode gerar graves problemas de saúde e sociais. A dependência do uso de *crack* foi associada negativamente com as áreas: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, sociais, emocionais e saúde mental (SF-36); a dependência de álcool e tabaco foi associada negativamente com o estado geral de saúde (FALCK et al., 2000). Os autores ainda ressaltaram que a avaliação da qualidade de vida produz dados confiáveis sobre o estado de saúde do usuário de droga e, como tal, pode ter um papel importante nas avaliações envolvendo essas populações.

Estudo de validação das propriedades psicométricas do WHOQOL-bref em 36 homens usuários de álcool que procuraram tratamento em dois centros, divididos em dois grupos de

acordo com a gravidade da dependência do álcool (dependência baixa/moderada e grave), mensurados pela *Short Form Alcohol Dependence Data* (SADD), identificou que 63,9% dos usuários apresentavam dependência grave; indivíduos com dependência baixa/moderada apresentaram escores mais elevados em todos os domínios do WHOQOL-bref e do SF-36 (LIMA et al., 2005).

Ao avaliar a qualidade de vida (SF-36) em 86 dependentes de álcool acompanhados pelo programa de tratamento para alcoolismo, estudo revelou que a qualidade de vida desses dependentes estava prejudicada principalmente no aspecto físico e da saúde mental. Em relação ao grau de dependência, os dependentes moderados e/ou graves apresentaram qualidade de vida inferior aos dependentes leves quanto aos aspectos: físico, estado geral de saúde, vitalidade, social e saúde mental. Os resultados mostraram ainda que usuários não abstinentes apresentaram qualidade de vida mais prejudicada quando comparados aos abstinentes nos aspectos: físico, social e saúde mental (MENEZES, 2006).

Ao avaliar a qualidade de vida em 149 usuários de cocaína atendidos em um ambulatório especializado na Espanha, usuários que apresentavam qualidade de vida mais prejudicada estavam desempregados e possuíam condições de moradia instável; os usuários que apresentaram menor grau de severidade da dependência apresentaram associações significativas com maior nível de satisfação nas áreas de relacionamento familiar, financeiro, saúde, segurança e tratamento para dependência de álcool e drogas (MORALES-MARIQUE et al., 2011).

Uma avaliação de qualidade de vida e consumo de álcool foi realizada em pacientes hepatopatas do sexo masculino, acompanhados em um ambulatório, no ano de 2009, com os instrumentos CAGE, AUDIT, WHOQOL-bref. Os resultados apontaram que pacientes com CAGE positivo (provável dependência de álcool) apresentaram médias menores no domínio físico do WHOQOL-bref, e os abstêmios apresentaram médias maiores no domínio social quando comparados aos consumidores classificados como médio e alto risco ou provável dependência. Além disso, os abstêmios e os usuários de baixo risco pontuaram médias mais elevadas no domínio social quando comparados aos usuários de médio risco para o uso de álcool (MARTINS et al., 2012)

A literatura evidencia que o uso abusivo de substâncias psicoativas tem gerado sérias repercussões individuais, familiares e sociais, comprometendo a qualidade de vida desses usuários, das pessoas com quem convivem e da sociedade da qual fazem parte, uma vez que o uso desencadeia consequências diversas (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Dessa forma, faz-se necessário ampliar a área do conhecimento sobre o uso de substâncias psicoativas, nas diversas esferas da vida (satisfação em relação aos recursos psicológicos, físicos e sociais). Nesse contexto, o conceito de qualidade de vida para o setor da saúde surgiu como uma tentativa de valorizar as percepções do indivíduo a respeito de vários aspectos de sua vida e não meramente uma avaliação de seu estado de saúde (LIMA, 2002).

A análise da literatura permite observar que os aspectos da qualidade de vida mais afetados podem ser utilizados na concretização de medidas terapêuticas no tratamento da dependência química. Assim, a medida da qualidade de vida pode surgir como um parâmetro útil para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas, uma vez que permite uma avaliação mais ampla do bem-estar das pessoas, não se restringindo à redução do consumo ou à abstinência (LIMA; FLECK, 2008). Além disso, é uma variável importante em estudos clínicos e intervencionistas (MORALES-MARIQUE et al., 2011).

A literatura ressalta ainda que a avaliação da qualidade de vida pode beneficiar a relação entre paciente e profissional da saúde, uma vez que ambos conseguem perceber o processo de doença de forma mais ampla, localizando as prioridades, melhorando a compreensão por parte do profissional de saúde e a confiança por parte do paciente (WHOQOL GROUP, 1994).

Justificativa

3. JUSTIFICATIVA

Diversas são as evidências de que o consumo de cocaína, *crack* e múltiplas drogas influencia direta ou indiretamente vários aspectos da vida de seus usuários, principalmente no âmbito da saúde e nas relações sociais, que estão atrelados à qualidade de vida.

Nesse sentido, entende-se que minimizar e/ou eliminar essas substâncias possa gerar mudanças progressivas nas esferas física, psicológica e social do indivíduo, considerando que o consumo de drogas tem implicações biopsicossociais que comprometem de forma definitiva o estilo de vida. Assim, o uso destas substâncias é visto como um processo que afeta não somente os domínios orgânico e emocional, mas também interfere no nível de autonomia do indivíduo e em suas relações sociais, alterando a percepção de qualidade de vida desses sujeitos. Dessa forma, a severidade da dependência e a situação social, familiar, psicológica e biológica devem ser avaliadas com a finalidade de auxiliar a implementação de intervenções terapêuticas que possam nortear o tratamento da dependência química de forma adequada.

Assim, com o desenvolvimento da presente investigação, acredita-se que os resultados possam contribuir também com o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas e com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, com o intuito de minimizar e/ou eliminar os riscos relacionados ao uso nocivo e/ou à dependência de drogas.

Destaca-se ainda que as diretrizes do referido plano referem-se a investimentos na área científica com base no desenvolvimento de novos conhecimentos na área, o que justifica a realização do presente estudo. Desse modo, é importante ressaltar sua subvenção pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar as possíveis relações entre uso de cocaína, *crack* e múltiplas drogas, aspectos biológicos, psicológicos, sociais e as interfaces com qualidade de vida.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos usuários de cocaína, *crack* e múltiplas drogas em tratamento para a dependência de drogas;
- Avaliar o tipo de droga usada, níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool e da cocaína/*crack*;
- Identificar as possíveis relações entre uso de cocaína, *crack* e múltiplas drogas, aspectos familiares, saúde mental/física, trabalho/ocupação, uso de substâncias psicoativas, legais/jurídicos e qualidade de vida de usuários em tratamento.

Material e Método

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1 DESENHO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa.

5.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad II) de Ribeirão Preto, São Paulo.

Trata-se de um serviço pioneiro na assistência aos usuários de álcool e/ou de drogas, subsidiado e descrito pela Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e/ou outras Drogas, inaugurado em decorrência da necessidade de um serviço especializado, e de referência, para a rede de saúde mental em Ribeirão Preto (CAPS-AD II, 2013).

O CAPSad II funciona diariamente, oferece atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e orientação) e em grupo (acolhimento, oficinas terapêuticas), bem como visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial. Atualmente atende aproximadamente 70 pacientes por dia; em 2012, foram atendidos 5502 pacientes, dos quais 840 eram casos novos, ou seja, pacientes que nunca haviam procurado tratamento para dependência (CAPS-AD II, 2013).

Todo o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, assistente social, professor de educação física, nutricionista, auxiliares de enfermagem e administrativo, que trabalham de modo integrado e com uma proposta terapêutica em comum (CAPS-AD II, 2013).

O usuário chega ao serviço por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento oferecido pela rede de assistência municipal, seja pela rede de saúde ou de assistência social. Antes de participar do Grupo de Acolhimento, o usuário é avaliado por um profissional, que realiza a anamnese com a finalidade de conhecer o tipo de droga, padrão de uso, possíveis sinais de síndrome de abstinência e gravidade da dependência. Esta avaliação é destinada aos pacientes que chegam pela primeira vez ao serviço (CAPS-AD II, 2013).

O grupo de acolhimento destina-se a todos os pacientes, tanto aos que frequentam regularmente o programa terapêutico e aos “ex-pacientes” que, quando necessário, retornam (CAPS-AD II, 2013).

Atualmente existem três modalidades de Grupo de Acolhimento (GA) que atuam separadamente: grupo de acolhimento geral para adultos (GAG), grupo de acolhimento para

familiares (GAF) e grupo de acolhimento geral para mulheres (GAM). Além desses, há o grupo de manutenção de tratamento, destinado aos pacientes que se encontram abstinentes há mais de um mês (CAPS-AD II, 2013).

Consultas médicas são realizadas caso haja necessidade de atendimento para problemas mentais ou físicos avaliados pela equipe que acompanha os casos (CAPS-AD II, 2013).

Na organização de serviço, há um grupo de discussão de casos clínicos por parte da equipe e elaboração de um Programa Terapêutico, além da avaliação das facilidades e dificuldades de cada caso. Todo usuário do serviço possui um profissional de referência, que desenvolve um contrato terapêutico específico e o acompanha de maneira individual e personalizada (CAPS-AD II, 2013).

As atividades terapêuticas oferecidas no Programa Terapêutico estão centradas principalmente em atividades grupais, que, além do Grupo de Acolhimento, também são compostas por Psicoterapia Individual/Grupal, Terapia Ocupacional, Oficinas Terapêuticas (prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), expressão artística, mosaico, entre outras), Avaliação nutricional e atividades esportivas e recreativas (CAPS-AD II, 2013).

5.3 AMOSTRA

Uma amostra clínica foi composta por 140 usuários de drogas, que procuraram tratamento para dependência no referido serviço.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos; usuários de cocaína, *crack* e múltiplas drogas foram incluídos no estudo. Vale destacar que o termo múltiplas drogas não remete ao diagnóstico, mas sim à combinação do uso de mais de uma substância psicoativa.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos que apresentaram retardo mental grave, sintomas psicóticos evidentes e prejuízos cognitivos severos, avaliados por meio da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS-A), foram considerados como critérios de exclusão no estudo (Anexo B).

5.6 PROCEDIMENTOS

5.6.1 RECRUTAMENTO

Os clientes foram recrutados nas atividades terapêuticas de rotina do referido serviço, ou seja, no primeiro atendimento individual (na triagem) ou no grupo de acolhimento. Aos sujeitos que aceitaram participar do presente estudo, foram apresentados os objetivos da pesquisa, orientados quanto aos procedimentos aos quais seriam submetidos (responder voluntariamente as perguntas) e esclarecidos sobre os aspectos éticos (anonimato, direito de interromper o estudo a qualquer momento). Após essa etapa, a coleta de dados foi agendada com os entrevistadores de acordo com a disponibilidade de horário dos sujeitos. Esta estratégia foi necessária para que a participação na pesquisa não comprometesse a funcionalidade do serviço. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi firmado por meio da assinatura dos sujeitos, e uma cópia foi entregue aos participantes.

5.6.2 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada por três entrevistadores envolvidos na pesquisa desde o início do projeto. Eles foram treinados para uniformização de entendimento e padronização na forma de coleta de dados e uso dos instrumentos da pesquisa, com a finalidade de proporcionar informações mais fidedignas e homogêneas. O período da coleta de dados perfez três meses, no primeiro semestre de 2012. Para que a entrevista pudesse ser realizada, além da avaliação dos critérios de exclusão e inclusão, foi necessária, inicialmente, uma avaliação dos sintomas mentais, por meio da escala BPRS-a.

5.6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo A), Processo nº 381. O projeto segue os pressupostos da Resolução 466/2012.

Todos os clientes do CAPSad II que foram convidados a participar da pesquisa e aceitaram, conforme apresentado no recrutamento, foram novamente esclarecidos sobre os

objetivos e procedimentos para realização da entrevista, a qual ocorreu em locais reservados, possibilitando-lhes tranquilidade e privacidade, bem como a garantia do seu anonimato.

Os participantes foram informados que poderiam interromper ou encerrar a entrevista no momento em que desejassem e esclarecidos que a pesquisa não lhes causaria qualquer risco físico, social ou psicológico ou geraria custo econômico. Também foi ressaltado que as informações não alterariam seu tratamento no serviço.

5.6.4 TESTE PILOTO

No mês de julho de 2011, um teste piloto foi realizado para adaptar e adequar os entrevistadores para utilização dos instrumentos de coleta de dados, além de avaliar a eficiência na forma de procedimento para a referida coleta.

5.7 INSTRUMENTOS

5.7.1 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica versão ancorada (BPRS-A)

Para avaliar os critérios de exclusão utilizou-se a BPRS-a (Anexo B). Elaborada em 1962 por Overall e Gorham, a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS) era composta inicialmente por 16 itens (OVERALL, GORHAM, 1962). Em 1965, foram acrescentados outros dois ("excitação" e "desorientação") e, dessa forma, passou a ser composta por 18 itens ou sintomas. Cada item psicopatológico da BPRS possui 7 níveis de severidade (ausente, muito leve, leve, moderado, moderado para grave, grave, muito grave), correspondendo aos valores de 1 a 7. As definições operacionais dos níveis de gravidade do BPRS são muito subjetivas.

Diante da subjetividade da escala na versão padrão, Woener e colaboradores criaram, em 1988, "âncoras" - definições operacionais para cada um dos graus de gravidade, com a finalidade de resolver o problema da subjetividade e torná-la mais confiável (WOERNER; MANUZZA; KANE, 1988).

A tradução para o português do BPRS baseou-se na versão ancorada de Woerner (1988), contando com escores que variam de zero a seis para os graus de severidade (ROMANO, ELKIS, 1996). Nesta tradução, o BPRS foi pontuado de zero a seis, e não de um a sete, devido ao fato de que Thompson, Buckley e Meltzer (1994) demonstraram que, na

ausência de patologia, se esta fosse representada por um e não por zero, haveria uma superestimação da psicopatologia, permitindo o surgimento de falsos positivos.

Esta escala é constituída por quatro fatores:

- Distúrbio de Pensamento: composto por desorganização conceitual, conduta alucinatória e alteração do conteúdo do pensamento;
- Retraimento/Retardo Psicomotor: formado por retraimento emocional, retardo motor e afeto embotado;
- Hostilidade/Desconfiança: hostilidade, desconfiança e falta de cooperação com a entrevista;
- Ansiedade/Depressão: ansiedade, sentimentos de culpa e humor depressivo.

Várias análises fatoriais subsequentes, como a BPRS16 ou a BPRS18, por meio de várias técnicas de extração de fatores (componente principal, varimax, oblíqua), continuaram igualmente identificando os quatro fatores.

A pontuação final é dada pela somatória de cada resposta, podendo variar de zero a 108 pontos. Para fins deste estudo, serão excluídos os pacientes que obtiverem pontuação de pelo menos quatro (moderadamente intensa), em pelo menos dois dos seguintes BPRS itens: Distúrbio de Pensamento e Hostilidade/Desconfiança.

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

5.7.2 Informações sociodemográficas;

5.7.3 *Short Alcohol Dependence Data* (SADD);

5.7.4 Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS);

5.7.5 *World Health Organization Quality of Life* versão abreviada (WHOQOL-bref).

5.7.6 The Addiction Severity Index (ASI6);

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram (Anexo C):

5.7.2 Informações sociodemográficas

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

5.7.3 Short Alcohol Dependence Data (SADD)

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

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

Em estudo realizado com dois grupos de pacientes ambulatoriais, sendo um da especialidade de gastroenterologia e outro específico para o tratamento da dependência do álcool, os autores, ao investigarem as motivações para mudanças de comportamento do beber, constataram que pacientes do ambulatório especializado para o tratamento do álcool pontuaram médias mais elevadas na SADD, com fortes indicadores de dependência grave do álcool, enquanto os da gastroenterologia foram considerados mais propensos a um quadro de dependência moderada (FIGLIE et al., 2005).

5.7.4 Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS)

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

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

A pontuação total é obtida por meio da soma dos cinco itens, os quais mensuram os sintomas da síndrome de dependência nos últimos 12 meses. Para sua leitura, quanto maior a pontuação, maior o nível de gravidade da dependência da droga (GOSSOP, 1995).

Trata-se de uma escala econômica, de fácil aplicação, que pode ser usada para avaliar o grau de severidade da dependência de diferentes tipos de drogas; foi validada no Brasil por

Ferri et al. (2000). A SDS leva em torno de cinco minutos para ser respondida (GOSSOP, 1995).

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

5.7.5 Avaliação da qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida, utilizou-se a versão abreviada em português do instrumento Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref).

O WHOQOL-bref foi validado no Brasil por Fleck et al., em 2000, com o artigo “Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-bref”, apresentando bom desempenho psicométrico e praticidade de uso. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK et al., 2000).

O instrumento é a versão abreviada precedente do WHOQOL-100, que consiste em 100 perguntas. O método WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural (KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2009). Este instrumento possui 26 itens, com duas perguntas gerais e as demais 24 representam as facetas que compõem o instrumento original, divididas em quatro domínios. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e, a segunda, à satisfação com a própria saúde (THE WHOQOL GROUP, 1997).

Assim, diferentemente do WHOQOL-100, por meio do qual cada um dos 24 domínios é avaliado com base em quatro questões, no WHOQOL-bref é avaliado por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo realizado em 20 centros de 18 diferentes países (THE WHOQOL GROUP, 1997).

O WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1997). A seguir, estão descritos os domínios e suas respectivas facetas (Quadro 3).

Quadro 3. Domínios e facetas do instrumento WHOQOL-bref.

Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto; 2. Energia e fadiga; 3. Sono e repouso; 9. Mobilidade; 10. Atividades da vida cotidiana; 11. Dependência de medicação ou de tratamento; 12. Capacidade de trabalho.
Domínio II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos; 5. Pensar, aprender, memória e concentração; 6. Autoestima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos; 24. Espiritualidade/ Religião/ Crenças Pessoais.
Domínio III - Relações sociais	13. Relações pessoais; 14. Suporte (apoio) social; 15. Atividade sexual.
Domínio IV- Ambiente	16. Segurança física e proteção; 17. Ambiente no lar; 18. Recursos financeiros; 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); 23. Transporte.

Fonte: THE WHOQOL GROUP, 1997

Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre um a cinco, considerando as últimas duas semanas. Dependendo do conteúdo indagado, as perguntas podem estar relacionadas à Intensidade, à Capacidade, à Frequência e à Avaliação.

Para leitura das respostas, os valores maiores referem-se a altos índices de Qualidade de Vida, exceto para os itens reversos (dor e desconforto; sentimentos negativos e dependência de tratamento médico/medicamentoso). Os valores de cada um dos domínios são avaliados separadamente, transformados em uma escala de zero a 100.

Os escores são pontuados separadamente em cada domínio correspondente (Anexo D) e, para tal, será utilizado o programa estatístico SPSS, na versão 16.

Os resultados são as médias das facetas e dos domínios, variando de 0 a 100%, representando melhor qualidade de vida o valor que mais se aproximar de 100%.

Apesar deste instrumento ser de domínio público, foi solicitada uma autorização formal ao grupo responsável por sua validação no Brasil.

5.7.6 The Addiction Severity Index – ASI6

O *Addiction Severity Index* (ASI6) é um instrumento de entrevista semiestruturada, que acessa, de forma multidimensional, informações relativas aos vários aspectos da vida de pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. Pode ser utilizado no momento da admissão ao tratamento e, posteriormente, no seguimento de um projeto terapêutico, pois possibilita a obtenção de informações relativas a seis meses anteriores às entrevistas, bem como a 30 dias prévios ao contato (MCLELLAN et al., 2006).

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

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

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

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

treinamento para sua validação na versão brasileira, bem como solicitou, pessoalmente, autorização para utilizá-lo aos autores originais.

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

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

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

Para a recodificação das variáveis e, posteriormente, leitura do ASI6, a equipe de pesquisadores do Dr Pechansky elaborou uma *Syntax* dos dados (a ser utilizada nos programas: SPSS e EXCEL); sua aplicação resulta nos escores finais do ASI e esse material está disponível na *homepage* do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), juntamente com o Manual de Aplicação e o Guia de Orientação, os quais foram utilizados no presente estudo (KESSLER; PECHANSKY, 2006).

5.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

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

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

Os dados foram avaliados por meio da estatística descritiva, tendo sido possível a caracterização da amostra quanto às variáveis em estudo. Esta metodologia tem por objetivo sintetizar uma série de valores de mesma natureza, possibilitando uma visão global da variação dos mesmos, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência

e de medidas descritivas. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de *Fisher* (FISHER, 1935).

Para avaliar a correlação entre as variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, que quantifica a força de associação linear entre duas variáveis, e, portanto, descreve quão bem uma linha reta se ajustaria através de uma nuvem de pontos. Utilizou-se também o coeficiente correlação de *Spearman* (PAGANO; GAUVREAU, 2004), o qual consiste em uma medida de correlação não-paramétrica, isto é, avalia a relação entre duas variáveis com base nos postos das suas observações, sem fazer suposições sobre a distribuição de suas frequências. Esse procedimento foi realizado por meio do software SAS® 9.1, utilizando a PROC CORR. O coeficiente de correlação mede o grau de associação linear entre duas variáveis e pode variar de -1 a 1 , dependendo da relação encontrada: positivamente correlacionada (se uma variável tende a aumentar em grandeza conforme a outra também aumenta) ou negativamente correlacionada (se uma variável tende a diminuir conforme a outra aumenta).

Para as comparações, foi utilizada a Análise de Variância - ANOVA (MONTGOMERY, 2000). Este método de análise baseia-se em fragmentar a variância total de uma determinada resposta (variável dependente) em duas partes: a primeira, em razão do modelo de regressão (no caso, entre grupos) e, a segunda, devido aos resíduos (erros) (dentro dos grupos). Quanto maior for a primeira em relação à segunda, maior será a evidência da diferença entre as médias dos grupos. Este modelo tem como pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal, com média zero e variância constante. Quando esse pressuposto não foi atendido, aplicou-se uma transformação na variável resposta. O procedimento foi realizado por meio do *software* SAS® 9.0, utilizando a PROC GLM. Para as comparações, foram utilizados contrastes ortogonais, baseados na distribuição t. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

Para avaliar a influência dos dados sociodemográficos no domínio de qualidade de vida foram utilizados modelos de análises de regressão linear múltipla. Este método é utilizado para ajustar (controlar) os efeitos de muitas variáveis de modo a determinar o efeito independente de cada uma delas. Além disso, pode selecionar, com base em um grande conjunto de variáveis, aquelas que contribuem de forma independente para a variação global do desfecho. Esta modelagem também é capaz de organizar as variáveis de acordo com a sua força de contribuição (FLETCHER; FLETCHER, 2006). Este procedimento foi realizado por meio do *software* SAS® 9.0. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

Resultados

6. RESULTADOS

6.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra foi composta predominantemente por adultos jovens, do sexo masculino, de raça branca, divorciados/separados, professavam a religião católica, possuíam baixo nível de escolaridade e se ocupavam de atividades informais. A amostra diferenciou-se em relação à idade, à raça e ao estado civil, com diferenças estatísticas significativas ($p \leq 0,05$). Os dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Apresentação, em número e porcentagens, das informações sociodemográficas, segundo os usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

		Cocaína		Crack		Múltiplas drogas		Valores de p
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Masculino	28	68,3	43	79,6	36	80,0	0,3627
	Feminino	13	31,7	11	20,4	9	20,0	
Faixa Etária	18 a 29	26	63,4	22	40,7	3	6,7	<0,01*
	30 a 49	13	31,7	30	55,6	25	55,6	
	50 ou mais	2	4,9	2	3,7	17	37,8	
Raça	Negra	9	22,0	10	18,5	20	44,4	0,038*
	Branca	22	53,7	25	46,3	17	37,8	
	Parda/Mestiça	10	24,4	19	35,2	8	17,8	
Estado civil	Solteiro	22	53,7	24	44,4	7	15,6	0,004*
	Divorciado / Separado	13	29,3	16	29,6	24	53,3	
	Casado	6	14,6	13	24,1	13	28,9	
	Viúvo	1	2,4	1	1,9	1	2,2	
Religião	Católico	16	53,3	24	60,0	18	52,9	0,439
	Evangélico	12	40,0	14	35,0	11	32,4	
	Espírita	1	3,3	-	-	3	8,8	
	Não possui	1	3,3	2	5,0	2	5,9	
Escolaridade	Ensino Fundamental	16	39,0	31	57,4	28	62,2	0,150
	Ensino Médio	22	53,7	18	33,3	12	26,7	
	Ensino Superior	2	4,9	4	7,4	2	4,4	
	Nenhum	1	2,4	1	1,9	3	6,7	
Situação laboral	Turno Integral	3	7,3	4	7,4	2	4,4	0,857
	Meio turno	-	-	2	3,7	2	4,4	
	Desempregado e ativamente procurando trabalho	10	24,4	8	14,8	9	20,0	
	Fora do mercado de trabalho	21	51,2	26	48,1	21	46,7	
	Bicos	7	17,1	14	25,9	11	24,4	

*Valor de $p \leq 0,05$

6.2 ASPECTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO

Os usuários, em sua maioria, buscaram tratamento por si mesmos ou tiveram a ajuda do cônjuge, familiar ou amigos, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Encaminhamentos para o tratamento do uso de drogas, segundo os usuários de drogas (N=140). Ribeirão Preto, 2012.

	Cocaína		Crack		Múltiplas drogas	
	N	%	N	%	N	%
Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigos	29	20,7	33	23,6	30	21,4
Instituição de saúde ou profissional da saúde	9	6,43	12	8,6	12	8,6
Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas	3	2,1	4	2,9	2	1,4
Serviço comunitário	-	-	3	2,1	1	0,7
Sistema penal ou pelo juiz	-	-	2	1,4	-	-

*Valor de $p \geq 0,05$

Quanto à participação no tratamento, mais da metade dos usuários de drogas já esteve em tratamento, conforme evidenciam os dados na Tabela 3.

Tabela 3. Participação em tratamento para dependência de drogas, segundo os usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	Cocaína		Crack		Múltiplas drogas	
	N	%	N	%	N	%
Em tratamento	20	14,3	34	24,3	19	13,6
Primeira vez no tratamento	21	15,0	20	14,3	26	18,6

*Valor de $p \geq 0,05$

Ao comparar os grupos de usuários de drogas entre si, em relação ao tempo de tratamento e ao número de vezes internados para o uso de álcool e drogas, não houve diferença nas médias, conforme ilustra a Tabela 4.

Tabela 4. Comparação da diferença entre as médias em relação ao tratamento entre os grupos de usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	Comparações	Diferença entre as médias	IC (95%)		Valores de p.
			LI	LS	
Tempo em internação psiquiátrica ou em unidade para tratamento de álcool e drogas (últimos 6 meses)	Cocaína e <i>Crack</i>	-10,50	-29,09	8,078	0,265
	Cocaína e Múltiplas drogas	-8,75	-28,21	10,71	0,375
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	1,75	-16,34	19,84	0,848
Tempo em internação psiquiátrica ou em unidade para tratamento de álcool e drogas (últimos 30 dias)	Cocaína e <i>Crack</i>	-2,16	-5,45	1,13	0,197
	Cocaína e Múltiplas drogas	-0,75	-4,18	2,68	0,665
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	1,40	-1,80	4,61	0,387
Tempo em unidade de internação para álcool e drogas (6 meses)	Cocaína e <i>Crack</i>	-5,17	-18,18	7,84	0,427
	Cocaína e Múltiplas drogas	-7,10	-21,13	6,93	0,312
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-1,93	-13,62	9,76	0,740
Tempo em unidade de internação para álcool e drogas (30 dias)	Cocaína e <i>Crack</i>	0,50	-22,13	23,13	0,958
	Cocaína e Múltiplas drogas	-3,50	-29,16	22,16	0,750
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-4,00	-21,12	13,11	0,588
Tempo de tratamento para álcool e drogas (dias)	Cocaína e <i>Crack</i>	-0,25	-0,64	0,14	0,209
	Cocaína e Múltiplas drogas	-0,17	-0,59	0,23	0,401
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	0,07	-0,31	0,46	0,699
Número de vezes tratado para o uso de álcool e drogas	Cocaína e <i>Crack</i>	-2,73	-9,33	3,87	0,415
	Cocaína e Múltiplas drogas	-4,32	-11,20	2,55	0,216
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-1,59	-8,03	4,84	0,624

*Valor de $p \geq 0,05$

6.3 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Quanto ao uso de drogas, 38,6% eram usuários de *crack*, conforme evidencia a Tabela 5.

Tabela 5. Tipo de droga mais usada, segundo os usuários de drogas (N=140). Ribeirão Preto, 2012.

	N	%
Cocaína	41	29,3
Crack	54	38,6
Múltiplas Drogas	45	32,1

Os inalantes, cigarro e maconha, foram as drogas de primeiro uso entre os usuários, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Valores da Média, Desvio-padrão, mínimos e máximos da idade do primeiro uso de drogas, segundo os usuários de drogas (N=140). Ribeirão Preto, 2012.

	Média	Dp.	Mín.	Máx.
Inalantes (N= 11)	14,9	4,5	10	26
Cigarro (N= 118)	15,0	5,9	6	42
Maconha (N= 106)	15,5	4,4	6	30
Álcool (N = 113)	16,6	6,3	6	57
Alucinógeno (N = 5)	17,7	1,5	16	20
Estimulante (N = 5)	18,3	3,7	14	25
<i>Crack</i> (fumado) (N = 74)	21,1	8,7	8	55
Cocaína (inalada) (N = 65)	21,2	6,6	12	41
Sedativo (N = 9)	31,5	13,5	15	49

Ao comparar as médias, identificaram-se diferenças estatísticas significantes nas médias de idade e na idade de início do tratamento de álcool e drogas entre os usuários de cocaína, *crack* e aqueles de múltiplas drogas, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Comparação da diferença entre as médias de idade, idade do primeiro uso de álcool e do tratamento, uso regular de cocaína/*crack* entre os grupos de usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	Comparações	Diferença entre as médias	IC (95%)		Valores de p.
			LI	LS	
Idade	Cocaína e <i>Crack</i>	-3,08	-7,13	0,97	0,135
	Cocaína e Múltiplas drogas	-16,68	-20,91	-12,45	<0,0001*
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-13,60	-17,56	-9,65	<0,0001*
Idade do primeiro uso de álcool	Cocaína e <i>Crack</i>	0,65	-2,37	3,68	0,667
	Cocaína e Múltiplas drogas	-1,21	-4,20	1,76	0,420
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-1,87	-4,63	0,87	0,179
Idade de início do tratamento de álcool e drogas	Cocaína e <i>Crack</i>	-0,44	-6,67	5,78	0,887
	Cocaína e Múltiplas drogas	-9,11	-15,56	-2,66	0,006*
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-8,67	-14,26	-3,07	0,002*
Idade de primeiro uso de cocaína/ <i>crack</i>	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-3,15	-7,621	1,32	0,164
Anos de uso regular de cocaína/<i>crack</i>	Cocaína e <i>Crack</i>	-5,51	-12,64	1,61	0,128
	Cocaína e Múltiplas drogas	1,61	-7,16	10,38	0,716
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	7,13	-1,29	15,55	0,096

*Valor de $p \leq 0,05$

Em relação aos níveis de gravidade da SDA, os usuários de *crack* e os de múltiplas drogas apresentaram níveis mais severos da dependência do álcool, conforme mostrado na Tabela 8.

Tabela 8. Classificação dos níveis de gravidade da síndrome de dependência do álcool (SADD), segundo usuários de drogas (n=140). Ribeirão Preto, SP.

	Cocaína		<i>Crack</i>		Múltiplas drogas	
	N	%	N	%	N	%
Sem dependência	6	14,6	15	27,8	2	4,4
SDA Leve	9	22,0	6	11,1	2	4,4
SDA Moderada	17	41,5	10	18,5	8	17,8
SDA Grave	9	22,0	23	42,6	33	73,3

*Valor de $p \leq 0,05$

6.4 THE ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI6)

Os usuários de cocaína e os de múltiplas drogas apresentaram diferenças estatísticas significativas nas áreas: droga, álcool, psiquiátrica, médica e legal (ASI6). Já os usuários de crack e múltiplas drogas se diferenciaram nas áreas: droga, álcool, psiquiátrica e médica (ASI6), conforme pode ser observado na Tabela 9.

Tabela 9. Comparação da diferença entre as médias dos escores das áreas do ASI6-6 entre os grupos de usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

		Diferença entre as médias	95% IC		Valores de p.
			LI	LS	
Drogas	Cocaína e Crack	0,312	-2,71	3,34	0,8387
	Cocaína e Múltiplas drogas	3,28	0,13	6,44	0,0413*
	Crack e Múltiplas drogas	2,97	0,02	5,92	0,0481*
Família	Cocaína e Crack	1,55	-2,58	5,68	0,4591
	Cocaína e Múltiplas drogas	0,21	-4,08	4,52	0,9208
	Crack e Múltiplas drogas	-1,33	-5,35	2,69	0,5133
Álcool	Cocaína e Crack	0,56	-3,83	4,96	0,8002
	Cocaína e Múltiplas drogas	-10,61	-15,19	-6,03	<0,0001*
	Crack e Múltiplas drogas	-11,17	-15,46	-6,89	<0,0001*
Psiquiátrica	Cocaína e Crack	-1,165	-5,311	2,98	0,5794
	Cocaína e Múltiplas drogas	-6,88	-11,20	-2,55	0,0020*
	Crack e Múltiplas drogas	-5,71	-9,75	-1,67	0,0059*
Médica	Cocaína e Crack	-2,12	-6,77	2,53	0,3689
	Cocaína e Múltiplas drogas	-7,83	-12,68	-2,98	0,0017*
	Crack e Múltiplas drogas	-5,71	-10,25	-1,18	0,0139*
Legal	Cocaína e Crack	-3,16	-7,57	1,253	0,1589
	Cocaína e Múltiplas drogas	-5,04	-9,65	-0,44	0,0319*
	Crack e Múltiplas drogas	-1,88	-6,18	2,42	0,3888
Ocupação	Cocaína e Crack	0,72	-2,58	4,02	0,6664
	Cocaína e Múltiplas drogas	0,40	-3,04	3,84	0,8172
	Crack e Múltiplas drogas	-0,31	-3,53	2,90	0,8452
Suporte Social e Familiar	Cocaína e Crack	-3,635	-7,64	0,37	0,0750
	Cocaína e Múltiplas drogas	-1,138	-5,31	3,03	0,5906
	Crack e Múltiplas drogas	2,496	-1,40	6,40	0,2082
Problemas Familiares e Sociais	Cocaína e Crack	-0,654	-4,63	3,32	0,7453
	Cocaína e Múltiplas drogas	1,312	-2,83	5,45	0,5323
	Crack e Múltiplas drogas	1,966	-1,90	5,84	0,3173

*Valor de $p \leq 0,05$

A severidade da dependência do álcool e de drogas (SADD e ASI6) se diferenciou entre os usuários de cocaína, *crack* e os de múltiplas drogas, quando comparados aos usuários de cocaína e os de *crack*, com diferenças estatísticas significativas.

Quanto ao nível de gravidade da dependência de drogas (SDS), destaca-se o grupo de usuários de cocaína que apresentou maior nível de gravidade e se diferencia quando comparado aos de *crack* e os de múltiplas drogas, conforme evidencia a Tabela 10.

Tabela 10. Comparação da diferença entre os escores totais do SADD, SDS e ASI6, segundo os grupos de usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	Comparações	Diferença entre Médias	95% IC		Valores de p.
			LI	LS	
SADD	Cocaína e <i>Crack</i>	-2,01	-6,55	2,53	0,381
	Cocaína e Múltiplas drogas	-11,97	-16,70	-7,24	<0,0001*
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-9,95	-14,38	-5,53	<0,0001*
SDS	Cocaína e <i>Crack</i>	-2,10	-3,66	-0,54	0,008*
	Cocaína e Múltiplas drogas	-1,84	-3,61	-0,07	0,042*
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	0,26	-1,39	1,92	0,753
ASI6	Cocaína e <i>Crack</i>	-7,59	-22,94	7,75	0,3297
	Cocaína e Múltiplas drogas	-26,29	-42,29	-10,30	0,0014*
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	-18,70	-33,66	-3,74	0,0146*

*Valor de $p \leq 0,05$

6.5 WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE - BREF

Nos domínios Físico e Psicológico (WHOQOL-bref), somente a variável estado civil mostrou contribuição significativa, conforme evidencia a Tabela 11.

Tabela 11. Contribuições das informações sociodemográficas nos domínios do WHOQOL-bref, segundo os usuários de substâncias psicoativas (n=140). Ribeirão Preto, 2012.

Variáveis	Domínios							
	Físico		Psicológico		Social		Ambiente	
	β	p.	β	p.	β	p.	β	p.
Intercepto	75,20	<0,0001	33,83	0,05	40,01	0,02	35,82	0,02
Religião	-2,84	0,279	0,410	0,884	1,033	0,708	1,8507	0,467
Gênero	-4,89	0,377	-4,069	0,494	-3,063	0,598	-1,943	0,717
Faixa Etária	-1,53	0,677	3,750	0,345	1,123	0,772	6,049	0,092
Raça	-0,03	0,989	0,997	0,646	-0,083	0,968	0,816	0,677
Estado civil	4,89	0,0133*	4,462	0,0354*	3,010	0,144	1,721	0,362
Escolaridade	-1,70	0,507	0,084	0,975	3,306	0,222	2,549	0,306
Situação laboral	-3,69	0,063	0,254	0,904	-1,195	0,564	-2,262	0,238
R²	0,095		-0,010		-0,022		-0,001	

*Valor de $p \leq 0,05$

Ao comparar as diferenças entre as médias dos escores dos domínios (WHOQOL-bref) entre os usuários de drogas, não se observou diferenças entre os grupos estudados, dados apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Comparação dos escores dos domínios WHOQOL-Bref entre os grupos de usuários de drogas (N = 140). Ribeirão Preto, 2012.

	Comparações	Diferença entre médias	95% IC		Valores de p.
			LI	LS	
Físico	Cocaína e <i>Crack</i>	6,74	-2,56	16,0	0,152
	Cocaína e Múltiplas drogas	8,38	-1,25	18,03	0,088
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	1,64	-7,37	10,65	0,720
Psicológico	Cocaína e <i>Crack</i>	7,77	-1,49	17,03	0,100
	Cocaína e Múltiplas drogas	7,05	-2,60	16,71	0,151
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	0,711	-9,74	8,31	0,876
Social	Cocaína e <i>Crack</i>	2,65	-6,44	11,74	0,565
	Cocaína e Múltiplas drogas	4,06	-5,40	13,54	0,397
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	1,41	-7,43	10,27	0,752
Ambiente	Cocaína e <i>Crack</i>	7,89	-0,478	16,21	0,064
	Cocaína e Múltiplas drogas	3,59	-5,12	12,32	0,416
	<i>Crack</i> e Múltiplas drogas	4,29	-3,86	12,45	0,300

*Valor de $p \leq 0,05$

Ao avaliar as escalas, observa-se que os escores do ASI6, WHOQOL-bref, SDS e SADD estiveram correlacionados entre si.

Ao correlacionar os domínios do WHOQOL-bref e o escore total do ASI, são observadas correlações negativas em todos os itens, ou seja, à medida que aumentam os problemas na ASI6, na SDS e SADD, diminuem os aspectos relacionados à qualidade de vida. A Tabela 13 traz esses dados.

Tabela 13. Coeficiente de Correlação de Pearson dos domínios do WHOQOL-Bref e ASI6, SDS e SADD, segundo os usuários de drogas (N= 140). Ribeirão Preto, 2012.

		ASI6	SDS	SADD
Físico	r	-0,370*	-0,268*	-0,195*
	p.	0,000	0,003	0,021
Psicológico	r	-0,237*	-0,284*	-0,175*
	p.	0,005	0,001	0,038
Social	r	-0,232*	-0,181*	-0,104
	p.	0,006	0,043	0,222
Ambiente	r	-0,250*	-0,148	-0,061
	p.	0,003	0,099	0,477

*Valor de $p \leq 0,05$

Ao correlacionar os domínios dos instrumentos do ASI-6 e os do WHOQOL-bref, observam-se correlações negativas e estatisticamente significativas em quase todos os domínios, evidenciando que, conforme aumenta a gravidade dos problemas avaliados pelo ASI-6, os domínios da qualidade de vida diminuem (Tabela 14).

Tabela 14. Coeficiente de Correlação de Pearson dos escores das áreas do ASI6 e os do WHOQOL-Bref, segundo os usuários de substâncias psicoativas (N= 140). Ribeirão Preto, 2012.

		Físico	Psicológico	Social	Ambiente
Drogas	r.	-0,144	-0,059	-0,057	-0,086
	p.	0,089	0,490	0,505	0,313
Família	r.	0,152	0,088	-0,014	-0,038
	p.	0,072	0,299	0,871	0,653
Álcool	r.	-0,179*	-0,217*	-0,265**	-0,193*
	p.	0,034	0,010	0,002	0,022
Psiquiátrica	r.	-0,176*	-0,101	-0,215*	-0,099
	p.	0,038	0,236	0,011	0,243
Médica	r.	-0,486**	-0,195*	-0,063	-0,023
	p.	0,000	0,021	0,457	0,784
Legal	r.	-0,247**	-0,189*	-0,068	-0,074
	p.	0,003	0,026	0,425	0,386
Ocupação	r.	-0,075	0,038	0,091	-0,030
	p.	0,376	0,653	0,284	0,722
Suporte Social e Familiar	r.	-0,060	-0,069	-0,178*	-0,288**
	p.	0,478	0,415	0,035	0,001
Problema Familiar e Social	r.	-0,126	-0,132	-0,057	-0,120
	p.	0,137	0,119	0,503	0,157

*Valor de $p \leq 0,05$

Discussão

7. DISCUSSÃO

Este estudo buscou uma melhor compreensão sobre as possíveis relações entre uso de cocaína, *crack* e múltiplas drogas, aspectos biológicos, psicológicos, sociais e as interfaces com qualidade de vida, com vistas a auxiliar e incrementar estratégias de intervenção a serem utilizadas no tratamento da dependência química.

Evidências mostram que o uso destas drogas gera sérias repercussões individuais, familiares e sociais, comprometendo a qualidade de vida desses usuários, das pessoas com quem convivem e o seu entorno, uma vez que o uso desencadeia consequências diversas (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

A princípio, é importante mencionar que diante do convite aos participantes para realizar a entrevista na presente pesquisa, não houve recusas. Além disso, na avaliação dos critérios de exclusão por meio da BPRS, a pontuação da escala variou de zero a 16 pontos, sendo a moda 2 pontos. Assim, todas as pessoas convidadas apresentaram condições satisfatórias para participar do estudo.

7.1 INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra caracterizou-se predominantemente por indivíduos do sexo masculino, que professavam a religião católica, possuíam baixo nível de escolaridade e realizam atividades informais (Tabela 1).

Apenas a faixa etária, a raça e o estado civil diferenciaram-se entre os grupos avaliados da amostra ($p \leq 0,05$). Em relação à idade, os usuários de cocaína eram mais jovens quando comparados aos de *crack* e aos de múltiplas drogas. No que se refere à raça, os usuários de cocaína e *crack* eram predominantemente brancos e, os de múltiplas drogas, negros. Referente ao estado civil, os usuários de cocaína e *crack* eram solteiros e, os de múltiplas drogas, divorciados/separados (Tabela 1).

Na presente pesquisa houve predominância do sexo masculino entre os grupos estudados (Tabela 1). A esse respeito, observa-se que na área da dependência química há uma série de comportamentos associados às questões peculiares do gênero (HORTA et al., 2007). Estudos apontam que homens que consomem bebidas alcoólicas apresentam maiores chances de se tornarem dependentes (21,4%) quando comparados às mulheres (9,2%), possivelmente porque o padrão de consumo dessa substância é bem superior entre eles. Além disso, a

genética e as diferenças biológicas entre os sexos desempenham papéis importantes para tal fato (SADOCK; SADOCK, 2007).

Das diferenças biológicas entre os sexos, destaca-se, por exemplo, que o consumo de uma mesma quantidade de álcool por peso corporal, consumida no mesmo período de tempo, leva a maiores níveis de alcoolemia nas mulheres quando comparadas aos homens, o que decorre do maior teor de lipídios e menor teor de água no corpo feminino (MUMENTHALER et al., 1999; RAMCHANDANI; BOSRON; LI, 2001). Essa diferença biológica também pode estar relacionada à idade (PARLESÁK et al., 2002), pois, à medida que as mulheres envelhecem, tornam-se mais sensíveis ao consumo de bebidas em razão de seu corpo passar a ter aumento na razão gordura/água. Além disso, a proporção da enzima álcool-desidrogenase (responsável pela metabolização do álcool) geralmente é menor nas mulheres e acarreta sua lentificação no organismo (WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

Da mesma forma, a cocaína provoca diferentes reações entre homens e mulheres, apesar da inexistência de evidências e explicações consistentes na literatura. Nas mulheres, a cocaína inalada tem efeito mais duradouro, enquanto que nos homens a resposta é mais intensa e rápida. Uma peculiaridade das mulheres é a associação de um quadro de intoxicação mais acentuada da substância durante a fase folicular, uma vez que na fase lútea a mucosa nasal torna-se mais viscosa, o que limita a absorção da substância, diminuindo os níveis plasmáticos (GREENFIELD; O'LEAVY, 2002).

Pesquisas têm registrado maiores porcentagens de homens usuários de substâncias psicoativas em estudos populacionais no Brasil (CARLINI; GALDURÓZ, 2005; LARANJEIRA et al., 2007). Esses dados também foram encontrados em investigações realizadas em populações clínicas, como pessoas atendidas em unidades de internação (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003; SOUSA; OLIVEIRA, 2010) e serviços especializados, a exemplo do CAPS-ad (FARIA; SCHNEIDER, 2009; VELHO, 2010; JORGE, 2010; HORTA et al., 2011; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Estudos têm destacado também, na relação gênero e tipo de droga usada, que em homens, além do consumo de álcool, o uso de cocaína e de *crack* tem sido mais prevalente na comparação com as mulheres (CARLINI; GALDURÓZ, 2005; LARANJEIRA et al., 2007; FARIA; SCHNEIDER, 2009; VELHO, 2010; JORGE, 2010; HORTA et al., 2011; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Todavia, vale mencionar que o perfil de uso exclusivo de apenas uma droga tem sido paulatinamente substituído pela associação de múltiplas drogas (OLIVEIRA; NAPPO, 2008), fato evidenciado na literatura não como algo restrito ao gênero masculino, apesar de sua maior proporção (REYES et al., 2012).

No presente estudo, na análise da faixa etária observou-se que usuários de cocaína e *crack* eram mais jovens quando comparados aos de múltiplas drogas (Tabela 1).

A esse respeito, a literatura tem considerado que a idade pode estar relacionada aos anos de envolvimento com diversas drogas, sendo o início precoce decorrente do uso recreativo de diferentes substâncias ao longo da vida, em busca de efeitos mais intensos (SANCHEZ; NAPPO, 2002; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Apesar da experimentação e do consumo de drogas serem considerados comportamentos muito comuns na adolescência, o risco de um jovem se tornar dependente, no caso de cocaína e/ou *crack*, é muito maior (BESSA, 2012). Cabe ainda lembrar que o uso dessa substância perpassa a fase da adolescência e resulta em problemas e maiores riscos no início da idade adulta, levando os indivíduos a buscarem tratamentos em função, sobretudo, das condições sociais e de saúde do que propriamente pelo uso da droga em si (FERRI et al., 2000; FERRI, 1999; FERREIRA FILHO et al., 2003; RIBEIRO et al., 2006).

Edwards, Marshall e Cook (2005) descreveram que em diversos países, o uso de múltiplas drogas ocorre geralmente em pessoas com idade na faixa dos 40 anos. Essa relação, idade e uso de substâncias foi também evidenciada em estudo que identificou que o consumo de bebidas alcoólicas geralmente é mais frequente em pessoas adultas, enquanto que os usuários de *crack* são mais jovens (VELHO, 2010). Ao mesmo tempo, outro estudo revelou o consumo de várias drogas como tabaco, álcool e maconha antes e em associação ao uso do *crack* em usuários atendidos em CAPSad (HORTA et al., 2011), dados que corroboram os do presente estudo.

Além do consumo de outras substâncias por parte de usuários de *crack*, há evidências de que usuários de cocaína inalada também fazem uso de múltiplas drogas, migrando para o uso de *crack* em busca dos efeitos mais potentes da droga (SMART, 1991). Características como ser jovem e usuário de múltiplas drogas são consideradas fatores de risco fundamentais no processo de migração para o *crack* (PAQUETTE et al., 2010).

Essa realidade também foi observada em pacientes de serviços públicos dos Estados Unidos, sendo que mais da metade dos usuários adultos jovens apresentou padrão de consumo de múltiplas drogas (KEDIA; SELL; RELYEA, 2007). Em relação a esse padrão de consumo, a literatura aponta ainda que usuários de cocaína são mais jovens e fazem uso mais intenso de álcool; os de *crack* são mais velhos e com padrão de consumo de álcool menos intenso (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006). Nesse sentido, evidências sinalizam que altos índices de uso de substâncias em pessoas mais jovens podem ter um decréscimo no futuro,

apresentando padrões de uso com variações substanciais de acordo com a idade (USDHHS, 2000).

Os grupos estudados apresentaram diferenças estatísticas em relação à variável raça. A maioria dos usuários de cocaína e *crack* era de raça/cor branca e a de múltiplas drogas da raça negra (Tabela 1). Na área da dependência de drogas, diferenças raciais e econômicas devem ser consideradas, embora essa característica envolva pessoas de todas as classes sociais e raças (LIMA, 2002).

Ao avaliar as diferenças no perfil da mortalidade de homens negros e brancos, residentes do estado de São Paulo no ano de 1999, pesquisa evidenciou maior mortalidade em decorrência do uso de drogas em homens negros em razão de múltiplos fatores que englobam o estilo de vida e o tempo ocioso em função do desemprego (trabalho esporádico/informal). Somado a isso, os baixos níveis de qualificação e o desemprego contribuem para o consumo de drogas em maior frequência na tentativa de enfrentar as adversidades da vida (BATISTA, 2005).

O uso de drogas associado com a pobreza, raça, desemprego e a ausência de vínculos familiares tem sido cada vez mais demonstrado em estudos, tanto no Brasil quanto em outros países (NAPPO et al., 2001; FALCK; WANG; CARLSON, 2008). Entretanto, observa-se que a literatura tem mostrado que esse perfil vem se transformando e a designação de grupos de maior vulnerabilidade para o uso de drogas aos poucos tem sido abandonada, passando a ter uma ênfase maior no âmbito da saúde pública em diversas nações (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012). Há, no entanto, estudos demonstrando grandes concentrações de uso de drogas, principalmente o *crack*, em populações de maior vulnerabilidade (PAQUETTE et al., 2010).

Ao descrever as características de usuários de drogas em tratamento em sete unidades especializadas de São Paulo, estudo demonstrou que usuários de cocaína, *crack* e múltiplas drogas eram, em sua maioria, brancos, mas, também, que usuários de múltiplas drogas diferenciaram-se dos de cocaína inalada e *crack* quanto à idade, raça e escolaridade (GUINDALINI et al., 2006). Esses dados corroboram os do presente estudo, considerando que usuários de múltiplas drogas caracterizam-se por serem adultos, negros e com baixo nível de escolaridade.

Várias diferenças nas características sociodemográficas de usuários de substâncias psicoativas foram apontadas, dentre elas: os consumidores somente de álcool geralmente eram mais velhos, brancos, casados ou separados/divorciados, com baixo nível de escolaridade. Por outro lado, usuários de drogas apresentaram características distintas: eram mais jovens,

negros, nunca tinham se casado e possuíam ensino médio. Já pacientes que faziam uso de duas substâncias (álcool e drogas) apresentavam características intermediárias entre os outros dois grupos (MCCAUL; SVIKIS; MOORE, 2001).

Outro estudo sobre o padrão de consumo de drogas em clientes de serviços públicos nos EUA revelou que, em relação à etnia, os brancos eram mais propensos ao uso de uma única droga e, os negros, ao de múltiplas (KEDIA; SELL; RELYEA, 2007).

Quanto ao estado civil, a maioria dos usuários de cocaína e *crack* era solteira e a de múltiplas drogas divorciada/separada, dados estatisticamente significativos (Tabela 1).

A literatura mostra associação negativa entre relacionamento estável e uso de substâncias psicoativas (RHULE-LOUIE; MCMAHON, 2007). Os autores consideraram que rompimentos amorosos estavam atrelados ao aumento do consumo de álcool, de maconha e de tabaco (FLEMING et al., 2010), enquanto que relacionamentos estáveis estavam associados à redução do consumo de substâncias psicoativas (HORWITZ; WHITE; HOWELL-WHITE, 1996; LABOUVIE, 1996; BACHMAN et al, 1997; LEONARD; ROTHBARD, 1999).

Investigações têm demonstrado que esta associação pode estar acompanhada de outros benefícios na saúde mental, tais como níveis mais baixos de depressão (HORWITZ; WHITE; HOWELL-WHITE, 1996), bem como redução da exposição a ambientes sociais (por exemplo, bares e encontros sociais), onde o uso e a disponibilidade das substâncias são mais intensos (BACHMAN et al, 2002). Além disso, ter um relacionamento estável pode gerar efeito protetor em toda a transição da adolescência para a idade adulta (FLEMING et al., 2010).

A literatura evidencia ainda que o divórcio pode estar associado ao aumento do consumo de substâncias, principalmente o álcool (BACHMAN et al, 1997). No entanto, a correlação entre relacionamento estável e uso de substâncias psicoativas deve ser analisada com cautela, uma vez que nem sempre o uso se estabelece em decorrência do divórcio, não estando, portanto, diretamente a ele associado. Algumas vezes, é o uso abusivo que gera um processo de separação conjugal.

Nesse sentido, a influência de um relacionamento estável sobre o consumo de substâncias psicoativas é mais complexa e não pode ser reduzida apenas a uma visão simplista de que a união provoca redução do consumo ou o contrário (PRESCOTT; KENDLER, 2001).

Vale também destacar que usuários de cocaína e/ou *crack* geralmente apresentam problemas em constituir, manter ou sustentar uma família, provavelmente em decorrência do estreitamento de repertório de consumo de álcool e/ou de drogas, deixando de lado as relações

intrapessoais e interpessoais, substituindo a relação com as pessoas por um relacionamento com a droga de abuso (SCHENKER; MINAYO, 2004, ELBREDER et al., 2008). Esses fatos geram conflitos frequentes e brigas familiares (FIGLIE et al., 2004), o que acaba também contribuindo para os altos índices de separação (VAIZ BONIFAZ; NAKANO, 2004; RABELLO; CALDAS JUNIOR, 2007).

No presente estudo, a maioria dos usuários de drogas professava a religião católica (Tabela 1). A religião tem sido considerada um dos fatores de proteção importante frente ao uso de substâncias psicoativas por auxiliar no processo de recuperação da dependência de drogas, promovendo um melhor engajamento social (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A literatura internacional tem evidenciado os efeitos medicinais da religião sobre a dependência química, relacionando-a ao fortalecimento de apoio social, o qual pode ter duas consequências: (1) reforçar normas sociais contra o uso de substâncias psicoativas e (2) possibilitar um espaço de interação social que não envolva o uso de álcool ou de drogas (NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE AT COLUMBIA UNIVERSITY, 2001).

Acresce-se que os fundamentos religiosos podem auxiliar na construção da personalidade do indivíduo, incluindo valores morais que preconizam o respeito e a preservação da vida (MILLER, 2000). Assim, vincula-se a religiosidade a uma preocupação maior quanto à manutenção de bem-estar e autopreservação, bem como a novas perspectivas de vida (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

Estudos realizados em diferentes contextos socioculturais demonstraram que, em populações de adolescentes e jovens, há uma associação entre não possuir religião ou expressar pouca crença religiosa, não frequentar igreja e cultos e maior uso de álcool e drogas (DALGALARRONDO et al., 2004; BAZARGAN; SHERKAT; BAZARGAN, 2004; CHEN et al., 2004).

Além disso, a literatura menciona outras variáveis associadas à religião que auxiliam na redução do uso de substâncias, tais como a importância atribuída à religião na vida, o envolvimento com a religião, as medidas de crença religiosa (crença em Deus, intensidade da fé, por exemplo), as práticas religiosas pessoais (orações individuais, leituras religiosas), as participação em atividades na igreja, além de cultos, do tempo dedicado a atividades religiosas e crenças e valores religiosos ortodoxos ou fundamentalistas (DALGALARRONDO et al., 2004).

Nesse sentido, a religião desempenha um importante papel sobre a saúde, em especial a saúde mental, sendo um fenômeno resultante de vários fatores que podem influenciar principalmente o estilo de vida, suporte social, sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar, estresse, direção e a orientação espiritual (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Os usuários de cocaína possuem baixos níveis de escolaridade - ensino médio completo ou incompleto; os usuários de *crack* e múltiplas drogas chegaram ao ensino fundamental (Tabela 1).

A baixa escolaridade em usuários de drogas é entendida como um grave problema social visto que ocorre, muitas vezes, em função do próprio uso de drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2002; SCHEFFER; PASA; SINOS; ALMEIDA, 2010). Tal condição é preocupante uma vez que o baixo nível de escolaridade acarreta pouca qualificação profissional e, conseqüentemente, menor expectativa de vida (PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011).

Tal fato é abordado em estudos nacionais desenvolvidos em unidades de tratamento para dependência química (VELHO, 2010; JORGE, 2010; SILVA et al., 2011; HORTA et al., 2011; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINHO, 2012), relacionando o uso de drogas ao abandono escolar em razão dos prejuízos decorrentes do consumo (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Ao associar o abandono escolar ao uso de drogas, a literatura recomenda adotar uma abordagem que contemple elementos além da dependência, sugerindo cinco fatores a serem observados: (1) características e atitudes pessoais dos jovens, (2) ambiente familiar, (3) fatores relacionados à escola (4), características do uso de substâncias e (5) características do bairro em que reside. Nesse sentido, aproxima o abandono escolar a uma causa multifatorial, a qual inclui o uso, mas também sofre interferência do ambiente familiar, grupo de amigos, além das escolhas do próprio usuário (HAASE; PRATSCHKE, 2011).

Na presente pesquisa, a maioria dos usuários de drogas encontrava-se fora do mercado de trabalho (Tabela 1). A dependência de substâncias psicoativas tem sido considerada um dos principais motivos para a perda de emprego e absenteísmo no trabalho (SANCHEZ; NAPPO, 2002). Além disso, comprometimentos gradativos de usuários dependentes nos aspectos biopsicossociais trazem-lhes dificuldades e preconceitos, dificultando novas possibilidades de trabalho ou permanência no atual emprego (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Estudo objetivando avaliar o perfil de usuários de drogas em tratamento em uma unidade de internação revelou que a maioria dos entrevistados afirmou ter perdido o emprego pelo menos uma vez na vida em decorrência do abuso de substâncias psicoativas (SILVA et al., 2010). Do mesmo modo, outra investigação evidenciou que as substâncias que prevaleceram associadas às baixas taxas de emprego foram o álcool, seguido pela cocaína e o *crack* (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Essas pesquisas corroboram investigações internacionais que apontam altas taxas de desemprego em usuários de drogas (SIEGAL; LI; RAPP, 2002).

Pesquisa com o objetivo de avaliar preditores do tratamento em usuários de drogas que utilizavam diversas modalidades terapêuticas mostrou que as taxas de desemprego eram altas e os usuários de álcool apresentavam maiores porcentagens de emprego no momento da entrevista, relatando renda mensal superior a 500 dólares. Os resultados revelaram também que usuários de uma só droga eram mais propensos a ter renda ilegal. Os autores alertaram para o fato de, apesar dos dados de emprego recente em usuários de álcool, tanto eles como os de drogas e de múltiplas drogas necessitavam de aconselhamento específico para retornar ao mercado de trabalho ou a fim de que se mantivessem no atual emprego (MCCAUL; SVIKIS; MOORE, 2001).

Embora grande parte dos usuários de drogas estivesse desempregada, há evidências de um incremento nas taxas de trabalho informal. (BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012). Na avaliação do perfil de usuários de drogas em unidades de internação, entre 2002 e 2006, estudo identificou aumento do número de trabalhadores autônomos e aposentados e redução percentual de desempregados. Os autores chamam a atenção para esse fato considerando a possibilidade dos entrevistados terem relatado que eram trabalhadores autônomos ao invés de desempregados, inferindo que o número de trabalhadores autônomos poderia então, de fato, estar relacionado ao real número de desempregados (FORMIGA et al., 2009).

7.2 ASPECTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO

Além de analisar as informações sociodemográficas, conhecer os aspectos relacionados ao tratamento, independentemente do tipo de droga utilizada, é essencial no processo de avaliação dos pacientes uma vez que são considerados alguns dos melhores preditores de seu desfecho (SIMPSON et al., 1997; MCCAUL; SVIKIS; MOORE, 2001), com forte influência nos resultados alcançados. Além disso, permite conhecer informações

cruciais sobre tratamentos progressos, possibilitando assim repensar diretrizes para um planejamento de ações terapêuticas com metas e estratégias mais efetivas direcionadas a cada paciente.

No presente estudo, os encaminhamentos para o serviço em questão ocorreram, em sua maioria, pelos próprios usuários, com auxílio de familiares ou amigos (Tabela 2). Este resultado era até esperado, considerando que a motivação para o tratamento caracteriza-se por uma condição imperativa para busca e permanência (ROSENSTOCK; 1974). A procura por tratamento entre usuários de drogas pode ser impulsionada ainda pelas consequências desse consumo na vida pessoal, as quais geram um desconforto no ambiente em que estão inseridos, motivando-os a buscar ajuda, incentivados pelo próprio desejo e também por familiares e amigos (LARANJEIRA et al., 2007; FARIA; SCHNEIDER, 2009; SILVA et al., 2011; ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Ainda a esse respeito, estudos realizados em serviços como o CAPS ad (FARIA; SCHNEIDER, 2009; SILVA et al., 2011) destacaram a busca por tratamento especializado por meio de encaminhamentos feitos pelos próprios profissionais de saúde, uma vez que têm sido realizados investimentos para detecção precoce das consequências do uso e abuso de substâncias nos diversos níveis de atenção à saúde (VELHO, 2010; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

A maioria dos usuários já realizou tratamento anteriormente (Tabela 3). Há evidências de que eles passam por diversas vezes em serviços de saúde, havendo, portanto, mais de uma tentativa de tratar a dependência de drogas (BRORSON et al., 2013). Lembrando que na presente amostra há um grupo considerável de usuários de múltiplas drogas. Nesse sentido, o abandono da terapêutica tem sido abordado como um problema complexo e multifatorial, também relacionado à dificuldade de adesão desde seu o início (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; BRORSON et al., 2013).

O número de vezes em tratamento pode estar relacionado ainda ao frequente abandono do recurso terapêutico, sendo diversos os fatores que podem estar associados. Nesse contexto, como foi descrito por Simpson et al. (1997) e McCaul; Svikis; Moore (2001) e enfatizado nos estudos de Duailibi; Ribeiro; Laranjeira (2010) e Silva et al. (2011) as características sociodemográficas de usuários foram descritas também como potenciais preditores para o abandono, dentre elas: ser jovem, desempregado, ter baixo poder aquisitivo e possuir baixo nível de escolaridade, além de suporte familiar precário. Existem outros aspectos que explicam a dificuldade de adesão, tais como: envolvimento em crimes, dificuldade de relacionamento social e familiar, ausência de um dos pais, transtornos psiquiátricos em um

dos membros da família e dependência de álcool associada ou não à de drogas (DUNN; LARANJEIRA, 1999).

O processo da recaída foi descrito e considerado como preditor do abandono do tratamento por ser elemento relevante na dinâmica da dependência, provocado possivelmente por comprometimentos cognitivos gerados pelo uso da droga, levando o usuário à perda do controle diante de estímulos relacionados ao uso e à redução da capacidade de detectar comportamentos de risco, tornando-o propenso a recaídas (MONTEIRO; RIBEIRO, 2012).

Acresce-se que o processo da recaída em usuários de drogas decorre de dificuldades enfrentadas desde o início do tratamento, considerando que a maioria desses usuários possui sérios problemas de saúde e sociais, tanto anteriores como em consequência do uso. Desse modo, conforme aumenta a gravidade da dependência, maiores são as chances de apresentarem problemas pessoais, tais como baixo nível de escolaridade e dificuldade de resolução de conflitos sociais e afetivos. Assim, atingir abstinência no tratamento pode ser somente o início de um longo processo, no qual a ocorrência de conflitos familiares e sociais é comum, proporcionando um desequilíbrio no tratamento, favorecendo recaídas (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012), resultando em um retrocesso dos recursos terapêuticos utilizados e permanente busca por tratamento por parte dos usuários.

Quanto ao tempo de permanência no tratamento, embora não tenham sido registradas diferenças significativas entre os grupos avaliados, observa-se que os usuários de *crack* e os de múltiplas drogas foram os que apresentaram as maiores médias, ao passo que usuários de múltiplas drogas estiveram mais vezes em tratamento quando comparados aos demais grupos (Tabela 4).

O tempo de permanência no tratamento somado ao estágio de prontidão para mudança do comportamento em relação ao uso de drogas é considerado também dentre os mais consistentes preditores para alcançar a abstinência e outros resultados de sucesso (SIEGAL; RAPP, 2002, MCCAUL; SVIKIS; MOORE, 2001; SIMPSON; JOE; BROOME, 2002). Porém, usuários que apresentaram maiores níveis de gravidade da dependência e comprometimentos em decorrência do uso apresentaram mais dificuldades para atingir melhores níveis de sucesso terapêutico no tratamento (ALTERMAN et al., 2000).

7.3 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso de *crack* e o consumo de múltiplas drogas foram predominantes entre os usuários entrevistados (Tabela 5). Esse resultado era até esperado no presente estudo. Uma vez que

atualmente, o uso dessa droga é responsável por uma parcela considerável de toda assistência em unidades de tratamento especializadas, considerando somente as substâncias ilícitas (VELHO, 2010), de modo que suas consequências para a vida dos usuários são marcantes, sendo a droga que mais os motiva a buscarem por tratamento ainda que não seja a mais consumida pela população em geral. Isso revela o impacto pessoal e familiar da dependência (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Por outro lado, Carlson et al. (2010) descreveram que os fatores predisponentes para a busca de tratamento em usuários de drogas dizem respeito ao aumento da gravidade da dependência, à presença de problemas, a uma série de prejuízos biopsicossociais gerados pelo uso dessa droga e a tratamentos anteriores (FERREIRA FILHO et al., 2003; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Há de se considerar que estudos anteriores mostraram que, dentre os usuários de drogas ilícitas, os que consumiam *crack* eram os que menos procuravam ajuda (CARLSON et al., 2010), postergando, ao máximo, a busca por tratamento (METSCHI et al., 1999; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Eles não recorreram a tratamentos nos primeiros anos de uso da droga e, quando o fizeram, suas motivações decorriam, fundamentalmente, da presença de problemas agudos, buscando ajuda nas unidades de emergência (FALCK et al., 2004; DIAS et al., 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; MARQUES et al., 2012).

Os dados do LENAD evidenciaram, em usuários de cocaína, baixos índices de busca por tratamento (10%) e também de suas percepções sobre o consumo na condição de um problema a ser tratado (LARANJEIRA et al., 2013). No entanto, a literatura menciona a existência de uma significativa parcela de usuários de *crack* que procurou algum tipo de tratamento formal ao longo do período de consumo, independentemente do nível de gravidade de sua dependência (FALCK et al., 2004).

A procura por tratamento entre os usuários de cocaína, *crack* e múltiplas drogas é ampla e complexa. Pesquisadores descreveram o tratamento como um desafio para os profissionais de saúde em serviços com diversos níveis de complexidade, uma vez que esses usuários apresentam baixa adesão à terapêutica em função dos altos níveis de comprometimentos físico, sociais e psicológicos (GAFOOR, 1997; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Apesar do grande número de usuários de *crack*, é importante destacar a porcentagem de usuários de múltiplas drogas observada na presente amostra (Tabela 5), principalmente por ser um padrão de consumo em notório crescimento e não mostra nenhum sinal de redução (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012),

o que gera graves consequências à saúde física e mental (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011) visto que as interações entre diferentes drogas consumidas concomitantemente podem levar ao aumento da toxicidade e resultar em piores condições nos diversos aspectos da qualidade de vida do usuário (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006; REYES et al., 2013).

Cabe registrar que o uso de múltiplas drogas é entendido como uma forma de manipular a intensidade e a duração dos efeitos euforizantes do uso da cocaína e do *crack*, funcionando tanto como um paliativo dos efeitos negativos (paranoia, disforia e agitação) quanto como um potencializador dos efeitos positivos, o que reforça o comportamento de busca pela droga (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Acresce-se que esses elementos são capazes de complicar o processo de desintoxicação e o desfecho do tratamento, aumentar a possibilidade de morbidade e mortalidade em dependentes de múltiplas drogas (MATHIAS; ZICKLER, 2001; CAPLEHORN; DRUMMER, 2002), estando associados ao aumento da gravidade de dependência de drogas (LERI; BRUNEAU; STEWART, 2003).

Por fim, Edwards; Marshall; Cook (2005) recomendam que os profissionais de saúde devem reconhecer que a demanda de usuários de múltiplas drogas está muito presente no cotidiano de sua assistência e conhecê-los adequadamente é fundamental para oferecer uma assistência de qualidade. No tratamento da dependência química, não deve ser considerada a intensidade da especialidade, pois essa muitas vezes não está de acordo com as realidades clínicas e os problemas apresentados pelos pacientes muitas vezes não respeitam as demarcações dos especialistas. No entanto, um treinamento inadequado poder significar que os usuários de múltiplas drogas terão dificuldades em obter tratamento, assim serão avaliados e tratados de maneira incompleta e frequentemente rejeitados. Se os serviços de tratamento quiseram enfrentar com sucesso este desafio, precisam integrar melhor o tratamento de álcool e drogas.

A idade do primeiro uso de cocaína, *crack* e múltiplas drogas ocorreu aos 14,9 anos, iniciando com o uso dos inalantes, seguido pelo tabaco (15 anos) e a maconha (15,5 anos) (Tabela 6). A literatura evidencia que a idade do primeiro uso tem acontecido cada vez mais cedo. Em geral, as idades descritas com maior frequência foram dos 10 aos 13 anos, por meio das drogas lícitas (álcool e cigarro) e, dos 12 aos 16 anos, com drogas ilícitas; muitas vezes, a maconha tem sido a droga de uso inicial (SANCHEZ; NAPPO, 2002). Nesse sentido, as primeiras drogas utilizadas nem sempre são as lícitas, mas sim as ilícitas, sendo novamente a maconha a droga de primeira escolha (60,7%), seguida pelo *crack* (VELHO, 2010).

O risco para o uso de cocaína ocorre, de fato, geralmente na juventude, entre 18 e 22 anos, um pouco mais tarde que as demais drogas. Há evidências de que quanto mais precoce e mais intenso o seu consumo, assim maiores serão as chances de progressão para uso de outras substâncias e desenvolvimento de níveis mais severos da dependência, principalmente em usuários de cocaína e/ou *crack* (FERRI, 1999; HSER et al., 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; LARANJEIRA et al., 2013). Em iniciantes, cerca de 5% desenvolvem a dependência após um ano de uso, independentemente do gênero (WAGNER; ANTHONY, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007). De acordo com Guindalini et al. (2006), a primeira experiência com a cocaína geralmente acontece pela via intranasal e, posteriormente, o *crack*; assim, o uso de múltiplas drogas torna-se muito comum.

Nesse sentido, a sequência de uso de drogas, o tipo de droga de início e o processo de mudança de uma substância para a outra estarão relacionados não somente com a decisão do usuário, mas a fatores externos que influenciam essa escolha, tais como a disponibilidade da substância, interferência do tráfico, campanhas de prevenção, época de início do consumo e pressões de grupos (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Ao comparar as diferenças entre as médias de idade, idade de primeiro uso de álcool e do tratamento e uso regular de cocaína/*crack* entre os grupos de usuários de drogas (Tabela 7), observa-se que a idade atual e a de início do tratamento de álcool e drogas entre os usuários de cocaína, *crack* e de múltiplas drogas são diferentes, notando-se que os usuários de múltiplas drogas procuram por tratamento mais tardiamente.

A esse respeito, a busca por tratamento pode, muitas vezes, ser impulsionada por uma série de fatores, entre eles aumento da severidade da dependência, muito comum em usuários de múltiplas drogas, os quais também apresentam maiores perdas sociais e familiares, além de prejuízos na saúde em decorrência do uso (GAFOOR, 1997; AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011). Assim, o início tardio do tratamento parece estar associado aos anos de consumo regular das drogas e, dessa forma, a procura por tratamento pode ocorrer apenas após a percepção da perda de controle do uso das substâncias ou diante da ocorrência de prejuízos.

Outro importante resultado observado no presente estudo, apesar de não ter sido significativo, refere-se ao maior número de anos de uso regular da cocaína/*crack* entre usuários de *crack* (Tabela 7), o que indica a existência de usuários crônicos dessas drogas. Essa informação foi descrita em estudos nacionais (RIBEIRO, 2010; DIAS et al., 2011) e internacional (FALCK; WANG; CARLSON, 2008). De consenso, os autores consideram que, apesar das constantes modificações dos padrões de consumo ao longo dos anos, os usuários continuam consumindo a droga de modo ininterrupto, o que agrava cada vez mais a

dependência de substâncias e aumenta a possibilidade de gerar comorbidades clínicas ou psiquiátricas decorrentes desse uso, dificultando ainda mais a elaboração de estratégias terapêuticas que auxiliem no seu tratamento, comprometendo ainda mais sua adesão ao mesmo (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Os usuários de *crack* e múltiplas drogas apresentaram maior grau de severidade na dependência de álcool (Tabela 8). Os problemas relacionados ao uso de drogas nunca podem ser definidos satisfatoriamente em termos de uma única substância (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Segundo esses autores, o álcool quase sempre está envolvido no quadro instável do uso de múltiplas drogas, associado a complicações médicas e psicossociais significativas.

O álcool é a substância mais consumida por usuários de múltiplas drogas; entre os bebedores pesados, há uma parcela substancial de usuários de cocaína e *crack* (EARLEYWINW; NEWCOMB, 1997; EMCDDA, 2002; MIDANIK; TAM; WEISNER, 2007; SAMHSA, 2009). O consumo de álcool foi considerado um fator de severidade de dependência e mau prognóstico para os usuários de qualquer tipo de droga (CARROLL; ROUNSAVILLE; BRYANT, 1993), inclusive os de *crack* (CARROLL et al., 1998). A literatura aponta ainda a maconha como outra droga a ser considerada, uma vez que é muito utilizada por usuários de *crack* com o intuito de reduzir a inquietação e a fissura por ele geradas (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

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

Vale salientar que, embora os dados do presente estudo expressem maior gravidade de uso de álcool entre usuários de *crack* e múltiplas drogas (Tabela 8), o consumo pesado de álcool entre usuários de cocaína tem sido uma prática muito comum, o que também representa graves riscos para a saúde desses usuários (CAETANO, 1993; CAETANO; WEISNER, 1995; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

O uso de ambas as drogas tem sido reportado como risco potencial para o desenvolvimento da dependência (HARRIS et al., 2003; HUESTIS et al., 2007; FALCK; WANG; CARLSON, 2008; RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012). No entanto, o consumo de álcool por usuários de *crack* ocorre em menor intensidade e frequência que o observado entre usuários de cocaína (GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Finalizando, vale lembrar que, apesar da evidente gravidade do uso do álcool para usuários de cocaína e/ou *crack* e do fato da literatura frequentemente alertar para os riscos à

sua saúde e consequências para o seu tratamento, na prática dos serviços essas combinações ainda têm sido pouco investigadas, embora os profissionais e saúde tenham recebido treinamentos específicos sobre o tema (GOSSOP; MARSDEN; STEWART, 2002; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2010).

7.4 THE ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI6)

A utilização do ASI6 possibilitou avaliar a gravidade dos problemas gerados pelo consumo de substâncias psicoativas entre os grupos estudados. Maiores médias foram observadas nas áreas: droga, álcool, psiquiátrica, médica e legal (ASI6), quando comparados o grupo de usuários de cocaína e o de múltiplas droga; o grupo de usuários de *crack* e os de múltiplas drogas com exceção da área: legal (Tabela 9).

Foram observadas diferenças significativas nas médias dos escores nas áreas drogas e álcool (ASI6) entre os grupos de usuários de cocaína, *crack* e o de múltiplas drogas (Tabela 9). Nota-se, nos grupos estudados, além da dependência de álcool, a de drogas. Esses resultados corroboram outros estudos que evidenciaram fortes associações entre o consumo dessas drogas e graus elevados de severidade da dependência (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; DUNN; LARANJEIRA, 1999; FERRI, 1999; GOSSOP; MANNING; RIDGE, 2006).

Cabe salientar que esse fato é bastante comum entre aqueles que procuram por tratamento especializado para a dependência química, evidenciando que o consumo de várias drogas tem levado ao desenvolvimento de múltiplas dependências e comorbidades (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Diferenças estatísticas significativas foram evidenciadas somente no grupo de usuários de cocaína e múltiplas drogas na área legal do ASI6 (Tabela 9). Esses resultados reforçam outros descritos na literatura, os quais têm mostrado que o envolvimento em atividades ilegais constitui um comportamento muito comum entre usuários de múltiplas drogas (GUINDALINI et al., 2006); importante destacar esse comportamento entre usuários de *crack*, os quais, muitas vezes, se envolvem em crimes para adquirir ou vender a droga (HATSUKAMI; FISCHMAN, 1996; GUINDALINI et al., 2006, RIBEIRO; YAMAGUCHI; DUALIBI, 2012; KESSLER et al., 2012).

Pesquisas têm registrado, com propriedade, um aumento da disfuncionalidade entre usuários de múltiplas drogas em comparação com aqueles que consomem apenas uma droga ou álcool. Usuários de múltiplas drogas são mais propensos a consumir grandes quantidades de drogas; assim, apresentam mais sintomas psicopatológicos, aumentando as chances de se

engajarem em comportamentos agressivos, violência doméstica e conduta criminosa (BROWN; NIXON, 1997).

As médias dos escores da área psiquiátrica (ASI6) foram maiores nos grupos de usuários de cocaína e múltiplas drogas, e, *crack* e múltiplas drogas (Tabela 9).

As comorbidades psiquiátricas são diagnosticadas muito frequentemente em usuários de substâncias psicoativas (FLYNN; BROWN, 2008). A literatura mostra que transtornos mentais são muito comuns em usuários de *crack* quando comparados aos de cocaína. Além disso, muitas vezes estão mais relacionados à gravidade da dependência da droga do que à maneira de consumi-la (HATSUKAMI; FISCHMAN, 1996). Outro estudo evidenciou maior prevalência de transtornos mentais em três grupos de usuários avaliados, cocaína, *crack* e múltiplas drogas (SCHEFFER; PASA; SINOS; ALMEIDA, 2010), o que fortalece os resultados encontrados no presente estudo.

As médias dos escores das áreas psiquiátrica e médica (ASI6) foram distintas entre os usuários de cocaína e os de múltiplas drogas e ainda quando comparados os usuários de *crack* e os de múltiplas drogas (Tabela 9). Esse fato expressa que o consumo de substâncias psicoativas, além das complicações psiquiátricas, acarreta complicações clínicas (BOGHDADI; HENNING, 1997). Além dos problemas clínicos gerados pelo uso da cocaína, *crack* e o de múltiplas drogas, ocorre também aumento da probabilidade de acidentes e de complicações (SMITH et al., 2011).

Em relação à gravidade da síndrome de dependência do álcool (SADD), drogas (SDS) e dos problemas gerados pelo consumo de substâncias (ASI6), a presente pesquisa identificou diferenças entre os usuários de cocaína, *crack* e os de múltiplas drogas (Tabela 10).

Há de se considerar que dependentes de cocaína e *crack* que também fazem uso de álcool apresentam maiores níveis de gravidade da dependência e, conseqüentemente, maiores problemas em decorrência do consumo (MCCAUL; SVIKIS; MOORE, 2001; AZEVEDO et al., 2012), já que transtornos de ansiedade, psicóticos e de humor são muito mais frequentes em usuários de múltiplas drogas, requerendo intervenções diferenciadas (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011). O consumo de álcool, como mencionado, pode ser um “gatilho” para o uso das demais drogas e, portanto, o controle do consumo dessa substância pode estar associado a um fator de sucesso terapêutico (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

Quanto à gravidade da dependência de drogas, a diferença foi maior entre os grupos de usuários de cocaína e *crack* e o de cocaína e múltiplas drogas (Tabela 10). Nesse sentido, os usuários de cocaína e *crack* apresentam critérios para dependência ao longo de sua trajetória de uso (FALCK; WANG; CARLSON, 2008). Estudo que avaliou um grupo de consumidores

de cocaína e *crack* observou que a ocorrência de problemas em usuários de *crack* era mais rápida, em média de 3 anos, do que em relação aos de cocaína (GORELICK, 1992). Ao comparar esses dois grupos, a literatura mostra que os usuários de *crack* são mais propensos ao risco de dependência em função de seu padrão de uso ser mais frequente e em maior quantidade, expondo seu organismo a um maior efeito da droga (CHEN; KANDEL, 2002). Além disso, a associação dessas substâncias com outras, como o álcool e a maconha, aliada a transtornos psiquiátricos, tais como déficit de atenção, hiperatividade e transtorno de personalidade antissocial, aumenta a gravidade da dependência de drogas entre esses usuários (FALCK; WANG; CARLSON, 2008).

A maior gravidade de problemas gerados pelo consumo de substâncias psicoativas (ASI6) foi observada entre os usuários de cocaína e múltiplas drogas; *crack* e múltiplas drogas (Tabela 10). Estudo que avaliou as áreas do ASI6 em usuários de substâncias psicoativas apontou resultados semelhantes, que usuários de *crack* apresentaram significativamente mais problemas em muitas das áreas avaliadas pelo instrumento, tais como ocupacional, familiar e legal, quando comparados aos usuários de cocaína e de outras drogas (KESSLER et al., 2012). Além disso, existe evidências de que o uso dessas substâncias pode gerar problemas clínicos e psiquiátricos (BOGHADADI; HENNING, 1997; SMITH et al., 2011). Nesse sentido, é de suma importância avaliar a presença de tais complicações decorrentes do uso de drogas, pois elas podem dificultar o prognóstico do tratamento (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2011).

Vale mencionar que frente os comprometimentos apresentados pelos usuários de cocaína, *crack* e múltiplas drogas e com intuito de oferecer um tratamento efetivo deve ser considerado um conjunto de técnicas e intervenções que visem a redução ou a abstinência do consumo, bem como a melhora da qualidade de vida e o do funcionamento biopsicossocial (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

7.5 WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – BREF (WHOQOL-bref)

A literatura assinala que os domínios da qualidade de vida são influenciados por variáveis como sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (LEBRÃO; LAURENTI, 2003), além da raça e etnia (GORDIA et al., 2009).

No presente estudo, dentre as variáveis sociodemográficas, apenas o estado civil influenciou significativamente os domínios físico e psicológico (WHOQL-bref) (Tabela 11).

Investigações sobre a relação entre essas variáveis em usuários de drogas são escassas e limitam comparações e discussões mais ampliadas sobre o tema. No entanto, em específico a influência desempenhada pela variável estado civil na qualidade de vida em usuários de drogas não é tão clara na literatura, pois há estudos que se contrapõem em função dos fatores de risco ou de proteção.

Há de considerar que as interfaces da qualidade de vida englobam indissociavelmente os aspectos sociais e emocionais do indivíduo. De forma que os aspectos sociais abrangem os papéis na família, no trabalho e na comunidade, os aspectos emocionais ou psicológicos tratam da confiança, da sua capacidade de tomar decisões e fazer avaliações, incluem sentimentos de autoestima, atitudes de relacionamento, pensamentos sobre o futuro e eventos críticos da vida, como no caso, a união ou a separação. O estado emocional das pessoas está altamente associado à sua qualidade de vida, o indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, geralmente, provocado por algum acontecimento de impacto (TRENTINI et al. 2004) sendo assim, qualidade de vida emocional significa estabilidade emocional.

Dessa maneira, pode-se presumir que o cuidado dispensado pelo companheiro (a) aos pacientes possibilita uma melhoria no seu bem-estar e os auxilia na reabilitação física (COELHO; RIBEIRO, 2000), ressaltando o fator benéfico do relacionamento estável na vida dos usuários, tanto no que se refere à diminuição do consumo de substâncias psicoativas (RHULE-LOUIE; MCMAHON, 2007) quanto à melhora de condições psicológicas ou psiquiátricas, como a depressão (HORWITZ; WHITE; HOWELL-WHITE, 1996).

Nesse sentido, a magnitude da relação entre dados sociodemográficos e qualidade de vida ainda é pouco discutida na literatura; no entanto, conhecer essas relações é de crucial importância para elaboração de políticas públicas que visem melhorias nas condições de saúde (GORDIA et al., 2009).

Ao comparar as diferenças entre as médias dos escores dos domínios (WHOQOL-bref) entre os usuários de drogas, não se observou diferenças entre os grupos estudados (Tabela 12). Esses resultados não eram esperados, uma vez que as expectativas dos autores do presente estudo eram outras, na hipótese de que os usuários de *crack* ou pelo menos os de múltiplas drogas se diferenciasssem na amostra, fato que não ocorreu no presente estudo.

Nesse sentido, cabe considerar que usuários de drogas apresentam plenas dificuldades em diversos aspectos da vida que direta ou indiretamente comprometem sua qualidade de vida (GUINDALINI et al., 2006; ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

As correlações foram negativas em relação à gravidade dos problemas do consumo de drogas (ASI6) e aos domínios da qualidade de vida (WHOQOL-bref). Isso indica que quanto mais severos os problemas do consumo, mais prejudicados estarão os domínios físico, psicológico, social e ambiente (Tabela 13). Esse fato mostra que problemas físicos e/ou psicológicos, descritos pelo próprio paciente ou avaliados pelos profissionais de saúde, são fortemente influenciados pelo uso de substâncias (FALCK et al., 2000). Esses autores assinalam que a gravidade da dependência interfere em todos os aspectos da saúde, gerando ou agravando os problemas sociais e familiares (FALCK; WANG; CARLSON, 2008; BATISTA; BATISTA; CONSTANTINO, 2012).

Nesse sentido, a diminuição dos aspectos relacionados à qualidade de vida está associada às consequências do uso de substâncias psicoativas na medida em que afeta as dimensões mais importantes da vida: física, social e saúde mental (MENEZES, 2006).

A gravidade da dependência também está associada negativamente aos domínios da qualidade de vida, expressando que, quanto maior a gravidade de dependência de drogas (SDS), maiores são os prejuízos nos domínios físico, psicológico, social e ambiente (Tabela 13). Estudo mostrou que à medida que se agrava a dependência da droga, se agravam também todos os aspectos da vida do usuário, principalmente as condições de saúde (FALCK et al., 2000). Assim, usuários que apresentaram maior grau de severidade da dependência tiveram menores níveis de satisfações nas áreas: relacionamento familiar, financeira, saúde, segurança e tratamento para dependência de álcool e drogas (MORALES-MARIQUE et al., 2011), sendo que todos esses aspectos foram avaliados nos domínios ambiente e físico do WHOQOL-bref.

No presente estudo, os resultados mostraram correlações negativas entre os domínios da qualidade de vida e a gravidade de dependência ao álcool (SADD) (Tabela 13). Esse resultado corrobora os da literatura que avaliaram qualidade de vida e dependência de álcool (LIMA et al., 2005). Outro estudo cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida em usuários de álcool evidenciou que quanto mais severo o grau de dependência (SAAD), mais prejudicados foram os domínios: aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental; evidenciou ainda piores médias entre os usuários com diagnóstico de dependência em níveis grave e/ou moderado (MENEZES, 2006). Nesse sentido, consumidores de risco e prováveis dependentes de bebidas alcoólicas tiveram maiores chances de apresentar percepções negativas sobre os domínios da qualidade de vida (GORDIA et al., 2010).

A área álcool (ASI6) correlacionou negativamente com os domínios físico, psicológico, social e ambiente (WHOQOL-bref), ou seja, quando aumenta a gravidade dos

problemas gerados pelo consumo de álcool, maiores são os prejuízos nos domínios psicológico, social e ambiente (Tabela 14). Esses resultados foram descritos na literatura nacional, a qual assinala a presença de prejuízos nos domínios físico e psicológico em usuários de álcool (KESSLER, 2011) e as consequências do consumo dessa substância para os diversos aspectos da qualidade de vida (KESSLER et al., 2010). Os achados sinalizam para a severidade da dependência enquanto um importante indicativo de condições precárias nos aspectos que englobam a qualidade de vida (LIMA et al., 2005; LIMA; FLECK, 2008).

Desse modo, reforçam outros estudos, os quais evidenciam que os problemas de saúde estão entre as principais consequências relacionadas ao uso de álcool e/ou de outras drogas. O álcool, isoladamente, tem sido responsável por diversos tipos de doenças físicas e mentais (REHM et al., 2006), no desenvolvimento agudo ou crônico, contribuindo com cerca de 4% do total dos casos mundiais de doenças, gerando um significativo custo para o sistema de saúde (NALPAS et al., 2003).

A área psiquiátrica (ASI6) correlacionou negativamente com os domínios físico e social (WHOQOL-bref). Esse resultado sugere que quanto maior a gravidade dos problemas psiquiátricos, mais prejudicados os domínios físico e social (WHOQOL-bref) (Tabela 14). A gravidade do transtorno psiquiátrico influencia não somente a saúde do usuário de drogas, mas também afeta suas relações pessoais e suporte social, podendo também interferir no alcance ou na manutenção da abstinência (MARINI, 2011).

Esses resultados sugerem que o uso de drogas ocasiona uma série de efeitos físicos e psíquicos desagradáveis para os usuários (OLIVEIRA et al., 2009) e complicações psiquiátricas (sintomas psicóticos), além da dependência, como sintomas depressivos na abstinência da droga (DACKIS; O'BRIEN, 2001). Há de se considerar ainda que a dependência tornou-se um diagnóstico muito comum na prática psiquiátrica (FORMIGA et al., 2009). As complicações psiquiátricas são os principais motivos para a busca por atendimentos médicos entre usuários de cocaína (BRODY; SLOVIS; WREM, 1990).

A literatura evidencia que a prevalência de transtornos mentais é maior em usuários de *crack* quando comparados aos de cocaína (HAASEN et al., 2005), o que está relacionado, sobretudo, à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados. Além disso, os usuários de drogas apresentam elevadas taxas de comorbidades, o que agrava significativamente sua qualidade de vida e compromete sua integridade física e mental (HAVASSY; ARNS, 1998).

A área médica (ASI6) correlacionou inversamente com os domínios físico e psicológico (WHOQOL-bref) (Tabela 14). Esse resultado era esperado, pois, à medida que a

gravidade das condições clínicas e psicológicas aumenta, diminui, por exemplo, a capacidade para o trabalho e para o desenvolvimento de atividades cotidianas e mobilidade, elementos que compõem o domínio físico. Já a redução da autoestima, do pensamento positivo e da imagem corporal, por exemplo, compõem o domínio psicológico.

Uma pesquisa evidenciou, contudo, que os problemas clínicos estavam relacionados a piores escores apenas nos domínios: relação social e meio ambiente, na avaliação da qualidade de vida (MARINI, 2011). Outro estudo também apontou que os aspectos sociais da qualidade de vida são fortemente afetados pelo consumo de substâncias psicoativas (MARTINS et al., 2012).

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

A área legal (ASI6) correlacionou negativamente com os domínios físico e psicológico (WHOQOL-bref) (Tabela 14). Problemas com a justiça e participação em atividades ilegais exercem influência em vários âmbitos da vida, prejudicando sua qualidade e ameaçando a integridade física e psicológica dos indivíduos e daqueles que com eles convivem. (KESSLER et al., 2010).

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

A área suporte social e familiar (ASI6) correlacionou negativamente com os domínios social e ambiente (WHOQOL-bref) (Tabela 14). Esses resultados corroboram os de um estudo que avaliou qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas e identificou correlações entre maiores níveis de problemas sociofamiliares e piores escores nos domínios: relação social e meio ambiente (MARINI, 2011).

Além disso, as relações sociais foram apontadas dentre os principais preditores para a recaída em usuários de substâncias psicoativas; o convívio social, conflitos interpessoais, estados emocionais negativos e a própria dependência fisiológica e psicológica foram considerados fatores indicativos de recaídas e consequente abandono do tratamento (ALVAREZ, 2007).

Há de se considerar que, por se tratar de uma amostra de usuários de cocaína, *crack* e de múltiplas drogas com elevados graus de severidade de dependência do uso dessas substâncias, a probabilidade de apresentarem problemas é muito alta; assim, os aspectos físicos, os vínculos sociais (família e emprego) e os envolvimento em atividades legais são os mais prejudicados (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; FERRI, 1999; DUNN; LARANJEIRA, 1999; RIBEIRO et al., 2006; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

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

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta algumas limitações. A primeira diz respeito ao tipo de droga usada, considerando que a pesquisa foi embasada somente nas variáveis contidas no instrumento, não foi realizado, por exemplo, um exame toxicológico para confirmação dos dados informados. Entretanto, cabe salientar que não havia razão para que os pacientes não informassem corretamente a respeito do tipo de substância por eles utilizada, uma vez que foram esclarecidos de que as informações fornecidas não iriam interferir em sua admissão, no nível de cuidado ou no tratamento de uma forma geral.

Ainda em relação à utilização do ASI6, apesar de sua extensão ter requerido em torno de uma hora e meia para as respostas, há de se considerar que os entrevistadores eram especialistas na área de drogas e de saúde mental, o que possibilitou um ambiente acolhedor no momento da entrevista e contribuiu para a fidedignidade das informações.

Acresce-se que a opção por utilizar o ASI6 não permitiu diferenciar informações sobre o uso do *crack* e da cocaína, uma vez que esse instrumento não especifica o uso de cada droga em particular. No entanto, os dados coletados foram avaliados de modo diferenciado e com

base em uma única substância, ou seja, as informações sobre cocaína foram analisadas separadamente daquelas sobre o *crack* a fim de evitar possíveis entendimentos dúbios e assegurar a obtenção de dados específicos sobre cada substância em particular, podendo compará-las de modo diferenciado. Para não correr esse risco, os pesquisadores receberam treinamento específico sobre essa questão.

Outra limitação do presente estudo refere-se ao desenho metodológico. Por se tratar de um estudo transversal, impossibilita avaliar a melhora ou a piora da qualidade de vida relacionada ao aumento ou à diminuição do consumo de substâncias psicoativas ao longo de um período maior de análise. Há, portanto, necessidade de realizar outros estudos com desenhos metodológicos e avaliação longitudinal, que possibilitem tal avaliação.

Em relação às variáveis, o presente estudo não investigou a presença de transtornos psiquiátricos, além da avaliação da área psiquiátrica contida no ASI6, o que seria importante para averiguar se os escores diminuídos na qualidade de vida são decorrentes apenas do uso de drogas ou se há influência de problemas psiquiátricos, principalmente no que se refere à depressão e à ansiedade concomitantemente.

Além disso, a amostra constituiu outro fator limitador. Sendo uma amostra clínica, abrange somente pacientes que buscaram atendimento em serviço público ambulatorial especializado para o tratamento da dependência química; assim, os resultados precisam ser analisados com cautela quando comparados a outras amostras não oriundas de serviços especializados.

Esses dados reafirmam a necessidade de desenvolver novas investigações abordando a mesma temática, porém com amostras maiores e utilizando outras metodologias, como estudos de seguimento.

Conclusão

8. CONCLUSÃO

O presente estudo traz importantes reflexões para o planejamento do tratamento e da prevenção do uso de substâncias psicoativas. Os resultados mostraram diferenças particulares no perfil de usuários de cocaína, *crack* e de múltiplas drogas que podem, efetivamente, auxiliar profissionais de serviços a intervir de forma precoce e pontual, recorrendo a estratégias efetivas nas intervenções terapêuticas.

No que se refere às informações sociodemográficas, os grupos de usuários diferenciaram-se em relação à idade, à raça e ao estado civil. Os resultados mostraram que usuários de cocaína eram mais jovens quando comparados aos demais; os de cocaína e *crack* eram predominantemente da raça branca e, os de múltiplas drogas, da negra. Os usuários de cocaína e *crack* eram solteiros enquanto que os de múltiplas drogas divorciados/separados.

Cabe mencionar que diversos resultados da presente pesquisa reforçam os encontrados em estudos anteriores que avaliaram usuários de cocaína, *crack* e múltiplas drogas, embora o uso de múltiplas drogas ainda seja um tema pouco explorado diante da crescente demanda e magnitude dos problemas por ele gerados.

Os resultados mostraram também que o uso de *crack* e o de múltiplas drogas foi mais evidente na amostra, observando-se presença da síndrome de dependência do álcool e da droga em níveis severos nos grupos avaliados.

As correlações evidenciaram que a gravidade dos problemas relacionados ao uso de álcool e de drogas compromete a qualidade de vida na maioria dos seus domínios. Hoje em dia avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde reverte-se de imprescindível importância por contribuírem no planejamento de tratamentos e avaliações do custo/ benefício dos cuidados prestados e facilitar à tomada de decisão nos mais diversos níveis de atenção à saúde.

A dependência de drogas é considerada um dos maiores problemas de saúde pública e muito tem contribuído para prejuízos em diversos aspectos da saúde física e emocional, tanto do dependente quanto de seus familiares, além de ocasionar vários problemas sociais e econômicos.

Diante desses resultados, pode-se concluir que o uso de drogas interfere, direta ou indiretamente, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais que envolvem a qualidade de vida, segundo uma perspectiva dialética. Tais aspectos devem ser considerados e constantemente investigados de forma ativa e precoce na avaliação do padrão de uso de drogas, nos diferentes contextos de assistência à saúde, com ênfase na identificação dos

desdobramentos nas esferas física, psíquica e social que se relacionam à qualidade de vida. Avaliações dessa natureza são essenciais para efetivação das políticas nacionais sobre drogas em relação à prevenção, tratamento, e reinserção social com vistas à melhoria da qualidade da assistência oferecida a essa população.

Referências Bibliográficas

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, C. de C.; MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 6, p. 68-80.
- ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1996.
- ALMEIDA FILHO, N. de; SANTANA, V. S. Espaço social urbano e doença mental: um estudo de área ecológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.3, p. 334-348, 1986.
- ALTERMAN, A. I. et al. Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 59, n. 3, p. 215-221, 2000.
- ÁLVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p.188-193, 2007.
- ALVES, H. N. P.; DUAILIBI, L. Boas práticas no tratamento de usuários dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 70-73.
- ALVES, R. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. Cocaína e crack. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 15, p. 170-179.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSMIV-TR**. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMUI, N. O.; MOURA, Y.G, NOTO, A. R. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período 1988-2008. In: **XVIII Congresso de Iniciação Científica da UNIFESP**, 2010, São Paulo. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2010.
- ANDREWS, P. Cocaethylene toxicity. **Journal of Addictive Diseases**, v. 16, p. 75-84, 1997.
- AZEVEDO, R. C. S. de; OLIVEIRA, K. D. Poliusuários de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 11, p. 119-125.
- AZEVEDO, R. C. S. de et al. **Abuso e Dependência de Múltiplas Drogas**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. **AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care**. World Health Organization. 2ª Edition, 2001.

- BABOR, T. F. et al. **Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy**. Oxford and London: Oxford University Press, 2003.
- BACHMAN, J. G. et al. **Smoking, drinking, and drug use in young adulthood: The impacts of new freedoms and new responsibilities**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1997.
- BACHMAN, J. G. et al. **The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles, and beliefs**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002.
- BASTOS, F. I. et al. Perfil de usuários de drogas. I. Estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ - 1986/1987. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 10, p. 47-52, 1988.
- BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 71-80, 2005.
- BATISTA, L. de S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do Caps ad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Perspectivas online: biológicas e saúde**, v.7, n. 2, p. 23-38, 2012.
- BAZARGAN, S.; SHERKAT, D. E.; BAZARGAN, M. Religion and alcohol use among African-American and Hispanic inner-city emergency care patients. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 43, n. 3, p. 419-428, 2004.
- BERGERET, J.; LEBLANC, J. Introdução. In: _____. (Ed.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 13-16.
- BESSA, M. A. O adolescente usuário de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 46, p. 619-630.
- BEST, D. et al. The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.45, p. 273-279. 2013.
- BOGHDADI, M. S.; HENNING, R. J. Cocaine: pathophysiology and clinical toxicology. **Heart Lung**, v. 26, n. 6, p. 466-483, 1997.
- BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 3, p. 171-179, 2003.
- BRODY, S. L.; SLOVIS, C. M.; WREM, K. D. Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. **American Journal of Medicine**, v. 88, p. 324-331, 1990.
- BRORSON, H. H. et al. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. **Clinical Psychology Review**, v. 33, p. 1010-1024, 2013.
- BROWN, J. M.; NIXON, S. J. Gender and drug differences in antisocial personality disorder. **Journal of Clinical Psychology**, v. 53, p. 301-305, 1997.

- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.
- CACCIOLA, J. S. et al. Recent Status Scores for Version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). **Addiction**, v. 106, n. 9, 1588-1602, 2011.
- CAETANO, R. The association between DSM-III-R alcohol dependence and medical and social consequences. **Addiction**, v. 88, p. 631-642, 1993.
- CAETANO, R.; WEISNER, C. The association between DSM-III-R alcohol dependence. Psychological distress and drug use. **Addiction**, v. 90, n. 3, p. 351-359, 1995.
- CAMI, J. et al. Cocaine metabolismo in humans after use of alcohol. Clinical and research implications. **Recent Developments in Alcoholism**, v. 14, p. 437-455, 1998.
- CAPLEHORN, J. R.; DRUMMER, O. H. Fatal methadone toxicity: signs and circumstances, and the role of benzodiazepines. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 26, n. 4, p. 358-362, 2002.
- CAPS-AD II (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas II). **Plano de Ação**. Ribeirão Preto/SP, 2013. 32p.
- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; SENAD, 2001.
- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Páginas & Letras; 2006.
- CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Estado de São Paulo - 2005**. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2005.
- CARLSON, R.G. et al. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 31, n. 1, p. 1-7, 2010.
- CARROLL, K. M. et al. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. **Addiction**, v. 93, p. 713-727, 1998.
- CARROLL, K.M.; ROUNSAVILLE, B.J.; BRYANT, K.J. Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: clinical and prognostic significance. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 54, n. 2, p. 199-208, 1993.
- CASTEL, S.; FORMIGONI, M. L. O. S. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 1, p. 1-46, 1999.

- CHEN, C. Y.; ANTONY, J. C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus *crack* cocaine. **Psychopharmacology**, v. 172, n. 1, p. 78-86, 2004.
- CHEN, C. et al. Religiosity and the earliest stages of adolescent drug involvement in seven countries of Latin America. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 12, p. 1180-1188, 2004.
- CHEN, K.; KANDEL, D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. **Drug Alcohol Dependence**, v. 68, n. 1, p. 65-85, 2002.
- COELHO, M.; RIBEIRO, J. Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.1, n.1, p. 79-87, 2000.
- DACKS, C. O'BRIEN, M. D. C. Cocaine dependence a disease of brain's reward centers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, p. 111-117, 2001.
- DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.
- DIAS, A. C. et al. Follow-up study of crack users: situation of the patients after 2, 5 and 12 years. **Substance of Abuse**, v. 29, n. 3, p. 71-79, 2008.
- DIAS, A. C. et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12 years prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, n.3, p. 273-278, 2011.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. D.; LARANJEIRA, R. Álcool. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 12, p. 129-144.
- DILLON, P.; COPELAND, J.; JANSEN, K. Patterns of use and harms associated with non-medical ketamine use. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 69, n. 1, p. 23-28, 2003.
- DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados – bem vindo ao mundo dos nórias**. 2006. 232f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- DONOVAN, D. M. Assessment to aid in the treatment planning process. In:_____. **Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers**. Bethesda: NIAAA, 1995. p. 75-122.
- DUAILIBI, L. B. **Revisão sistemática: perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. 2010. 86 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.
- DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 545-557, 2010.

- DUNN, J. et al. *Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993*. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 4, p. 519-527, 1996.
- DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Transitions in the route of cocaine administration - characteristics, direction and associated variables. **Addiction**, v. 94, n.6, p. 813-824, 1999.
- EARLEYWINW, M.; NEWCOMB, M. D. Concurrent versus simultaneous polydrug use: prevalence, correlates, discriminated validity and prospective effects on health outcomes. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, v. 5, n. 4, p. 353-364, 1997.
- ELBREDER, M. F. et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.
- ELLENHORN, M. J. et al. **Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning**. 2nd Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
- EDWARDS, G.; MARSHAL, E. J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 3^a. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4^a. Edição. Porto Alegre: Artes 2005.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Handbook for Surveys and drug use among the general population. Lisbon: **EMCDDA**, 2002.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Selected issue, Drugs and driving, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon: **EMCDDA**, 2007.
- FALCK, R. S. et al. Crack-Cocaine use and health status as defined by the SF-36. **Addictive Behaviors**, v.4, p. 579-584, 2000.
- FALCK, R. S. et al. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 192, n. 7, p. 503-507, 2004.
- FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? **Drug and Alcohol Dependence**, v. 98, n. 1/2, p. 24-29, 2008.
- FARIA, J. G. de; SHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPS-ad – Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.
- FERREIRA FILHO, O. F. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 751-759, 2003.
- FERRI, C.P. **Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento**. 1999. 165 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

- FERRI, C. P. et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios da cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 4, n. 1, p. 25-28, 1997.
- FERRI, C. P. et al. Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. **Drug and Alcohol Review**, v. 19, n. 4, p. 451-55, 2000.
- FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2ª. Edição. São Paulo: Roca, 2010.
- FIGLIE, N. B. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicosociais: necessitam de um olhar especial? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.
- FIGLIE, N. B. et al. The stages of change among Brazilian alcohol dependents. **Addiction Disorders and Their Treatment**, v. 4, n. 4, p. 161-165, 2005.
- FISHER, RA. The logic of inductive inference. **Journal of the Royal Statistical Society**, v. 98, n. 1, p. 39-82, 1935.
- FLECK, M. P. A. et al. A application of the portuguese revision of the abreviated instrument of quality life. WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 178-83, 2000.
- FLEMING, C. B. et al. Romantic relationships and substance use in early adulthood: An examination of the influences of relationship type, partner substance use, and relationship quality. **Journal of Health and Social Behavior**, v.51, p. 153-167, 2010.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Tradução: Roberta Marchiori Martins. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 7, p. 131-153.
- FLYNN, P.; BROWN, B. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 34, n. 1, p. 36-47, 2008.
- FOCHI, E. L. et al. Caracterização de 46 usuários de *crack* abordados no programa de redução de danos "Tá Limpo". **HB Científica**, v. 7, p. 664-671, 2000.
- FOCCHI, G. R. A. et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca; 2001.
- FORMIGA, L. T. et al. Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre em 2002 e 2006. **Revista do HCPA**, v. 29, n. 2, p. 120-126, 2009.
- FOSTER, J. H.; PETERS, T. J.; MARSHALL, E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. **Alcohol**, v. 22, p.45-52, 2000.
- GAFOOR, M. Polydrug users and nursing interventions. In: RASSOOL, G. H.; GAFOOR, M. **Addiction Nursing: Perspective on professional and clinical practice**. Ed Stanley Thones LTD, London. 1997. p. 36.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo; 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHEZ, Z. V. M.; NOTO, A. R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIROS, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 4, p. 49-58.

GIROS, B. et al. Hyperlocomotion and indifference to cocaine and amphetamine in mice lacking the dopamine transporter. **Nature**, v. 379, p. 606-6012, 1996.

GOMES, L. S. Organização de serviços para tratamento de usuários e dependentes de cocaína e crack. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007. p. 74-79.

GORDIA, A. P. et al. Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. **Revista de Salud Pública**, v.11, n.1, p. 50-61, 2009.

GORDIA, A. P. et al. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 1, p. 28-35, 2010.

GORELICK, D. A. Progression of substance in male cocaine addicts. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 18, n. 1, p. 13-19, 1992.

GOSSOP, M. The treatment mapping survey: a descriptive study of drug and alcohol treatment responses in 23 countries. **Drug Alcohol Dependence**, v. 39, p. 7-14, 1995.

GOSSOP, M.; MANNING, V.; RIDGE, G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. **Alcohol Alcohol**, v. 41, n. 2, p. 121-125, 2006.

GOSSOP, M.; MARSDEN, J.; STEWART, D. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). **Drug and Alcohol Dependence**, v. 66, p. 21-28, 2002.

GRANT, B.F.; HARFORD, T.C. Concurrent and simultaneous use of alcohol with cocaine: Results of a national survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 25, p. 97-104, 1990.

GREENFIELD, S. F.; O'LEAVY, G. Gender differences in substance use disorders. In: LEWIS-HALL, F.; WILLIAMS, T. S.; PANETTA, J. A. **Psychiatric illness in women: emerging treatments and research**. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 467-533.

GUARDIA, J.; SURKOV, S. I.; CARDÚS, M. Bases neurobiológicas de la adicción. In: BOBES, J.; CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M. **Manual de trastornos adictivos**. 2ª. Edición. Enfoque Editorial, 2011. Cap. 2, p. 25-33.

- GUINDALINI, C. et al. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: Do they represent a different group? **BMC Public Health**, v. 6, n. 10, 2006.
- HAASE, T.; PRATSCHKE, J. Risk and protection factors of substance use among young people. **Youth Studies Ireland**, v. 6, n. 2, p. 36-44, 2011.
- HAASEN, C. et al. The cocaine user-team. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. **World Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 173-176, 2005.
- HARRIS, D. S. et al. The pharmacology of cocaethylene in humans following cocaine and ethanol administration. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 72, p. 169-182, 2003.
- HATSUKAMI, D. K.; FISCHMAN, M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? **JAMA**, v. 276, n. 19, p. 1580-1587, 1996.
- HAVASSY, B. E.; ARNS, P. G. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. **Psychiatric Services**, v. 49, n. 17, p. 935-940, 1998.
- HEARN, W. L. et al. Cocaethylene is more potent than cocaine in mediating lethality. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 39, p. 531-533, 1991.
- HEDAYA, M. A.; PAN, W. J. Cocaine and alcohol interactions in naive and alcohol-pretreated rats. **Drug Metabolism and Disposition**, v. 24, p. 807-812, 1996.
- HIGGINS, S. T. et al. Acute behavioral and cardiac effects of cocaine and alcohol combinations in humans. **Psychopharmacology**, v. 111, p. 285-294, 1993.
- HORTA, R. L. et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 775-783, 2007.
- HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de *crack* que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, 2011.
- HORWITZ, A. V.; WHITE, H. R.; HOWELL-WHITE, S. Becoming married and mental health: A longitudinal study of a cohort of young adults. **Journal of Marriage and the Family**, n. 58, p. 895-907, 1996.
- HSER, Y. I. et al. Contrasting trajectories of heroin, cocaine and methamphetamine use. **Journal of Addictive Diseases**, v. 27, n. 3, p. 13-21, 2008.
- HUESTIS, M. A. et al. Cocaine and metabolites urinary excretion after controlled smoked administration. **Journal of Analytical Toxicology**, v. 31, n. 8, p. 462-468, 2007.
- IRAURGI, I. et al. **Valoración del impacto en salud de las adicciones: Propuesta de la calidad de vida como indicador para la evaluación de resultados.** In: BOBES, J.; CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M. Manual de trastornos adictivos. 2ª. Edición. Enfoque Editorial, 2011. Cap. 8. P. 203-211.

JATLOW, P. Cocaethylene. What is it? **American Journal of Clinical Pathology**, v. 104, n. 2, p. 120-210, 2001.

JORGE, A. C. R. **Analisando o perfil dos usuários de um Caps-ad**. 2010. 23 f. Trabalho de conclusão de curso (Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

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

KAMPMAN, K. M. et al. Cocaine dependence severity predicts outcome in outcome in outpatient detoxification from cocaine and alcohol. **The American Journal on Addiction**, v. 13, n. 1, p. 74-82, 2004.

KAPLAN, R. M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: DIMSDALE, J.E.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 3-30.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KEDIA, S.; SELL, M. A.; RELYEA, G. Mono-versus polydrug abuse patterns among publicly funded clients. **Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy**, v. 2, n. 33, p. 1-9, 2007.

KESSLER, F. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país**. Tese de Doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, 2011, 268p. Universidade do Rio Grande do Sul.

KESSLER, F. et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala de Gravidade de Dependência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.32, n.2, p. 48-56, 2010.

KESSLER, F. et al. Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems. **The American Journal on Addictions**, v. 21, n. 4, p. 370-380, 2012.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. **Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência ASI6**. 1ª edição, Suliani Editografia Ltda, 2006.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C.; KLUTHCOVSKY, F. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, 2009.

KOLLING, N. M. et al. Avaliação neuropsicológica em alcoolista e dependentes de cocaína. **Avaliação Psicológica**, v. 6, n. 2, p. 127-137, 2007.

- KOOB, G. F. **Neurobiology of addiction**. The Journal of Lifelong in Psychiatry. Winter 2011, vol.9, n.1.
- LABOUVIE, E. Maturing out of substance use: Selection and self-correction. **Journal of Drug Issues**, v. 26, p. 457-476, 1996.
- LARANJEIRA, R. et al. Seguimento de usuários de *crack* após dois anos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 47, n. 5, p. 233-236, 1998.
- LARANJEIRA, R. et al. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003. 120 p.
- LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012**. São Paulo: INPAD; 2013. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf. Acesso em: 31 mai 2013.
- LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e outras drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 97-102.
- LAUDET, A. B.; BECKER, J.B.; WHITE W.L. Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. **Substance Use and Misuse**, v.44, n. 2, p. 227-252, 2009.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.
- LEONARD, K. E.; ROTHBARD, J. C. Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol*, **Supplement**, n. 13, p. 139-146, 1999.
- LERI, F.; BRUNEAU, J.; STEWART, J. Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. **Addiction**, n. 98, vol. 1, p. 7-22. 2003.
- LIMA, A. F. B. da S. **Qualidade de vida em pacientes dependentes de álcool**. Porto Alegre, 2002. 91 p. Tese (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- LIMA, A. F. B. da S. et al. Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 473-478, 2005.
- LIMA, A. F. B. da S.; FLECK, M. P. de A. Qualidade de vida e Alcoolismo. In: FLECK, M. P. de A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 115-122.

- LIMA, L. P.; FONSECA, V. A. S.; RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência do *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de *crack***. Porto Alegre: Atmed, 2012. Cap. 9, p. 143-160.
- LIMA, A.; ROSSINI, S.; REIMÃO, R. Quality of life and sleep impairment in chronic cocaine dependents. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 814-816, 2008.
- MARINI, M. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado). 89f. Universidade do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre-RS, 2011.
- MARQUES, A. C. P. R. et al. Abuso e dependência: *crack*. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 141-153, 2012.
- MARTINS, M. E. et al. Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 1, p. 5-11, 2012.
- MATHIAS, R.; ZICKLER, P. NIDA **Conference Highlights Scientific Findings on MDMA/Ecstasy**. NIDA Notes: Update on Ecstasy Research. 2001.
- MCCANCE-KATZ, E. F.; KOSTEN, T. R.; JATLOW, P. Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone a multiple-dose study. **Biological Psychiatry**, v. 44, n. 4, p. 250-259, 1998.
- MCCAUL, M. E.; SVIKIS, D. S.; MOORE, R. D. Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 62, n. 1, p. 9-17, 2001.
- MCLELLAN, A. T. et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. Ther addiction Severity Index. **Journal Nervous and Mental Disease**, v. 168, n. 1, p. 26-33, 1980.
- MCLELLAN, A. T. et al. The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions, and Transitions. **American Journal of Addiction**, v. 15, n. 2, p. 113-24, 2006. Disponível em: <http://www.tresearch.org/resources/pubs/ASIat25.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.
- MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do uso do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. I, p. 7-10. 2004.
- MENEZES, C. **A qualidade de vida de dependentes de álcool**. Botucatu, 2006. 74 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.
- METSCHI, L. R. et al. Use of health care services by women who use crack cocaine. **Women Health**, v. 30, p. 35-51, 1999.
- MIDANIK, L. T.; TAM, T. W.; WEISNER, C. Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 90, n. 1, p. 72-80, 2007.

- MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sóciodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.
- MONTEIRO, M. F.; RIBEIRO, M. Avaliação Neuropsicológica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 16, p. 251-264.
- MONTGOMERY, D. C. **Design and Analysis of Experiments**. 5ª. Edição. John Wiley & Sons, Inc., Nova Iorque, 2000.
- MORALES-MANRIQUE, C.C. et al. Quality of life, and interest among cocaine users: differences by cocaine use intensity and lifetime severity of addiction to cocaine. **Substance Use and Misuse**, v. 46, p. 390-397, 2011.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.
- MORRIS, J.; PEREZ, D.; MCNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Quality of Life Research**, v. 7, p. 85-91, 1998.
- MUMENTHALER, M. S. et al. Gender differences in moderate drinking effects. **Alcohol Research and Health**, v. 23, p. 55-62, 1999.
- NALPAS, B. et al. Financial costs of alcoholism treatment programs: a longitudinal and comparative evolution among four specialized centers. **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, v. 27, n. 1, p. 51-56, 2003.
- NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Crack use in São Paulo. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 5, p. 565-79, 1996.
- NAPPO, S. A. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brasil. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 33, n. 3, p. 241-53, 2001.
- NOTO, A.R. et al. Interações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 51, n. 2, p. 113-21, 2002.
- NOTO, A.R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade de São Paulo; 2003.
- O'BRIEN, C. P.; ECKARDT, M. J.; LINNOILA, M. I. Pharmacotherapy of alcoholism. In: FLOYD, E. B.; DAVID, J. K. **Psychopharmacology: the fourth generation of progress**. New York: Raven Press, 1995. p. 1745-1755.
- OGA, S.; CARVALHO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de toxicologia**. 3ª. Edição. São Paulo: Atheneu, 2008.

OLIVEIRA, K.D. **Perfil sócio-demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2010.

OLIVEIRA, L. C. et al. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. **Substance Use & Misuse**, v. 44, n. 13, p. 1941-1957, 2009.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças – CID 10**: descrições clínicas e diretrizes de diagnósticas – OMS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OSAP – Office for Substance Abuse Prevention. Crack cocaine: a challenge for prevention. Monograph-9. Rockville, Department of Health and Humans Services; 1991.

OVERALL, J.; GORHAM, D. The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports**, v. 10, p. 799-812, 1962.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. Trad. PAIVA, L. S. C. Revisão técnica de Lúcia Pereira Barroso. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PAN, W. J.; HEDAYA, M. A. Cocaine and alcohol interactions in the rat: contribution of cocaine metabolites to the pharmacological effects. **Journal Pharmaceutical Sciences**, v. 88, p. 468-476, 1999.

PAQUETTE, C. et al. Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: a first look at the phenomenon. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 110, n. 1-2, p. 85-91, 2010

PARLESÁK, A. et al. Gastric alcohol dehydrogenase activity in man: influence of gender, age, alcohol consumption and smoking in a Caucasian population. **Alcohol and Alcoholism**, n. 37, p. 388–393. 2002.

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

PEREIRA, G. A. **Evolução dos pacientes com síndrome de dependência de álcool no CAPS – ad II**. Ribeirão Preto, 2008. 165 p. Tese (Mestrado) Departamento de Pós graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010.

PÉREZ, J. Clínica de la adicción a pasta base de cocaine. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, v. 41, p. 55-63, 2003.

- PEREZ-REYES, M.; JEFFCOAT, A. R. Ethanol/cocaine interaction: cocaine and cocaethylene plasma concentrations and their relationship to subjective and cardiovascular effects. **Life Sciences**, v. 51, p. 553-563, 1992.
- PETERS, A.; DAVIES, T.; RICHARDSON, A. Multi-site samples of injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates of risky injecting practices. **Addiction**, v. 93, n. 2, p. 253-267, 1998.
- PRESCOTT, C. A.; KENDLER, K. S. Associations between marital status and alcohol consumption in a longitudinal study of female twins. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 62, n. 5, p. 589-604, 2001.
- PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004.
- RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.
- RAISTRICK, D.; DUNBOR, G.; DAVIDSON, R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. **British Journal of Addiction**, v. 78, p. 89-95, 1983.
- RAMCHANDANI, V. A.; BOSRON, W. F.; LI, T. K. Research advances in ethanol metabolism. **Pathologie et Biologie**, n. 49, p. 676-682. 2001.
- RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Uso de *crack* na cidade de São Paulo/Brasil. **Revista Toxicodependência**, v. 16, n. 2, p. 29-37, 2011.
- REGIER, D. A. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA**, v. 265, n. 19, p. 2511-2518, 1990.
- REHM, J. et al. Alcohol. In: JAMISON D. T.; BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P. **Disease Control Priorities in Developing Countries**. 2nd. Edition, Washington (DC), IBRD/The World Bank and Oxford University Press, 2006. p. 887-906.
- RESTREPO, C. S. et al. Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: imaging manifestations. **Radiographics**, v. 27, n. 4, p. 941-956, 2007.
- REYES, J.C. et al. Prevalence and patterns of polydrug use in Latin America: analysis of population-based surveys in six countries. **Review of European Studies**, v. 5, n. 1, 2013.
- RHULE-LOUIE, D. M.; MCMAHON, R. J. Problem behavior and romantic relationships: Assortative mating, behavior contagion, and desistance. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 10, p. 53-100, 2007.
- RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. Coimbra: Editora Quarteto, 2005.

- RIBEIRO, L. A. **Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo de drogas**. Tese. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
- RIBEIRO, M. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 15, p. 239-250.
- RIBEIRO, M. et al. Causa *mortis* em usuários de *crack*. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O Plano de tratamento. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 1ª. Edição. São Paulo: Casa da Leitura Médica, 2010. Cap. 2, p. 24-63.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O plano de tratamento. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 12, p. 183-210.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 10, p. 497-511, 1998.
- RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos socioculturais do consumo de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 3, p. 50-56.
- RIBEIRO, M.; REZENDE, E. P. Critérios para diagnóstico de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias. In: ZANELATTO, N.A.; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 2, p. 33-42.
- RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Surviving crack: a qualitative study of strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. **BMC Public Health**, v. 10, p. 671, 2010.
- RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUAILIBI, L. B. Avaliação dos fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 14, p. 228-238.
- ROMANO, F.; ELKIS, H. Tradução e Adaptação de um Instrumento de Avaliação Psicopatológica das Psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica. Versão Ancorada (BPRS-A). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, p.43-49,1996.
- ROMANO, M.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. **Abuso e dependência da cocaína**. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.
- ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974.

RUDOLF, H.; WATTS, J. Quality of life in substance abuse and dependency. **International Review of Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 190-197, 2002. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/pdfplus/10.108/09540260220144975>. Acesso em: 20 jan 2013.

RUSH, B. **An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind, with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them.** New York: C. Davis; 1811.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtornos relacionados a substâncias. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 9ª Edição. Artmed, 2007. p. 412-469.

SAMHSA - SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **Results from the 2008 National Findings** (office of Applied Studies, NSDDUH Series H-36, HHS Publication n.º. SMA 09-4434). Rockville, MD, 2009.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

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

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.

SAS Institute Inc., **SAS/STAT® User's Guide**, Version 9.0, Cary, NC: SAS Institute Inc., 1999.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e *crack* e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, 2004.

SCHENSUL, J. J.; CONVEY, M.; BURKHOLDER, G. Challenges in measuring concurrency, agency and internality in polydrug research. **Addictive Behaviors**, n. 30, p. 571-574, 2005.

SEGATTO, M. L. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1753-1762, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHUMAKER, S. A.; NAUGHTON, M. J. The international assesment of health-related quality of life: A theorecal perspective. In: SHUMAKER, S. A.; BERZON, R. A.

International assesment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communication, 1995. p. 3-10.

SIEGAL, H. A.; LI, L.; RAPP, R. C. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 3, p. 437-49, 2002.

SIGNS, E. A. et al. The formation of cocaethylene and clinical presentation of ED patients testing positive for the use of cocaine and ethanol. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 14, p. 665-670, 1996.

SILVA, L. H. P. da et al. Perfil de dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p 585-590, 2010.

SILVA, A. L. M. A et al. Perfil epidemiológico de usuários de *crack* em um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS AD). **Revista de Enfermagem da UFPE** (on line), v. 5, n. spe, p. 2635-2643, 2011.

SIMPSON, D. D. et al. Drug abuse treatment process components that improve retention. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 14, n.6, p. 565-572, 1997.

SIMPSON, D. D.; JOE, G. W.; BROOME, K. M. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. **Archives of General Psychiatry**, v. 59, n. 6, p. 538-544, 2002.

SMART, R. G. Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 17, n. 1, p. 13-26, 1991.

SMITH, G. W. et al. Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 113, n. 2-3, p. 222-228, 2011.

SOUSA, P. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 671-677, 2010.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 2, n. 1, p. 01-17, 2006. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso em: 20 de março de 2013.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social and Science Medicine**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

THE WHOQOL GROUP. World Health Organization. **WHOQOL: measuring quality of life**. Geneva: WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4).

THOMPSON, P.; BUCKLEY, P.; MELTZER, H. The Brief Psychiatric Rating Scale: Effect of Scalling System on the Clinical Response. **Assessment**, v. 14, p. 344-346,1994.

TRENTINI, M et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos sociais e emocionais. **Revista Científica de América Latina Y el Caribe, Espana Y Portugal**, v. 13, p. 74-82, 2004.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. **National Household Survey on Drug Abuse**. Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2000.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. 2011 United Nation Publication, E. 11. XI. 10.

VAIZ BONIFAZ, R. G.; NAKANO, A. M. S. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. spe, p. 433-438, 2004.

VASCONCELOS, S. M. M. et al. Cocaetileno: um metabólito da associação cocaína e etanol. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, p. 207-210, 2001.

VAUGHN, M. G. et al. Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 36, n. 4, p. 181-186, 2010.

VELHO, S. R. B. da R. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPS AD, Londrina, PR**. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

WASHTON, A. M. **Cocaine addiction: treatment recovery and relapse prevention**. New York: W. W. Norton, 1989. p. 70-71.

WAGNER, F. A.; ANTHONY, J. C. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine and alcohol. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 86, p. 191-198, 2007.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. (Org.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag. p 41-60. 1994

WIENER, S. E. et al. Patients with detectable cocaethylene are more likely to require intensive care unit admission after trauma. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 28, n. 9, p. 1051-1055, 2010.

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

WOERNER, M.; MANUZZA, S.; KANE, J. Anchoring the BPRS: an Aid to Improve Reliability. **Psychopharmacology Bulletin**, v. 24, p. 112-117, 1988.

WOLLE, C. de C.; ZILBERMAN, M. L. Mulheres. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 34, p. 375-382.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Carta de Ottawa, p.11-18. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Lexicon of Alcohol and Drug Terms**. Geneva: WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reducing Risks, Promoting Healthy Life**: The world health report. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol**: Part II: Country profiles – Region of the Americas. Geneva: WHO, 2004.

Apêndice

**10. APÊNDICE
APÊNDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO – LIVRE – ESCLARECIDO**

Eu, Natália Priolli Jora, aluna de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (EERP – USP), venho respeitosamente convidá-lo a participar do estudo que tem como objetivo de avaliar os comportamentos de saúde, a qualidade de vida e o uso de álcool e outras drogas entre os usuários do CAPS-ad II. As informações obtidas pelo estudo poderão contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários de estabelecimentos de saúde que presta assistência aos usuários de substâncias psicoativas.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada sobre os objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado:

1. Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação;
2. Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
3. Do direito de não ser identificado e ter a minha privacidade preservada.

Sua colaboração é de muita importância para o desenvolvimento desta pesquisa.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e aceito em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que assine este termo de consentimento.¹

Pesquisador _____

Entrevistado _____

Ribeirão Preto, de de 2012.

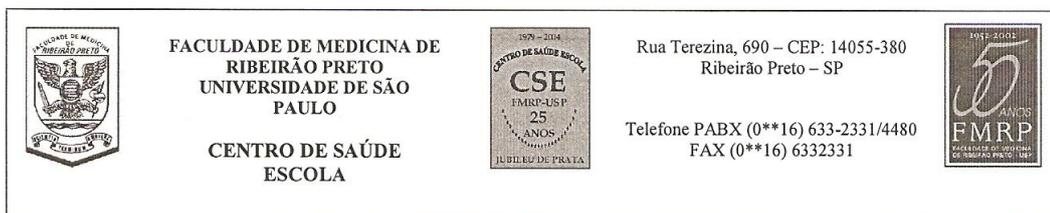
Contato: Natália Priolli Jora
e-mail: natalia.jora@usp.br
Rua: Bandeirantes, 3900 Monte Alegre Ribeirão Preto.
Telefone: (16) 3602 0531

¹ O presente documento, baseado nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Anexos

11. ANEXOS

ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 15 de abril de 2010.

Of. N.º.069 /10/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; em reunião realizada no dia 13/04/2010, analisou e apreciou o parecer do senhor relator. Referente ao projeto de pesquisa “**Comportamentos de Saúde, Qualidade de Vida e Uso de Alcool**”, protocolo n.º.381/CEP/CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. S^a. e como pesquisadora, Natália Priolli Jora aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foi **aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Prof.^a.Dr.^a. Sandra Cristina Pillon

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

ANEXO B

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS-versão ancorada (BPRS-a)

BPRS 1- Preocupações somáticas. Este item compreende a hipocondria. Os graus 1 e 2 da escala referem-se à hipocondria não delirante e os graus 3 e 4, a hipocondria delirante. 0- Atenção normal com a saúde física / 1- Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física / 2- O paciente expressa idéias de ter uma doença orgânica (por ex. câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes / 3- As queixas são bizarras (por ex. estar apodrecendo por dentro), mas pode-se conseguir que o paciente, por breves períodos, admita que esse não é o seu caso / 4- Está convencido, por ex., de que seus órgãos estão podres ou desaparecendo, ou de que vermes estão devorando seu cérebro. Nem por breves períodos se pode fazê-lo admitir que esse não é o seu caso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0- Ausência de desorganização conceitual.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4-Idéias de grandeza que não podem ser corrigidas.

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

BPRS 10-Hostilidade Este item compreende o relato verbal do paciente de sentimentos ou ações hostis em relação a outras pessoas fora da entrevista. Trata-se de um julgamento retrospectivo dos **três dias precedentes**. Diferenciar do item 14 (falta de cooperação), que corresponde ao contato formal durante a entrevista.

0-Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade ou hostilidade./

1-Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido./

2-Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações./

3- Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôde ser

acalmado./

4- Extremante hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.

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

0- Ausente./

1- Vagas idéias de referência. Tende a suspeitar que as outras pessoas estão falando ou rindo de si. Sente que “alguma coisa está ocorrendo”. Responde ao reassuramento; portanto, fica duvidoso se existem idéias de referência ou delírios./

2-Idéias de referência com delírios vagos, não sistematizados, de perseguição. “Alguém pode ter más intenções”. Isso é insinuado pela televisão ou pelos jornais. Ainda se trata de uma vivência do tipo “como se”./

3-Delírios com alguma sistematização. reassuramento difícil./

4- delírios paranóides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção impossível.

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

0-Ausente./ 1-Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipinagógicas ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes)./

2-Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento./

3- Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento./

4- Mais ou menos constantemente absorto (concentrado) em vivências alucinatórias.

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

0- Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada./

1- Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosa ou levemente diminuída./

2-Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta./

3-A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos./

4-A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) estupor (paralisia).

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

1-Excessivamente formal e reservado na situação da entrevista. Responde um pouco resumidamente.2-Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador.

3-Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível. 4-Entrevista impossível. O paciente recusa-se a permanecer na situação de entrevista

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

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

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

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

ANEXO C

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

PARTE I. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino

3. **Cor de pele:** (1) Branco (3) Pardo (2) Preto (4) Amarelo

4. **Estado Conjugal:**

- (1) Solteiro
- (2) Casado
- (3) Divorciado/Separado
- (4) Viúvo
- (5) em união consensual

5. **Escolaridade:**

- (1) Analfabeto
- (2) 1º grau incompleto – Especificar série: _____
- (3) 1º grau completo
- (4) 2º grau incompleto– Especificar série: _____
- (5) 2º grau completo
- (6) Superior incompleto– Especificar série: _____
- (7) Superior completo
- (8) Outro. Especificar: _____

6. **Preferência Religiosa:**

- (1) Católico
- (2) Evangélico
- (3) Espírita
- (4) Outra: _____
- (5) Protestante

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

Códigos para aplicação do instrumento:

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

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

G1. Código do paciente:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início:

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

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

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

1. Negra/Preta

5. Indígena

2. Branca

6. Outros

3. Amarela/Oriental

7. Não respondeu

4. Parda/Mestiça

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

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

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

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

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

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

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

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

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

7 – Sistema penal ou pelo juiz

TELEFONE (1) _____

TELEFONE MÃE (2) _____

Telefone fixo - _____

ENDEREÇO – por extenso

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

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

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

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	000 → H9	

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

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → NOTA	

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

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

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

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

- [Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Sozinho | <input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos |
| <input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro | <input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes |
| <input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos | <input type="checkbox"/> 7. Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 4. Pais | <input type="checkbox"/> 8. Outros |

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema

1. MÉDICO – questões sobre saúde física.

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

[Marque todas que se aplicam]

- 1. Nenhum (SUS)
- 2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, São Francisco, Bradesco Saúde
- 3. Convênio público
- 4. Convênio militar
- 5. Outros (especifique: _____)
- 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

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

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

1 – Sim, 0 – Não

- M3. Pressão Alta.....
- M4. Diabetes
- M5. Doença Cardíaca
- M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral).....
- M7. Epilepsia ou convulsões
- M8. Câncer
- M9. HIV/AIDS
- M10. Tuberculose
- M11. Hepatite
- M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado.....
- M13. Doença renal crônica.....
- M14. Problema respiratório crônico
ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite

M15. Outro problema ou doença crônica
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,
– se “Sim” especifique: _____

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

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

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições?
0 – Não
1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.
2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).
3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? 1 – Sim, 0 – Não
– exclua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?
0 – Excelente 3 – Razoável
1 – Muito Boa 4 – Ruim
2 – Boa

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

[NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?
Dias
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
– incluir problemas dentários

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos?
Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?
– não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?
A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 → M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?
A B.
000 → M28
– não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?
A. B.
000 → E/S
ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.
– não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.

2. EMPREGO/SUSTENTO – questões sobre educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
 1 – Ensino Fundamental 4 – Bacharelado
 2 – Ensino Médio 5 – Mestrado ou mais
 3 – Ensino Superior (Faculdade) 6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?
 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?
 01 = Não alfabetizado 16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
 02 = 1ª à 4ª série 17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
 12 = 5ª à 8ª série 18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
 13 = 1º e/ou 2º ano do E.M. 19 = Doutorado completo ou não
 14 = 3º ano Ensino Médio 20 = Pós-doutorado completo ou não
 15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade

E4. Você prestou serviço militar?
 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
 0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?
 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?
 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]
 ___ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
 ___ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
 ___ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14
 ___ 4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
 ___ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]
 ___ 1. Dona-de-casa/do lar ___ 5. Não procura por trabalho
 ___ 2. Estudante ___ 6. Procura por trabalho
 ___ 3. Incapaz ___ 7. Institucionalizado
 ___ 4. Aposentado ___ 8. Outro _____

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
 Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
 03 – Vendas
 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
 11 – Trabalhador Rural
 12 – Militar
 13 – Empregados Domésticos
 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?
 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?
 – com um empregador ou como autônomo
 Meses
 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
 [NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo]
 Meses
 000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
 Especifique: _____
 [NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago?
 – inclua licenças, férias,
 dias como autônomo, trabalho informal e bicos.
 Semanas,
 Max = 26
 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos.
 Dias
 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?
 ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc.
 Dias

E22. Você procurou algum emprego?
 ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador
 1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? – assistência atual ou adicional
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

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

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

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

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

E25b.... últimos 6 meses? R\$

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

E26b.... últimos 6 meses? R\$

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

E27b.... últimos 6 meses? R\$

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

E28b.... últimos 6 meses? R\$

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

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

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

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida?

[Marque todas que se aplicam]

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

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

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

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

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

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

3. DROGAS / ÁLCOOL - uso de álcool e drogas, e qualquer tratamento para abuso de substâncias que você recebeu.

Histórico de Tratamentos

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

Quantos dias você:

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

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
– exclua períodos sem álcool 00 → D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques² por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?

- D14. Quando você bebeu pela última vez? [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

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

00 → D20

² Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

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

NOTA: Se o entrevistado relata:

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

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

Uso de Substâncias – Categorias Problema

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

Via (s) de Administração

De que forma você já usou _____?

	A. Categoria 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam]	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]
Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<input type="text"/>	1. Ingerida 4. Injetada 2. Inalada 5. Outra 3. Fumada	1. Ingerida 4. Injetada 2. Inalada 5. Outra 3. Fumada 6. Sem uso
Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<input type="text"/>	1. Ingerida 4. Injetada 2. Inalada 5. Outra 3. Fumada	1. Ingerida 4. Injetada 2. Inalada 5. Outra 3. Fumada 6. Sem uso
Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<input type="text"/>	1. Ingerida 4. Injetada 2. Inalada 5. Outra 3. Fumada	1. Ingerida 4. Injetada 2. Inalada 5. Outra 3. Fumada 6. Sem uso

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

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

- D37.** Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo – se nunca usou drogas menos 3 ou mais dias por semana? ou medicação → D54
- D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
0 – Sem uso (→ D45) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana
- D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?
0 → D45
- D40.** Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 00 – se hoje, 01 – se ontem ou abusou de medicações prescritas? 02 – se 2 dias antes, etc.
- D41.** Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$
- exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

- D42.** Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?
1 – Sim, 0 – Não
- D43.** Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?
1 – Sim, 0 – Não
- D44.** Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?
1 – Sim, 0 – Não
- D45.** Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?
1 – Sim, 0 – Não
- D46.** Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?
00 → D48
- D47.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D48.** Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

- D49.** Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D50.** Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?
– exclua medicações prescritas e apropriadamente) 1 – Sim, 0 – Não
0 → D52
tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)
- D51.** Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?
Anos Meses
[Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

- D52.** Alguma vez você se injetou drogas?
[Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não
00 → D54
- D53.** Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?
Anos Meses Atrás –
se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00
- D54.** Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?
- D55.** Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?
Anos Meses Atrás
– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

- D56.** Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?
N → D59
ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
– se nunca experimentou, codifique N
- D57.** Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?
- D58.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

- D59.** Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?
1 – Sim, 0 – Não
- D60.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

4. LEGAL – envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

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

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

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

- crime cometido após os 18 anos de idade? **Vezes**
- L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses
- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? 1 – Sim, 0 – Não
ex. um juiz a requisitou

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

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

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

L29d. Agrediu fisicamente com uma arma..

L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma ..

L29f. Agrediu sexualmente.....

L29g. Assassinou alguém

L29h. OUTRO

aconteceu pela primeira vez?

F25. Quando isso aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’

Anos Atrás		Meses Atrás	

F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém?

--

F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

--	--

F28. Quando aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’

Anos Antes		Meses Atrás	

F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido?
 – exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas
 – exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra

--

F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

--	--

F31. Quando aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’

Anos Atrás		Meses Atrás	

F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida?
 ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra
 – exclua abuso, crimes violentos como descritos acima

--

F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

--	--

F34. Quando aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’

Anos Atrás		Meses Atrás	

F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido?
 – exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32

--

F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

--	--

F37. Quando aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’

Anos Antes		Meses Antes	

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]

F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
 – inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.

0 – Nada	3 – Consideravelmente	
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?

0 – Nada	3 – Consideravelmente	
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

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

--	--

F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?

F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?

Filho 1		

Filho 2 Filho 7

Filho 3 Filho 8

Filho 4 Filho 9

Filho 5 Filho 10

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente?

--

1 – Sim, 0 – Não

F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial?

--	--

Filhos

0 → F32 inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial

F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo?

--	--

Filhos

F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?

--

0 → F35 codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado?

--	--

Crianças

0 → F48

F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?

0 – Nada	3 – Consideravelmente	
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?

0 – Nada	3 – Consideravelmente	
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
 – aconselhamento atual ou adicional

0 – Nada	3 – Consideravelmente	
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho?

--

1 – Sim, 0 – Não

F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?

--

1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa?

--

1 – Sim, 0 – Não

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder)

--

foi suspenso?
 – teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar)
 ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não

F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?
 1 – Sim, 0 – Não

6. PSIQUIÁTRICO – questões sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)
 Vezes

P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?
 1 – Sim, 0 – Não

P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? A. Últ. 6 meses
 B. 30 Dias

P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos
 0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões
 1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões
 2 – 6-25 sessões

P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? A. Últ. 6 meses B. 30 Dias
 000 → NOTA

[NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]

P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?

P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica?
 1 – Sim, 0 – Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 – Não
 para A/B: 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., “Sim” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 – P17): A. Na sua vida B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias C. Há quantos dias você ___ pela última vez?

Você (já): A. B. C.

P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo?
 * dormir por toda a noite

P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?
 – nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P10

Você (já): A. B. C. Qtos
 Na vida 30 Dias dias atrás

P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?
 – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P11

0 → P4
 P11. Teve alucinações?
 B. 30 Dias viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram 0→P12 0→P12

000 → P4
 P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?
 0→P13 0→P13

P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?
 0→P14 0→P14

P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?
 0→P15 0→P15

P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?
 0→P16 0→P16

P16. Tentou o suicídio (se matar)?
 0→P17 0→P17

P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda?
 Idadex. transtorno alimentar, mania, etc.

Especifique: _____

[NOTA: Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias:
 – exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
 Dias

P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?
 Dias

P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas

psicológicos / psiquiátricos?

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

PARTE III. ESCALA DE SEVERIDADE DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS (SDS)

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

PARTE V. WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE - WHOQOL-BREF

**A – Muito Ruim B– Ruim C – Nem Ruim, Nem Boa D – Boa E -
Muito Boa**

	A	B	C	D	E
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?					

**A – Muito Insatisfeito B – Insatisfeito C – Indiferente D – Satisfeito
E – Muito Satisfeito**

	A	B	C	D	E
2. Quão satisfeito você está com sua saúde?					

O quanto você tem sentido algumas coisas nas ultimas duas semanas, considerando:

**A – Nada B – Muito Pouco C – Mais ou Menos D – Bastante
E– Extremamente**

	A	B	C	D	E
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?					
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
5. O quanto você aproveita a vida?					
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?					
7. O quanto você consegue se concentrar?					
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?					
9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

Quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ultimas duas semanas:

A – Nada B – Muito Pouco C – Médio D – Muito E – Completamente

	A	B	C	D	E
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

Quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ultimas duas semanas:

A – Muito Ruim B – Ruim C – Nem Ruim, Nem Boa D – Boa E – Muito Boa

	A	B	C	D	E
15. Quão bem você é capaz de se locomover?					

A–Muito Insatisfeito B–Insatisfeito C–Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito D–Satisfeito E–Muito Satisfeito

	A	B	C	D	E
16. Quão satisfeito você está com seu sono?					
17. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18. Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?					
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?					
20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?					
22. Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?					
24. Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?					
25. Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?					

Com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas ultimas duas semanas.

A – Nunca B – Algumas Vezes C – Frequentemente D – Muito Frequentemente E – Sempre

	A	B	C	D	E
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					

ANEXO D**Cálculo dos escores dos domínios do instrumento WHOQOL-bref**

Para calcular o DOMÍNIO FÍSICO é só somar os valores das facetas e dividir por 7. **(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7.**

Para calcular o DOMÍNIO PSICOLÓGICO é só somar os valores das facetas e dividir por 6. **(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6.**

Para calcular o DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS é só somar os valores das facetas e dividir por 3. **(Q20,Q21,Q22)/3.**

Para calcular o DOMÍNIO MEIO AMBIENTE é só somar os valores das facetas e dividir por 8. **(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8.**

Pontuação do instrumento ASI-6

- Pontuação para a Composição da Área Médica:

Este valor é determinado através da resposta de três questões:

- A. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias?
- B. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por esses problemas de saúde nos últimos 30 dias?
- C. Qual o grau de importância que o tratamento para esses problemas de saúde tem para você agora?

O valor é determinado por: $A/90 + B/12 + C/12$

- Pontuação para a Composição da Área de Emprego e Sustento:

Este valor é encontrado por meio de quatro questões:

- A. Você tem carteira de motorista?
- B. Você possui um automóvel disponível para seu uso?
- C. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30 dias?
- D. Qual quantia você recebeu nos últimos 30 dias?

O valor é dado por: $A/4 + B/4 + C/120 + \log D/36$

- Pontuação para a Composição da Área de uso de Álcool:

Seis questões são usadas para determinar este valor:

- A. Quantos dias fez qualquer uso de álcool nos últimos 30 dias?
- B. Quantos dias fez uso de álcool para intoxicação nos últimos 30 dias?
- C. Quantos dias, nos últimos 30, você apresentou problemas com o álcool?
- D. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com problema de álcool?
- E. Agora, qual a importância para você de tratamento para problemas com o álcool?
- F. Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com álcool?

O valor é dado por: $A/180 + B/180 + C/180 + D/24 + E/24 + \log F/44$

- Pontuação para a Composição da Área de Situação Legal:

Cinco questões compõem este valor:

- A. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença?
- B. Quantos dias, nos últimos 30, você esteve envolvido em atitudes ilegais visando lucro?
- C. Qual você acha que é a gravidade dos seus problemas legais?
- D. Qual a importância para você agora de aconselhamento ou encaminhamento para esses problemas legais?
- E. Qual a quantia de dinheiro você recebeu nos últimos 30 dias de fontes ilegais?

O valor é dado por: $A/5 + B/150 + C/20 + D/20 + \log E/46$

- Pontuação para a Composição da Situação Familiar e Social:

Cinco questões são usadas:

- A. Você está satisfeito com sua situação civil?
- B. Em quantos dias dos últimos 30 você apresentou conflitos sérios com sua família?
- C. Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por problemas familiares?
- D. Qual a importância para você, agora, de tratamento ou aconselhamento para problemas familiares?
- E. Você teve períodos significativos, nos últimos 30 dias, nos quais apresentou problemas sérios de convivência com: Mãe, Pai, Irmãos (as), Parceiro sexual/esposo, Filhos, outro Familiar, Amigos íntimos, Vizinhos, Companheiro de trabalho.

O valor é determinado por: $A/10 + B/150 + C/20 + \text{ratio}/5$

- Pontuação para a Composição de Saúde Mental:

Onze questões determinam o valor:

- A. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou depressão grave?
- B. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou ansiedade ou tensão graves?
- C. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou alucinações?
- D. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou dificuldade de pensar, compreender, concentrar ou memorizar?
- E. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou problemas em controlar comportamentos violentos?

- F. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou pensamento sério de suicídio?
- G. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual apresentou tentativa de suicídio?
- H. Você teve um período significativo, nos últimos 30 dias, no qual recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional?
- I. Quantos dias nos últimos 30 dias você apresentou problemas psicológicos ou problemas emocionais?
- J. Quanto você foi incomodado ou prejudicado por esses problemas psicológicos ou emocionais nos últimos 30 dias?
- K. Qual a importância para você, agora, do tratamento para esses problemas psicológicos?

Valor: $A/11 + B/11 + C/11 + D/11 + E/11 + F/11 + G/11 + H/11 + I/330 + J/44 + K/44$