

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SINTOMAS DE ANSIEDADE E
DEPRESSÃO, FISSURA E MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES
DE CRACK EM TRATAMENTO**

Iracil Rosinda Pires Soares

Mestranda

Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti

Orientadora

São Leopoldo, junho de 2014

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SINTOMAS DE ANSIEDADE E
DEPRESSÃO, FISSURA E MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES
DE CRACK EM TRATAMENTO**

Iracil Rosinda Pires Soares

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, junho de 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

S676c

Soares, Iracil Rosinda Pires

Características sociodemográficas, sintomas de ansiedade e depressão, fissura e motivação para mudança em dependentes de crack em tratamento/ Iracil Rosinda Pires Soares – 2014.

162f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2014.

“Orientadora: Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti”

1. Psicologia. 2. Crack (droga). 3. Toxicômanos 4. Depressão. 5. Ansiedade I. Título.

CDU 159.9

Catlogação na fonte:

Mariana Dornelles Vargas – CRB 10/2145

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SINTOMAS DE ANSIEDADE E
DEPRESSÃO, FISSURA E MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES
DE CRACK EM TRATAMENTO**

Iracil Rosinda Pires Soares

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti

(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira (PUCRS)

(Membro)

Prof.^a Dr.^a Ilana Andretta (UNISINOS)

(Relatora)

São Leopoldo, junho de 2014

DEDICATÓRIA

Aos pais, Reivaldo e Ana Maria, dedico essa obra de arte e agradeço o carinho e amor incondicional que sempre alimentaram a minha essência humana.
Ao esposo, Guilherme, que é o meu “amores” e incentivador da concretização dos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Nesse momento especial da formação profissional e de mais uma etapa da vida vivenciada com muitas emoções, reflexões e aprendizagens, quero agradecer àqueles que contribuíram para que estes dois anos como mestranda fossem inesquecíveis. Agradeço a Deus e sua Mãe por estar sempre abençoando e guiando meus caminhos, principalmente por estar diariamente colocando na minha vida pessoas que são a sua semelhança e muito contribuem para o meu aperfeiçoamento enquanto ser humano.

À minha amada família, meus sinceros agradecimentos pelo apoio e motivação. Aos meus pais, Reivaldo Ines Soares e Ana Maria Pires Soares, que, mesmo distante, sempre estiveram presentes em todos os momentos, respeitando, incentivando, acolhendo e sendo a fonte inspiradora da busca por sempre almejar evoluir e ser uma pessoa melhor, mais solidária e feliz. Obrigada por através das ligações transmitirem energia positiva e por compreenderem a minha ausência em certos momentos da convivência divina com o casal mais exemplar que é o casal Reina. Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos duas e quatro patas, meus sinceros agradecimentos por tudo de bom e do bem que sempre transmitiram.

Ao meu esposo Guilherme Savaris Schossler pela presença constante, sempre incentivando com pensamentos e frases iluminadas. Obrigada por sempre me levar com disposição à rodoviária de madrugada, fosse inverno ou verão. Obrigada por cuidar com todo amor e carinho das nossas filhas quatro patas quando eu estava distante. Agradeço pela compreensão e por sentir que meu marido ficava realizado me vendo feliz, cursando o Mestrado, além de ter motivado a realização desse sonho. Recém o casal Guira tinha casado e você já não tinha a minha presença em nosso doce e amado lar, mas sempre teve muita coragem e atitude para lidar com aqueles dias mais complicados. Esse amor é um presente e quero conservá-lo para sempre!

Às três filhas quatro patas: Cissi, Polly e Kelly, vocês estão presentes incansavelmente nessa dissertação, pois estavam ao meu lado ou no meu colo e sempre demonstrando amor. Conviver contigo, Cissi, durante esses 15 anos é divino, porque sinto que você, quando me olha, adentra nos meus olhos, és a minha mimosa. Polly, a minha picorrucha, que há 13 anos está me mostrando que às vezes precisamos ser brava, embora sejamos pequena diante desse universo. Kelly, convivemos faz 3 anos, mas esse tempo já é suficiente para perceber o quanto és dócil, brincalhona, cheia de energia e durante as brincadeiras sempre me cansa e não se entrega. Muito aprendo com vocês meninas, princípios que carrego em meu coração, entre eles, quando alguém fala, precisamos olhar

para as janelas da alma que são os olhos. Para vocês nada é difícil! Seja a hora que for, estão sempre dispostas a me acompanhar, não existe desânimo, são verdadeiras amigas, alegres, contentes e felizes. Conviver com vocês é terapêutico!

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti, que muito contribuiu para a minha formação profissional e pessoal, transmitindo nos momentos de aprendizagens muitos saberes durante a caminhada de construção do projeto, durante a pesquisa propriamente dita e na elaboração da dissertação. Compartilhamos semanalmente momentos de muitas alegrias e reflexões, sempre estive me incentivando na busca desse conhecimento que tinha almejado e por você foi aceito com todo carinho. Mesmo distante, cursando o PhD na Suíça, estive sempre presente comigo na construção dessa obra científica através do Skype e de e-mails. Contigo evolui como ser humano e como profissional. Jamais esquecerei nossos momentos de orientação, repletos de novidades e muitas risadas. Obrigada por ter me escolhido e a cada dia me surpreender positivamente!

À Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira e Prof.^a Dr.^a Ilana Andretta pelas contribuições, durante a Banca de Qualificação do Projeto de Dissertação do Mestrado e da Banca de Defesa da Dissertação do Mestrado. Agradeço a colaboração durante o aperfeiçoamento do projeto, o interesse pela temática e a disponibilidade em participar desse momento tão importante e necessário para a construção de novos saberes e para minha evolução como pessoa e profissional. Aproveito a oportunidade para dizer que sempre admirei muito vocês e quando lia os artigos, capítulos de livros e as escutava em palestras, pensava positivamente “*um dia vou ter o privilégio de tê-las mais próximas de mim*”. Acredito que o pensamento positivo atrai os nossos desejos e hoje estou aqui realizada por ter essa dupla de especialistas, que são referência na dependência química no Brasil, contemplando este trabalho. Agradeço a dedicação de vocês em abdicar de horas de lazer em prol da avaliação dessa dissertação e em especial a amizade e acolhimento.

À Prof.^a Dr.^a Aline Cardoso Siqueira e Prof. Ms. Luciano Haussen Pinto, que, durante a graduação em Psicologia, estimularam a minha inserção no estágio na Psicologia Hospitalar, na unidade de dependentes de crack. Após, incentivaram a concretização do Trabalho de Final de Graduação (TFG) na temática da dependência do crack. E, não se contentando, estimularam-me a cursar o Mestrado e continuar pesquisando essa temática. Agradeço por tudo e, principalmente, pela atenção, pelo cuidado e carinho.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG-UNISINOS) Prof.^a Dr.^a Denise Falcke, e todas as demais professoras que contribuíram na construção do conhecimento que permeia a ciência e a profissão da Psicologia. De uma

forma ou outra estão presente no interior dessa dissertação, seja através dos saberes das aulas do Mestrado, ou dos conhecimentos perpassados pelos corredores, e-mails e/ou em suas salas do PPG. Agradeço pelos ensinamentos e por vibrarem com as conquistas dos aprendizes. Obrigada por iluminarem de alguma forma essa caminhada!

À secretária do PPG-UNISINOS Rebecca Filgueiras pela eficiência nos atendimentos presencial e/ou virtual. Sempre dinâmica e muito competente. Agradeço tua ajuda e préstimo! Ao bolsista, Georgius Cardoso Esswein, pelo apoio na organização dos dados e análises estatísticas. Foste incansável durante esse trabalho que exige muita atenção e ética. Obrigada pelo coleguismo e por estar sempre disposto. Aos colegas de mestrado que contribuíam durante as aulas para o aperfeiçoamento do projeto da dissertação, pelos momentos de alegria e experiências compartilhadas.

Meu muito obrigado às instituições hospitalares e aos serviços de desintoxicação da Clínica Pinel, Hospital Psiquiátrico São Pedro e Hospital Mãe de Deus, que contribuíram para a realização deste estudo, disponibilizando espaço para coleta de dados. Agradeço a todos os profissionais que me receberam com respeito, pelo acolhimento, cuidado e preocupação, pelos saberes compartilhados e, principalmente, por sempre estarem dispostos a colaborar. Obrigado pelo carinho e pela amizade!

A todos os participantes da pesquisa que contribuíram para que este projeto fosse exequível e de forma tranquila. A estes, o devido respeito as suas histórias de vida, suas subjetividades, visão crítica e desejo de mudar de vida. Torço, assim como vocês, para que essa doença um dia tenha uma terapêutica digna e humana do jeito que vocês merecem.

Agradeço por este momento que foi rico devido à proximidade da Psicologia com a prática psicológica, pelo crescimento intelectual e pessoal decorrente das experiências enquanto aprendiz e profissional. Enquanto pesquisadora vivenciava constantemente momentos de reflexão dos procedimentos utilizados, preocupação com os aspectos éticos, a valorização e importância dos profissionais do hospital que souberam trabalhar em equipe e a aprendizagem significativa construída durante a caminhada como mestranda.

Com certeza, devo estar me esquecendo de agradecer tantas outras pessoas que fizeram parte dessa história. Com certeza vocês moram no meu coração e vou ter o privilégio de agradecer pessoalmente dando aquele caloroso abraço e dizendo muito obrigada por existir e fazer parte da minha vida, deixando-a mais bela, alegre, colorida e iluminada.

Por fim, sou grata a você leitor que se interessa por essa temática.

Desejo boa leitura e reflexões!

“As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes”.

(Antonio Nery Filho)

SUMÁRIO

1 Apresentação.....	19
Seção I: Perfil de homens e mulheres dependentes de crack internados nos sistemas de saúde público e privado.....	22
1 Introdução.....	24
2 Método.....	31
2.1 Delineamento.....	31
2.2 Participantes.....	31
2.3 Procedimentos.....	31
2.3.1 Procedimentos de coleta de dados.....	31
2.3.2 Procedimentos éticos.....	32
2.4 Instrumentos.....	33
2.4.1 Entrevista sociodemográfica e padrão de consumo de substâncias psicoativas..	33
2.4.2 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)</i>	34
2.5 Análise dos dados.....	35
3 Resultados.....	36
3.1 Características da amostra em relação às doenças referidas e perdas vivenciadas.	43
3.2 Características da amostra em relação ao consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos familiares.....	44
3.3 Características da amostra quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os participantes.....	47
3.4 Características da amostra em relação ao motivo, frequência do consumo inicial e anterior a internação, recursos para obtenção e abstinência do crack.....	49
3.5 Características da amostra quanto aos locais de tratamentos vivenciados.....	54
3.6 Características da amostra em relação a processo penal e ato infracional.....	56
4 Discussão.....	58
5 Considerações finais.....	78
Referências.....	80
Seção II: Diferenças emocionais, motivacionais e fissura por crack entre homens e mulheres internados em instituição pública e privada.....	87
1 Introdução.....	90
2 Método.....	99

	11
2.1 Delineamento.....	99
2.2 Participantes.....	99
2.3 Procedimentos.....	100
2.3.1 Procedimentos de coleta de dados.....	100
2.3.2 Procedimentos éticos.....	101
2.4 Instrumentos.....	102
2.4.1 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	102
2.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).....	102
2.4.3 <i>Cocaine Craving Questionnaire-Brief</i> (CCQ-B) para o Crack.....	103
2.4.4 Escala URICA (<i>University of Rhode Island Change Assessment</i>) para drogas ilícitas.....	104
2.4.5 Régua de Prontidão para Mudança.....	104
2.5 Análise dos dados.....	105
3 Resultados.....	106
3.1 Caracterização da amostra ($N=159$).....	106
3.2 Diferenças entre os sintomas de ansiedade e depressão em homens e mulheres do sistema público e privado	107
3.3 Diferenças entre a fissura por crack em homens e mulheres do sistema público e privado.....	111
3.4 Diferenças entre a motivação para a mudança do comportamento em homens e mulheres do sistema público e privado.....	113
3.5 Comparações e correlações entre homens e mulheres do sistema público e privado no BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão	114
3.6 Regressões lineares em relação às variáveis CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão.....	116
4 Discussão.....	118
5 Considerações finais.....	130
Referências.....	132
Considerações finais da dissertação.....	139
Referências.....	141
Anexos.....	143
Anexo A - Termo de Anuência.....	144
Anexo B - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa/UNISINOS.....	145

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/UNISINOS.....	146
Anexo D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/HPSP.....	147
Anexo E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/HMD.....	148
Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/HMD.....	151
Anexo G - Entrevista sociodemográfica e padrão de consumo de substâncias psicoativas.....	153
Anexo H - <i>Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)</i>	155
Anexo I - <i>Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B)</i> para o Crack.....	159
Anexo J - Escala URICA (<i>University of Rhode Island Change Assessment</i>) para drogas ilícitas.....	160
Anexo K - Régua de Prontidão para Mudança.....	162

LISTA DE TABELAS

Seção I: Listagem das tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra ($N=159$).....	37
Tabela 2 - Escolaridade e trajetória escolar da amostra ($N=159$).....	38
Tabela 3 - Cruzamento entre escolaridade e o local de internação.....	39
Tabela 4 - Escolaridade entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	40
Tabela 5 - Estado conjugal dos pais de homens e mulheres do sistema público e privado.....	41
Tabela 6 - Cruzamento entre renda familiar e o local de internação.....	41
Tabela 7 - Renda familiar entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	42
Tabela 8 - Doenças referidas entre homens e mulheres do sistema público e privado.	44
Tabela 9 - Familiares e o uso de drogas lícitas entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	45
Tabela 10 - Familiares e o uso de drogas ilícitas entre o sistema público e privado....	46
Tabela 11 - Familiares e o uso de drogas ilícitas entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	47
Tabela 12 - Idade de início do consumo de drogas lícitas e ilícitas na amostra ($N=159$).....	48
Tabela 13 - Motivos atribuídos ao consumo de crack na amostra total, no sistema público e privado.....	50
Tabela 14 - Motivos do consumo de crack no grupo de homens e mulheres do sistema público e privado.....	51
Tabela 15 - Consumo inicial de crack entre homens e mulheres no sistema público e privado.....	52
Tabela 16 - Consumo anterior à internação de crack entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	52
Tabela 17 - Recursos para obtenção do crack no sistema público e privado.....	53
Tabela 18 - Formas de adquirir o crack entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	54
Tabela 19 - Locais de tratamento no decorrer da vida entre o sistema público e privado.....	55
Tabela 20 - Locais de tratamentos entre homens e mulheres do sistema público e	

privado.....	56
Tabela 21 - Processo penal entre homens e mulheres do sistema público e privado....	56
Tabela 22 - Ato infracional entre homens e mulheres do sistema público e privado...	57

Seção II – Listagem das tabelas

Tabela 1 - Escore total do BAI e BDI-II da amostra ($N=159$).....	107
Tabela 2 - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e local de internação.....	108
Tabela 3 - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	109
Tabela 4 - Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e local de internação.....	110
Tabela 5 - Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) entre homens e mulheres do sistema público e privado.....	111
Tabela 6 - Escore total e parcial (fator 1 e fator 2) da fissura por crack (CCQ-B) da amostra ($N=159$).....	111
Tabela 7 - Fissura pelo crack entre o sistema público e privado.....	112
Tabela 8 - Fissura pelo crack entre homens e mulheres do sistema público e privado.	113
Tabela 9 - Média, desvio-padrão dos escores no BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA, Régua de Prontidão e em relação às instituição de internação e os sexos.....	115
Tabela 10 - Correlações de Pearson entre as variáveis BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão.....	116
Tabela 11 - Contribuições das variáveis sexo, instituição, dados sociodemográficos, sintomas de ansiedade e depressão em relação à URICA.....	116
Tabela 12 - Contribuições de escore de prontidão, escore total BAI, escore total BDI-II, conduta, perdas e substâncias em relação à CCQ-B.....	117
Tabela 13 - Contribuições das variáveis sexo, instituição, escore total BAI, escore total BDI-II, conduta e substâncias em relação à Régua de Prontidão.....	117

RESUMO

A dependência de substâncias é um dos problemas mais graves e complexos de saúde pública, reconhecida mundialmente. A necessidade de desenvolvimento de tratamento é fundamental e deve levar em conta diferenças entre os sexos no que diz respeito à depressão e à ansiedade, à motivação para a mudança do comportamento problema e à fissura (*craving*) pelo crack. Para tal, conhecer as características e especificidades do dependente químico é essencial para o desenvolvimento de medidas efetivas de prevenção e intervenção. Esta dissertação de mestrado está organizada em dois artigos empíricos. O primeiro artigo apresenta os resultados do perfil sociodemográfico de homens e mulheres dependentes de crack internados para desintoxicação nos sistemas de saúde público e privado. Participaram 159 adultos (80 homens e 79 mulheres), com idades entre 18 e 60 anos, com média de 30,7 anos (DP=8,54). Dos participantes, 99 (62,3%) estavam internados em duas instituições públicas, e 60 (37,7%) em uma instituição privada, localizadas em Porto Alegre, RS, Brasil. A média de idade para a primeira situação de consumo de crack foi de 24 anos (DP=8,6). Os instrumentos utilizados foram uma entrevista sociodemográfica e padrão de consumo de substâncias psicoativas e o *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)*. Os resultados identificaram vulnerabilidades em ambos os sexos e em ambas as instituições, no presente estudo, nas seguintes variáveis: escolaridade, renda familiar, doenças diagnosticadas, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na família, motivos do consumo de crack, frequência do consumo de pedras de crack no início do uso e antes da internação, recursos para obtenção do crack, locais de tratamento, processo penal e ato infracional. Os dados indicam a importância de conhecer o perfil do dependente de crack, delineamento este que pode contribuir para o planejamento de programas preventivos em relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas. O segundo artigo empírico teve como objetivo verificar os sintomas de ansiedade e depressão, avaliar a fissura pelo crack e identificar a motivação para mudança do comportamento, caracterizando as diferenças entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados para desintoxicação em instituições públicas e privadas. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B)* para o Crack, Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) e Régua de Prontidão para Mudança. De acordo com os resultados, a amostra ($N=159$) apresentou sintomas de ansiedade moderada; sintomas de depressão mínima; fissura pelo crack

moderada; encontrava-se no estágio de pré-contemplação e manutenção em relação à motivação para mudança do comportamento aditivo, no entanto, quando investigado o escore de prontidão para mudança, a amostra apresentou-se desmotivada em relação à mudança do comportamento, ao passo que, na Régua de Prontidão para a mudança mostrou vontade de mudar e confiança para alcançar a mudança. Observou-se uma frequência maior de casos graves de ansiedade no sistema público e maior frequência de mulheres com ansiedade grave no sistema público. Verificou-se que os principais preditores de prontidão para mudança (URICA) foram: em relação ao sexo, feminino; ao local de internação, instituição privada; e que não tenham vivenciado perdas significativas no decorrer da vida. Esses achados sugerem que o sexo tem relevante papel na dependência química, visto que apresentaram diferenças estatisticamente significativas no que se refere à ansiedade e à motivação para mudança do comportamento. Estes resultados confirmam a necessidade de mais pesquisas envolvendo as questões investigativas entre homens e mulheres na dependência de crack e outras substâncias psicoativas.

Palavras-chave: dependência de crack, perfil, ansiedade, depressão, fissura, motivação para mudança, homens, mulheres, psicologia.

ABSTRACT

Substance dependence is recognized as one of the most serious and complex public health problems worldwide. The need to develop treatment is essential and must take into account the differences between sexes when concerning depression and anxiety, motivation to change problem behavior and craving for crack. To this end, it is essential to identify the characteristics and specificities of the chemically dependent in order to develop effective prevention and intervention measures. This dissertation is organized in two empirical articles. The first article presents the results of the demographic profile of men and women addicted to crack hospitalized for detoxification in public and private health systems. Participated 159 adults (80 men and 79 women), aged between 18 and 60 years, mean age of 30.7 years ($SD=8.54$). Of the participants, 99 (62.3%) were hospitalized in two public institutions, and 60 (37.7%) in a private institution located in Porto Alegre, RS, Brazil. The average age for the first situation of crack consumption was 24 years ($SD=8.6$). The instruments used were a sociodemographic interview and pattern of psychoactive substance use and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus). The results identified, in the present study, vulnerabilities in both sexes and at both institutions in the following variables: education, family income, diagnosed diseases, use of licit and/or illicit drugs in the family, reasons for crack consumption, frequency of consumption of crack rocks at the beginning of use and before hospitalization, resources for obtaining crack, treatment settings (rehabilitation centers, inpatient settings), criminal prosecution and offense. The data indicate the importance of knowing the profile of the crack dependent for this can contribute to the planning of preventive programs regarding the use and abuse of psychoactive substances. The second empirical article aimed to verify the anxiety and depression symptoms, assess the craving for crack and identify the motivation for behavior change, characterizing the differences between male and female crack dependent adults admitted for detoxification in public and private institutions. The instruments used were the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B) for Crack, Scale URICA (University of Rhode Island Change Assessment) and The Readiness-to-Change ruler. According to the results, the sample ($N=159$) presented moderate symptoms of anxiety; minimal symptoms of depression; moderate craving for crack; it was found on the stage of contemplation and action regarding the motivation to change the addictive behavior, however, when the score of readiness to change was inquired, the sample was unmotivated

regarding behavior change, whereas The Readiness-to-Change ruler showed willingness to change and confidence to achieve change. We observed a higher frequency of severe cases of anxiety in the public system and increased frequency of women with severe anxiety in the public system. It was verified that the main predictors of readiness to change (RTC) were in relation to sex, female; the place of admission, private institution; and who have not experienced significant losses throughout life. These findings suggest that sex plays an important role in chemical dependency, since they showed statistically significant differences with respect to anxiety and motivation to change behavior. These results confirm the need for more research involving investigative issues between male and female in crack dependence and other psychoactive substances.

Keywords: addiction to crack, profile, anxiety, depression, cravings, motivation to change, men, women, psychology.

Apresentação

Esta dissertação de mestrado, intitulada “Características sociodemográficas, sintomas de ansiedade e depressão, fissura e motivação para mudança em dependentes de crack em tratamento”, está inserida na linha de pesquisa “Estados psicopatológicos e abordagens psicoterápicas” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Essencialmente, este trabalho de pesquisa dirige-se para a investigação das diferenças emocionais, motivacionais e cognitivas entre os sexos na dependência de crack em adultos.

A dependência de substância psicoativa é a doença que mais mata no mundo, precedida apenas pelo câncer e pelas doenças cardíacas. Por esse motivo, deve ser tratada como uma doença crônica e como um problema social (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001). É caracterizada como um estado mental e físico que resulta da interação entre o organismo e uma ou várias substâncias psicoativas, levando muitas vezes à compulsão pelo uso através da experimentação do seu efeito psíquico e físico. Além de o indivíduo ter a necessidade de buscar constantemente a substância, devido à fissura, a mesma produz efeitos negativos no contexto pessoal, social e profissional. Sendo assim, o uso destas substâncias apresenta risco potencial à saúde física e mental do usuário, uma vez que a dependência química configura uma doença grave e de difícil recuperação (Rangé & Marlatt, 2008; Oliveira & Nappo, 2008; Ferreira, Capistrano, Maftum, Kalinke, & Kirhhof, 2012).

A dependência de substância é um dos problemas mais complexos de saúde pública, sendo considerado pelos pesquisadores como um fenômeno mundial que vem crescendo vertiginosamente no país, revelando-se um dos temas mais preocupantes na sociedade (Kessler & Pechansky, 2008; Formiga, Santos, Dumcke, & Araujo, 2009; Bordin, Figlie, & Laranjeira, 2010; Capistrano, Ferreira, Maftum, Kalinke & Mantovani, 2013). Dentre as substâncias psicoativas, a que mais vem se destacando devido ao seu alto potencial dependógeno é o crack, derivado da cocaína. O Brasil é o segundo maior mercado de cocaína/crack no mundo, quando se trata do número absoluto de usuários, representando 20% do consumo mundial, portanto um dos principais mercados de crack (Laranjeira et al. 2013). Além do aspecto de gerar grande dependência devido ao intenso desejo de utilizar a substância, o crack provoca muitos prejuízos biopsicossociais. Além de colocar a vida do usuário em risco, é um problema de saúde pública relevante (Oliveira & Nappo, 2008; Alves, Ribeiro & Castro, 2011).

Embora os estudos empíricos sobre a questão da dependência de substâncias psicoativas se dirijam para a maior compreensão do fenômeno e também para o atendimento dos casos, os resultados práticos da recuperação de pacientes com diagnóstico de dependência de substâncias ainda é pouco eficaz. O tratamento para as múltiplas drogas é baseado nas intervenções para uso e abuso do álcool e poucas modificações foram propostas desde então. Essa pode ser uma razão para que os resultados não alcancem os objetivos esperados durante os tratamentos e as recaídas sejam recorrentes (Kessler & Pechansky, 2008; Rangé & Marlatt, 2008).

Outro aspecto apontado pela literatura é a carência de estudos que abordem a dependência de substâncias considerando a diferença entre os sexos. Isso porque tanto o uso como a dependência possuem diferenças entre o sexo feminino e o masculino. Dessa maneira, também é necessária a incorporação dessas características nas abordagens terapêuticas dirigidas para o atendimento de dependentes químicos. Assim, há uma escassez de estudos que focalizem as particularidades da população dependente química, mais especificamente das mulheres. Sendo assim, os estudos devem buscar a ampliação e diversificação da amostra, incluindo dependentes químicas do sexo feminino (Hochgraf & Brasiliano, 2010; Wolle & Zilberman, 2011, Gitlow, 2008; Freire, Santos, Bortolini, Moraes, & Oliveira, 2012).

Um dos modelos mais frequentemente utilizados para o tratamento da dependência química é o derivado da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC). Com dependentes de substâncias, a terapia cognitivo-comportamental vem sendo a abordagem psicológica mais utilizada e aplicada como psicoterapia individual, de grupo, familiar e nos ambientes cognitivamente orientados, tais como hospitais, escolas, clínicas e fazendas terapêuticas. A TCC se baseia em uma intervenção breve, ativa, diretiva, estruturada, psicoeducativa e as cognições são a chave para o tratamento dos transtornos psicológicos, de modo que podem facilitar a adaptação à mudança, visto que auxilia o sujeito a enxergar a realidade como ela se apresenta e, através desta, busca caminhos alternativos para resolução dos problemas (Beck, 1997; Beck & Alford, 2000; Luz Junior, 2004; Cordioli, 2008; Freire, 2011).

Nesse contexto, a TCC fundamenta-se nas teorias do processamento patológico das informações, na qual existem pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas típicas de cada doença que provocam alterações no humor, reações físicas, comportamento desadaptativo que perpetuam o círculo vicioso e mostram o conflito existencial. Sendo

assim, a psicoterapia busca modificar as crenças aditivas, fortalecer as crenças de controle e auxilia a desenvolver novas crenças funcionais. Modificar crenças aditivas é tarefa bastante complexa, porque elas são profundas, extremamente resistentes à mudança e foram reforçadas por inúmeras experiências de uso de drogas (Luz Junior, 2004; Cordioli, 2008; Freire, 2011).

Analisando, portanto, a questão do aumento crescente do uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como a necessidade de desenvolvimento de tratamentos, esta pesquisa se volta para o interesse de ampliar e contribuir para o maior entendimento do dependente de crack internado para desintoxicação. Dessa maneira, esta dissertação de mestrado está dividida em duas seções, constituída por dois artigos empíricos quantitativos realizados em Porto Alegre, RS, Brasil. A Seção I desta dissertação apresenta o artigo “Perfil de homens e mulheres dependentes de crack internados nos sistemas de saúde público e privado”, cujo foco está no estudo do perfil do dependente de crack do sexo masculino e feminino internado em instituição pública e privada de saúde.

Com objetivo de aprofundar a compreensão acerca das diferenças entre os sexos na dependência de crack, em um segundo momento, foram verificados os sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, fissura pelo crack e motivação para mudança do comportamento aditivo entre os sexos. Sendo assim, a Seção II desta dissertação apresenta o artigo “Diferenças emocionais, motivacionais e a fissura por crack entre homens e mulheres internados em instituição pública e privada”.

Seção I – Artigo Empírico I

Perfil de homens e mulheres dependentes de crack internados nos sistemas de saúde público e privado

Resumo

O presente estudo teve por objetivo identificar características do perfil sociodemográfico de homens e mulheres dependentes de crack internados para desintoxicação nos sistemas de saúde público e privado. Participaram 159 adultos (80 homens e 79 mulheres), com idades entre 18 e 60 anos, com média de 30,7 anos (DP=8,54). Dos participantes, 99 (62,3%) estavam internados em duas instituições públicas, e 60 (37,7%) em uma instituição privada, todas localizadas em Porto Alegre, RS, Brasil. Os instrumentos utilizados foram uma entrevista sociodemográfica e padrão de consumo de substâncias psicoativas e o *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)*. A média de idade para a primeira situação de consumo de crack foi de 24 anos (DP=8,6). Verificaram-se diferenças significativas entre instituições e/ou sexos na variável escolaridade, renda familiar, doenças diagnosticadas, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na família, motivos do consumo de crack, frequência do consumo de pedras de crack no início do uso e antes da internação, recursos para obtenção do crack, locais de tratamento, processo penal e ato infracional. Os dados apontam para a importância de se conhecer o perfil do dependente de crack, visto que, no presente estudo, foram identificadas vulnerabilidades em ambos os sexos e em ambas as instituições. Além de ser a dependência de crack um dos problemas de saúde pública que mais vem desafiando os profissionais da saúde devido às altas taxas de recaídas, dificuldade de manejo e conscientização sobre a problemática. Conhecer o perfil do dependente de crack pode contribuir para o planejamento de programas preventivos em relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas. Sugere-se o planejamento de ações e intervenções com esse público-alvo e maior apropriação de dados sobre essa população dependente de crack, principalmente nas questões que envolvem os sexos.

Palavras-chave: dependência de crack, perfil, homens, mulheres, instituições, psicologia.

Profile of male and female crack dependent inpatients in public and private health systems

Abstract

The present study aimed to identify the sociodemographic characteristics of male and female crack dependent inpatients hospitalized for detoxification in public and private health systems. A total of 159 adults participated (80 men and 79 women), aged between 18 and 60 years, mean age 30.7 years (SD=8.54). Of the participants, 99 (62.3%) were hospitalized in two public institutions, and 60 (37.7%) to a private one, all located in Porto Alegre, RS, Brazil. The instruments used were a sociodemographic interview and pattern of consumption of psychoactive substances and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus). The average age of first crack use was 24 years (SD=8.6). Significant differences were found between institutions and/or gender in the following variables: education, family income, diagnosed diseases, use of licit and/or illicit drugs in the family, reasons for crack consumption, intake frequency of crack rocks at the beginning of use and before hospitalization, resources for obtaining crack, local treatment, criminal prosecution and offense. The data indicate the importance of knowing the profile of the crack dependent since the present study has identified vulnerabilities in both sexes and at both institutions. Besides, the dependence of crack is one of the public health problems which most challenges health professionals due to high rates of relapse, difficulty of handling and awareness about the issue. Knowing the profile of the crack dependent can contribute to the planning of preventive programs regarding the use and abuse of psychoactive substances. It is suggested the planning of actions and interventions with this target population and more adjustment of data of these crack dependents, especially on issues which involve gender.

Keywords: addiction to crack, profile, men, women, institutions, psychology.

1 Introdução

Qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar e produzir alterações no funcionamento dos sistemas que compõem o ser humano é chamada de droga. A utilização dessas substâncias, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) pode levar o indivíduo a manifestar o transtorno por uso de substâncias, aspecto esse que gera uma preocupação em termos de saúde pública.

Os transtornos por uso de substâncias, segundo o DSM-IV (*American Psychiatric Association* [APA], 2002) divide-se em dependência e abuso. A principal característica da *dependência de substâncias* consiste no agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. É definida através da manifestação de três ou mais de sete critérios diagnósticos, divididos em tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância), abstinência (alteração comportamental mal adaptativa, que ocorre quando as concentrações da substância diminuem no organismo) e comportamento compulsivo (o indivíduo consome maiores quantidades; existe o desejo persistente de reduzir o uso da substância; despende muito tempo em prol da obtenção da substância; atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser abandonadas e, apesar de admitir a sua contribuição para um problema psicológico ou físico, o indivíduo continua usando), ocorrendo em qualquer momento, no período de 12 meses. Já o *abuso de substâncias* consiste em um padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízos, manifestado por um ou mais dos quatro critérios diagnósticos, ocorrendo num período de 12 meses. O uso frequente da substância ocasiona o fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa; o uso recorrente da substância em situações que representam perigo; problemas legais, sociais e interpessoais, apesar dos problemas persistirem.

No entanto, o DSM-5 (APA, 2014) aponta novos critérios diagnósticos na dependência de substâncias. Sendo assim, os diagnósticos de dependência e abuso foram extintos, ou seja, pela nova classificação, o paciente pode ter o diagnóstico de *dependência leve* (presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano), *dependência moderada* (presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano) e *dependência grave* (presença de seis ou mais sintomas dos onze critérios por um período de um ano). Os 11 critérios diagnósticos são: uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado; desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo; gasto de tempo relevante em atividades para obter a substância; fissura (*craving*); fracasso em

cumprir obrigações profissionais, escolares ou familiares devido ao uso; continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; restrição de repertório de vida em função do uso; manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; uso em situação de exposição a risco; tolerância e abstinência. Observa-se que o critério história de problema com a lei devido ao uso de substâncias foi substituído pela fissura (Fidalgo, 2013).

Na dependência de substâncias psicoativas é importante compreender a fissura, pois essa influencia na evolução do tratamento e pode determinar a recaída. O desejo irresistível chamado de fissura é episódico, dura apenas algumas horas e apresenta longos períodos livres nos sujeitos que abusam de cocaína/crack após permanecerem abstinentes durante muito tempo. A utilização de uma droga provoca uma sensação de prazer e ao mesmo tempo gera outras consequências que levam a desejar repetir este comportamento. Esse desejo faz com que o sujeito utilize de modo compulsivo a substância psicoativa. Esse é o maior desafio dos tratamentos: o manejo da fissura, uma vez que ainda não existe um psicofármaco capaz de acabar com ela (Seibel, 2010; Araujo, Oliveira, Pedroso, Miguel, & Castro, 2008; Bordin, Jungerman, Filgie, & Laranjeira, 2010).

No Brasil, o crack teve a sua primeira apreensão na década de 90 e a partir desse momento foi sendo estimulado o seu consumo devido à alta disponibilidade, lucratividade, fácil acesso à substância, efeitos estimulantes e prazerosos, fácil administração, baixo custo, maior disseminação e alto potencial de dependência. Além disso, o crack foi sofrendo alterações na sua apresentação, tais como, mudança na cor, consistência, efeito, tamanho. Estas modificações são resultado de preparações impuras e com acréscimo de diluentes e outras substâncias. Por ser uma substância de natureza hidrossolúvel, a cocaína pode ser usada por três vias de administração: inalada, injetada e/ou fumada. Essa realidade ocasionou um menor potencial aditivo, o que conseqüentemente faz com que o dependente de crack (forma fumada) utilize mais quantidades na busca do efeito esperado (Oliveira & Nappo, 2008; Dias, Araújo, & Laranjeira, 2011; Rodrigues et al., 2012; Laranjeira et al., 2013).

Depois de duas décadas da introdução do crack no Brasil, o preço por unidade não sofreu variação expressiva, o que sugere alteração na composição da droga que não é mais a mesma, ou seja, em termos de pureza, durante a produção é utilizada pouca cocaína e muitas outras substâncias desconhecidas, entre elas, farinha, talco, bicarbonato de sódio, pó de vidro, pó de mármore, veneno de rato, cerol de pipa, fezes de animais, aspectos verificados através da consistência, coloração e dos efeitos do crack que modificaram. Por

meio de processo de cocção em água, a pedra de crack branca, que não foi alterada com outras substâncias, pode ser transformada em uma forma de consistência gelatinosa chamada de “cristal, crack tirado ou trabalhado, pedra transparente”, possui efeitos mais intensos que os do crack convencional (Oliveira & Nappo, 2008).

O cachimbo é o objeto símbolo do crack, porém o mais utilizado pelos dependentes de crack é a lata de alumínio chamada de “cachimbo de alumínio”, suporte para o crack e as cinzas de cigarro para que o crack seja sublimado quando aquecido. Levando-se em consideração que a matéria prima é o alumínio aquecido, os danos à saúde são inevitáveis, entre eles, lesão no tecido cutâneo, feridas na língua, lábios, dedos e rosto. Quando o cachimbo de alumínio é compartilhado, aumentam as chances de transmissão de doenças infectocontagiosas. As mulheres usuárias, ao trocarem sexo oral desprotegido por crack, possibilitam o contato das feridas na boca ao sêmen do homem, o que pode aumentar o risco de contágio por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV). Além disso, a lata de alumínio aumenta o nível sérico de alumínio no sangue, levando o usuário de crack a uma possível intoxicação e a sérios danos neurológicos que podem ser irreversíveis devido à toxicidade (Nappo et al., 2004; Pechansky et al., 2007; Nappo, Sanchez, & Ribeiro, 2012; Costa, Soibelman, Zanchet, Costa & Salgado, 2012).

Quando se fala do uso, cada vez mais vem sendo utilizado o compartilhamento do crack em grupo, fato que aumenta os encontros homossexuais e heterossexuais e o uso do preservativo nessa população é algo impensável em função das circunstâncias, o que pode facilitar a transmissão de doenças. Uma estratégia de uso empregada com fins econômicos e sociais é o compartilhamento da droga em grupo com os parceiros de uso, ou seja, um dos usuários inala a fumaça de crack do cachimbo e posteriormente transmite ao parceiro através do contato boca a boca ou através de canos de PVC. Como a cocaína fica retida nos pulmões do doador, acredita-se que o receptor tenha efeitos menos intensos. A técnica de compartilhamento promove um ambiente de apelo sexual, aumentando a possibilidade de relações desprotegidas e de transmissão de doenças (Oliveira & Nappo, 2008).

O Ministério da Saúde (2009) estimou que em torno de 600 mil pessoas fossem dependentes de crack no Brasil. Percebe-se um aumento no consumo de cocaína no Brasil, segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2011), o qual apontou uma prevalência no país de 900 mil usuários de cocaína. Contudo, estudiosos brasileiros acreditam que esses dados estatísticos sejam o dobro e que as informações acerca do consumo de crack e seus

usuários estejam aquém do desejável (Oliveira, Jaeger, & Scheirener, 2003; Seibel, 2010; Araujo, 2011; Horta, Horta, Rosset, & Horta, 2011; Freire, Santos, Bortolini, Moraes, & Oliveira, 2012).

Assim, estudos recentes descrevem um quadro muito mais severo. Dados do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) referentes ao Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) investigaram pela primeira vez, em 2012, o padrão de uso de cocaína e crack em uma amostra representativa da população brasileira. Foram realizadas entrevistas domiciliares em 149 municípios brasileiros, com 4.607 indivíduos de 14 anos de idade ou mais. Desse total, a amostra do RS foi constituída por 288 indivíduos. Os entrevistados responderam a um questionário padronizado com mais de 800 perguntas que avaliaram o padrão de uso, bem como fatores associados ao uso problemático. Os resultados mostraram que 5,6 milhões (4%) da população adulta e 442 mil (3%) adolescentes com idade entre 14 a 18 anos já experimentaram alguma apresentação de cocaína utilizada pela via intranasal (aspirada) e pela via pulmonar (fumada), e, aproximadamente, 2 milhões de brasileiros já utilizaram crack pelo menos *uma vez na vida*¹, sendo 1,4% de adultos e 1% de jovens. A prevalência de uso de cocaína intranasal e fumada, *no último ano*², atingiu 2,6 milhões (2%) de adultos e 244 mil (2%) de adolescentes. A proporção de usuários de cocaína, crack e oxi em números absolutos mostrou que 46% se concentram na região Sudeste, 27% na região Nordeste, 10% na região Centro-Oeste, 10% na região Norte e 7% na região Sul. Outro dado relevante diz respeito a 70% dos usuários de cocaína que no último ano também usaram maconha e 41% dos usuários de maconha também usaram cocaína no último ano. O estudo também mostra que 20% dos brasileiros conhecem alguém que tem problemas pelo uso de cocaína. Dentre os usuários, 48% foram identificados com dependência química, mas apenas 30% desses relataram ter a intenção de interromper o uso e apenas 1% procurou tratamento para o uso de cocaína. Além disso, o estudo apontou que quase metade dos usuários (45%) experimentou cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. A idade é um indicador importante, uma vez que há uma relação entre a precocidade do uso e o aumento do risco de desenvolver dependência e de outras doenças psiquiátricas (Laranjeira et al., 2013).

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define uso *uma vez na vida* como uso pelo menos uma vez na vida.

² A OMS define uso *no último ano* como uso pelo menos uma vez nos dozes meses que antecederam a pesquisa.

Segundo a UNODC (2013), o uso de drogas como a cocaína está diminuindo gradativamente nos países desenvolvidos, mas nos países subdesenvolvidos verifica-se um aumento de acesso à droga e o aparecimento de novas formas de comercialização. Um exemplo é o caso do Brasil, que representa o segundo maior mercado de cocaína do mundo quando se trata de números absolutos de usuários, ficando apenas atrás dos Estados Unidos. Referente ao crack, o Brasil é o maior mercado do mundo, representando 20% do consumo mundial. No entanto, no contexto mundial, está em ascensão as apreensões de Novas Substâncias Psicoativas (NSP), entre elas, os Estimulantes do Tipo Anfetamínico (ATS). Excluindo o ecstasy, subiram de 123 toneladas em 2011, que é 66% maior do que em 2010 (74 toneladas) e o dobro do valor de 2005 (60 toneladas). Em 2011, cerca de 0,7% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos (33,8 milhões de pessoas) tinha usado ATS no ano anterior.

Percebe-se, assim, um aumento progressivo no consumo de crack no Brasil e, em alguns estados, como o Rio Grande do Sul, os índices são preocupantes, mais especificamente na cidade de Porto Alegre, o consumo é expressivo. Como consequência, o Governo Federal Brasileiro vem regulamentando na última década políticas públicas, através de estratégias de enfrentamento ao crack. Diante dessa perspectiva, por meio do Ministério da Justiça (2011), lançou o Programa Nacional “*Crack, É Possível Vencer*”, que objetiva aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as atividades de prevenção. O Rio Grande do Sul, segundo o Portal Brasil (2012), foi o quarto Estado a aderir ao programa, depois de Pernambuco, Alagoas e Rio de Janeiro.

Acredita-se que há, portanto, uma epidemia de crack no Brasil, sem barreiras socioeconômicas. Essa epidemia pode ser percebida no cotidiano e se apresenta como um grave problema público cujas proporções são pouco conhecidas e de grande impacto pessoal, familiar e social. Milhares de indivíduos, independente da classe social, vêm buscando uma saída para a dependência em que entraram. O crack se encontra entre os principais problemas de saúde pública do país, e o estado do Rio Grande do Sul vem sendo destaque nos estudos estatísticos em função da quantidade de usuários e aproximadamente seis mortes diárias decorrentes do tráfico de drogas (Dualibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Bordin et al., 2010; Dias et al., 2011; Alves, Ribeiro, & Castro, 2011; Costa et al. 2012; Laranjeira et al., 2013).

Em função disso, o crack é responsável pela maioria das internações de dependentes de substâncias no Brasil. Uma pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em cinco centros de tratamento ambulatorial de quatro capitais brasileiras, constatou que 39,4% dos pacientes procuraram o atendimento devido ao uso do crack (Kessler & Pechansky, 2008).

A rapidez com que a droga atingiu os indivíduos se deve à habilidosa estratégia de mercado utilizada pelos traficantes no fim dos anos 90 para disseminar o crack, ou seja, esgotaram as reservas das outras drogas nos pontos de venda e disponibilizaram apenas o crack ou realizavam a venda casada, isto é, só vendiam a maconha se o usuário comprasse junto a “nova droga” crack. Os indivíduos que só conheciam a maconha e a cocaína, ao experimentar o crack, se encantavam com seu potencial, apontando a rápida popularização de crack no Brasil (Kessler & Pechansky, 2008; Oliveira & Nappo, 2008).

O crack provoca efeitos maléficos quando é ingerido concomitantemente com o álcool devido à formação de um metabólito a cocaetilenol que apresenta propriedades psicoativas importantes e uma meia-vida muito maior do que se o crack e o álcool fossem ingeridos separadamente. O dependente químico, com a intenção de evitar os efeitos negativos da síndrome de abstinência, utiliza o álcool após o uso abusivo de crack. A combinação com o tabaco chamado de “pitolho ou cisclado” gera um efeito mais fraco, porém opta-se por essa forma, muitas vezes, por causa da possibilidade de usar crack em locais públicos sem a presença do cachimbo. O crack combinado com a maconha, chamado “mesclado”, é utilizado com o objetivo de prolongar a duração do efeito do crack, além de amenizar a fissura e os efeitos ansiogênicos. A combinação do álcool, tabaco e/ou maconha com o crack produz ciclos de consumo de ambas as drogas e sempre que há consumo de uma dessas substâncias o organismo é estimulado a consumir a outra e vice-versa, tornando-se um poliusuário. Os motivos que levam ao poliuso são diversos, entre eles, manipular a intensidade dos efeitos do crack, paliativo dos efeitos negativos e/ou potencializador dos efeitos positivos (Oliveira & Nappo, 2008; Batista, Almeida, Fadel, & Bressan, 2010; Ferreira, Capistrano, Maftum, Kalinfe, & Kirchhof, 2012).

A dependência de crack exige um tratamento complexo com abordagem interdisciplinar e multiprofissional, com ações focadas na prevenção, psicoeducação e principalmente num tratamento eficaz, porém os serviços ainda são pouco estruturados e experientes no atendimento a essa clientela. Perante esse desafio, pode-se perceber que, nas últimas décadas, a comunidade acadêmica tem se dedicado a desenvolver estudos que

possam clarear aspectos ainda pouco explorados acerca da dependência do crack (Rodrigues et al. 2012; Freire et al., 2012).

Considerando a importância da ampliação do conhecimento acerca da dependência do crack, este trabalho tem como objetivo a identificação do perfil sócio demográfico de homens e mulheres dependentes de crack internados no sistema de saúde público e privado, considerando situação empregatícia, renda, escolaridade, condições de saúde, exposição às drogas na família de origem, vivências traumáticas, padrão de uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas) e envolvimento na justiça. Estudos que relacionam o nível econômico com a frequência e a intensidade de uso do crack em pacientes em tratamento são dificilmente encontrados (Rodrigues et al. 2012; Freire et al., 2012). Da mesma forma, são poucos os trabalhos que distinguem as características relativas a possíveis diferenças entre os sexos (Orsi & Oliveira, 2006; Gitlow, 2008; Hochgraf & Brasiliano, 2010; Wolle & Zilberman, 2011; Freire et al., 2012).

2 Método

2.1 Delineamento

Para buscar atingir os objetivos do presente estudo, foi utilizada a pesquisa quantitativa, transversal, do tipo comparativo entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados em instituição para desintoxicação.

2.2 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram 159 adultos internados para desintoxicação por dependência de crack em uma clínica privada e dois hospitais públicos localizados em Porto Alegre, RS, entre o período de abril a novembro de 2013. A amostra foi não probabilística, formada por dois grupos definidos conforme o sexo, constituindo assim um grupo do sexo feminino ($n=79$) e um grupo do sexo masculino ($n=80$).

Os critérios de inclusão neste estudo foram adultos acima de 18 anos, internados para desintoxicação por dependência de crack, escolaridade de no mínimo a 5ª série do ensino fundamental, podendo estar utilizando medicação controlada para o tratamento de algum transtorno psiquiátrico. Além disso, foi levado em conta o período de internação e avaliados somente os internados que estivessem na etapa inicial de desintoxicação, isto é, mínimo de sete dias de abstinência para aplicação dos instrumentos da pesquisa. A referência utilizada pelas equipes profissionais dos locais de coleta dos dados foi segundo os critérios do DSM-IV (APA, 2002) para internação por dependência química.

Os critérios de exclusão foram participantes com diagnóstico de retardo mental devido à dificuldade cognitiva para entendimento dos questionamentos e sujeitos que não tenham o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância. Todas as informações necessárias foram coletadas do prontuário do paciente, preenchido diariamente pela equipe profissional da instituição de saúde.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente, foi encaminhado o Termo de Anuência para autorização de desenvolvimento da pesquisa na Clínica Pinel (Anexo A), tendo o retorno desse termo no dia 01 de março de 2013. Após autorização da instituição e com toda documentação necessária, através da Plataforma Brasil (plataformabrasil@saude.gov.br), o projeto de

pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, no dia 21 de março de 2013, sob o número do projeto no CEP 13/014 (Anexo B) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Clínica Pinel, Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e Hospital Mãe de Deus (HMD). A Clínica Pinel, após avaliação do projeto, autorizou a pesquisa mediante o Termo de Anuência emitido no dia 01 de março de 2013. O HPSP, após avaliação do projeto e dos documentos do CEP/UNISINOS, emitiu documento autorizando a pesquisa no dia 29 de abril de 2013 (Anexo D). O HMD, após avaliação da documentação e confecção do TCLE de acordo com as exigências do CEP/HMD (Anexo E), teve sua aprovação no dia 24 de junho de 2013, sob o número do parecer 313.433 (Anexo F).

Posteriormente, na presença dos participantes da pesquisa, foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os que aceitaram participar do estudo foram convidados a assinar o documento em duas vias, sendo que uma ficou com a pesquisadora e outra cópia do documento com o participante. Após a assinatura do TCLE, foi solicitado que o participante respondesse à entrevista sociodemográfica e padrão de consumo de substâncias psicoativas (Anexo G) e o *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus)* Módulo Abuso e Dependência de Substâncias Psicoativas (Anexo H).

Os instrumentos seguiram uma sequência cronológica de aplicação, foram aplicados pela própria pesquisadora para que todos os participantes tivessem a mesma abordagem. Cabe ressaltar que, para o bom emprego dos instrumentos, foi realizada aplicação em sala do hospital e/ou clínica com iluminação e silêncio adequados, a fim de assegurar o sigilo e a privacidade. A duração estimada para aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 50 a 60 minutos para cada participante, em um único encontro.

2.3.2 Procedimentos éticos

Neste estudo foram respeitados os procedimentos éticos para Pesquisas em Psicologia com Seres Humanos, contidos no Conselho Federal de Psicologia – CFP (2000), visando proporcionar um espaço mais seguro para o público-alvo da pesquisa. Os participantes foram informados dos objetivos e procedimentos do estudo, sendo convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

No TCLE constaram os objetivos e a justificativa do estudo, bem como os instrumentos utilizados, procedimentos de coleta e armazenamento dos dados, aspectos referentes à confidencialidade, preservação da identidade dos participantes, publicação dos resultados e forma de devolução dos resultados aos participantes. A fim de assegurar a confidencialidade dos participantes, foram omitidos quaisquer detalhes que possam levar à sua identificação. Foi enfatizado que a participação era voluntária, sendo possível desistir de participar do estudo a qualquer momento do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo no atendimento padrão oferecido pela instituição. O termo foi apresentado em duas vias e entregue uma cópia ao participante após a assinatura.

Os dados obtidos foram utilizados apenas para os fins da presente pesquisa, sendo armazenados pela pesquisadora em local de acesso restrito. Os documentos serão guardados por cinco anos, após esse período terão um destino ecologicamente correto. Os resultados da pesquisa serão apresentados à banca de dissertação do mestrado, podendo também ser utilizados em outros eventos científicos. Os artigos decorrentes da dissertação serão publicados em revistas científicas da área.

As instituições participantes da pesquisa terão direito à devolução, que será realizada através da apresentação dos resultados para a equipe profissional do serviço. Também foram colocadas à disposição da instituição reuniões com a equipe para discutir construtivamente os aspectos relacionados aos resultados da pesquisa no que diz respeito às diferenças do perfil entre o sexo feminino e o masculino. Isso para que, em conjunto com a equipe profissional, seja possível realizar uma reflexão que venha a promover o tratamento do dependente químico. Será entregue às instituições uma cópia da dissertação, após avaliação da banca.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Entrevista sociodemográfica e padrão de consumo de substâncias psicoativas

Para avaliação, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para levantamento de dados sociodemográficos e o padrão de consumo de substâncias psicoativas (Anexo G), elaborado pelas pesquisadoras para os fins dessa pesquisa, a partir dos seguintes indicadores: situação empregatícia, escolar, familiar, renda, ocorrência e padrão de uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas), tempo de uso na vida de crack e demais substâncias, quantidade e frequência no uso de crack, entre outros. Esse tipo de

ferramenta de pesquisa é muito comum nas ciências sociais e humanas, decorrente de sua simplicidade, versatilidade, baixo custo e por fornecer dados de boa qualidade, sendo o suficiente para testar hipóteses e para dar sugestões de orientação política no mundo real (Fife-Schaw, 2010).

2.4.2 *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)*

O M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (APA, 2002) e da CID-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008). O estudo de confiabilidade e validade mostrou que o M.I.N.I. apresenta índices fidedignos (Sheehan et al., 1998). O M.I.N.I. *Plus* é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente. O M.I.N.I. *Plus* tem perguntas que investigam essas questões. A tradução e adaptação para população brasileira foi realizada por Amorim (2000). O instrumento é constituído por uma entrevista diagnóstica breve com duração aproximada de 15 a 30 minutos, podendo ser utilizada na prática clínica, na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria.

A versão M.I.N.I. *Plus* engloba os principais transtornos do Eixo I, por meio de uma entrevista objetiva e avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV (APA, 2002), assim como gera diagnósticos positivos dos principais transtornos. Os índices de confiabilidade do M.I.N.I. *Plus* são satisfatórios, quando comparados a vários critérios de referência, em diferentes contextos (unidades psiquiátricas e centros de atenção primária). O M.I.N.I. *Plus* também mostrou qualidades psicométricas similares às de outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas, permitindo uma redução de 50% ou mais no tempo da avaliação. O M.I.N.I. e sua versão *Plus* são adaptados ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves e representam uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos. Em estudos focados em transtornos específicos, é possível utilizar o módulo diagnóstico mais específico correspondente ao MINI *Plus*, utilizando assim o módulo mais curto do instrumento para excluir outros diagnósticos (Sheehan et al., 1998; Amorim 2000). Sendo assim, o presente estudo utilizou o *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus)* (Anexo H) Módulo Abuso e Dependência de Substâncias Psicoativas (Outras que o Álcool).

2.5 Análise dos dados

As informações coletadas foram organizadas no software SPSS versão 18. Primeiramente, foram realizadas as análises estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequências) para identificar os resultados referentes aos instrumentos aplicados. O teste paramétrico Qui-Quadrado com nível de significância menor ou igual a 5%. Assim, realizou-se a comparação entre os grupos feminino e masculino da instituição pública e privada de saúde (Dancey & Reidy, 2006; Field, 2009).

3 Resultados

Do total de 159 participantes, 80 eram do sexo masculino (50,3%) e 79 do sexo feminino (49,7%). Dos homens, 40 (25,2%) estavam internados no serviço de saúde público, e 40 (25,2%) internados no serviço de saúde privado. Em relação às mulheres, 59 (37%) estavam internadas no serviço de saúde pública, e 20 (12,6%) no serviço de saúde privado. A média da idade do grupo foi de 30,7 anos (DP=8,54), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima. Quanto à idade entre os sexos, os homens apresentaram média de 30,36 anos (DP=8,29), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima; as mulheres apresentaram média de 31,24 anos (DP=8,81), com idade mínima de 18 anos e 53 anos a máxima.

A maioria dos participantes ($n=144$, 90,6%) foi internada para desintoxicação de forma involuntária e apenas 15 (9,4%) havia buscado a internação voluntariamente. Dos participantes, 99 (62,3%) estavam internados em instituição pública, e os outros 60 (37,7%), em instituição privada. Os participantes, em sua maioria, 122 (76,7%), eram solteiros, sendo apenas 20 casados (12,6%), 8 separados (5%), 6 divorciados (3,8%) e 3 viúvos (1,9%). Um total de 68 (42,8%) participantes informaram não ter filhos, 60 (37,8%) referiram ter de um a dois filhos e 31 (19,4%) mais de três filhos.

Quanto à escolaridade, 8 participantes (5%) não haviam completado o ensino fundamental, 51 (32,1%) tinham o ensino fundamental completo, 23 (14,5%) o ensino médio incompleto, 20 (12,6%) o ensino médio completo, 38 (23,9%) o ensino superior incompleto, 15 (9,4%) o ensino superior completo e 4 (2,5%) tinham pós-graduação.

Quase metade dos entrevistados ($n=73$, 45,9%) residia com sua família de origem, 41 (25,9%) com família constituída, 42 (26,3%) moravam sozinhos, na rua ou com amigos e três (1,9%) participantes apresentaram outras formas de convivência. A maioria dos participantes, 122 (76,7%), estava trabalhando no ano em que ocorreu a pesquisa e 37 (23,3%) não estavam trabalhando. Dos trabalhadores, 45 (28,3%) estavam exercendo a profissão de serviços gerais (diarista, empregada doméstica, camareira, construção civil, entre outras), 16 (10,1%) eram vendedores no comércio e 11 (6,9%) se consideravam autônomos.

Em relação à família de origem, verificou-se que a maioria dos pais dos participantes ($n=83$, 52,2%) eram separados, 54 (34%) casados, 17 (10,7%) viúvos e 5 (3,1%) apresentaram outra forma de convivência dos pais. A maioria dos participantes ($n=97$, 61%) tinha renda familiar inferior a dois salários mínimos, 51 (32,1%) entre dois e

10 salários mínimos, a minoria, 10 (6,3%), com renda superior a 10 salários e apenas um (0,6%) não soube responder. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra descrita.

Tabela 1. Caracterização da amostra (N=159)

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	80	50,3
	Feminino	79	49,7
Internação	Involuntária	144	90,6
	Voluntária	15	9,4
Instituição	Pública	99	62,3
	Privada	60	37,7
Estado Civil	Solteiro	122	76,7
	Casado	20	12,6
	Separado	8	5
	Divorciado	6	3,8
	Viúvo	3	1,9
Escolaridade	Fundamental Incompleto	8	5
	Fundamental Completo	51	32,1
	Médio Incompleto	23	14,5
	Médio Completo	20	12,6
	Superior Incompleto	38	23,9
	Superior Completo	15	9,4
Com quem mora	Pós-graduação	4	2,5
	Família de origem	73	45,9
	Família constituída	41	25,9
	Sozinho	25	15,7
	Morador de rua	12	7,5
	Amigos	5	3,1
Trabalha	Outros	3	1,9
	Sim	122	76,7
	Não	37	23,3
Profissões	Serviços Gerais	45	28,3
	Vendedor	16	10,1
	Autônomo	11	6,9
	Garçom	9	5,7
	Funcionário público	9	5,7
	Recepcionista	8	5
	Estética	5	3,1
	Segurança	5	3,1
	Informática	4	2,6
	Motorista	3	1,9
	Clínica veterinária	3	1,9
	Mecânico	1	0,6
	Técnico de enfermagem	1	0,6
	Agricultura	1	0,6
Advogado	1	0,6	
Relação dos pais	Separados	83	52,2
	Casados	54	34
	Viúvo	17	10,7
	Outros	5	3,1
Renda Familiar	Até 2 s.m. ^a	97	61
	De 2 a 4 s.m. ^a	35	22
	De 4 a 10 s.m. ^a	16	10,1
	Acima de 10 s.m. ^a	10	6,3
	Não soube responder	1	0,6
Total		159	100

^aSalários mínimos

Dentre a amostra total de participantes (Tabela 2), a maioria, 139 (87,4%), não estava estudando no ano corrente e somente 20 (12,6%) ainda estudava, antes da internação. A análise das características da trajetória escolar apontou que 109 (68,6%) dos 159 participantes reprovaram na escola alguma vez na vida. Referente à expulsão e/ou suspensão escolar, 95 dos participantes (59,7%) não vivenciaram esta situação escolar, sendo que 64 (40,3%) afirmaram que foram expulsos e/ou suspensos da escola. Ainda sobre o contexto educacional, 107 (67,3%) dos participantes referiram que seus professores tinham queixas a seu respeito. Entre as queixas estavam a falta de atenção, 63 (39,6%); os problemas comportamentais, 59 (37,1%); a falta de interesse, 59 (37,1%); a não realização de tarefas, 53 (33,3%); e a desorganização, 27 (17%). O número total da frequência de queixas escolares é superior ao número de participantes da amostra devido ao fato de que os mesmos poderiam indicar mais de uma queixa mencionada pelos professores na fase estudantil.

Tabela 2. Escolaridade e trajetória escolar da amostra (N=159)

		n	%
Estuda	Sim	20	12,6
	Não	139	87,4
Reprovou	Sim	109	68,6
	Não	50	31,4
Expulso e/ou suspenso	Sim	64	40,3
	Não	95	59,7
Queixas dos professores	Sim	107	67,3
	Não	52	32,7
Queixas Frequentes	Falta de atenção	63	39,6
	Problemas comportamentais	59	37,1
	Desinteresse	59	37,1
	Não realizava as tarefas	53	33,3
	Desorganização	27	17
	Outras queixas	1	0,6

A Tabela 3 caracteriza a escolaridade dos dois grupos, considerando-se a internação no sistema público e privado. Cinco participantes (3,1%) no sistema público e três (1,9%) no sistema privado tinham *ensino fundamental incompleto*, 50 (31,5%) no sistema público e apenas um (0,6%) no sistema privado tinham o *ensino fundamental completo*, 11 (6,9%) no sistema público e 27 (17%) no sistema privado tinham o *ensino superior incompleto*, três (1,9%) no sistema público e 12 (7,5%) no sistema privado tinham *ensino superior completo*. Somente quatro (2,5%) no sistema privado tinham *pós-*

graduação. O Teste qui-quadrado indicou que houve diferença entre os grupos diferidos por local de internação e a escolaridade ($X^2=66,3$; $GL=6$; $p<0,001$). Assim, no sistema público ocorreu maior frequência de casos com escolaridade até o ensino fundamental completo e, nos participantes do sistema privado, maior frequência de casos com ensino superior incompleto até o nível de pós-graduação. Somente cinco participantes (3,1%) no sistema público e 15 (9,4%) no sistema privado afirmavam estar estudando no momento da coleta.

Tabela 3. Cruzamento entre escolaridade e o local de internação

Escolaridade	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Fundamental Incompleto	5****	3,1	3	1,9
Fundamental Completo	50****	31,5	1	0,6
Médio Incompleto	18	11,3	5	3,2
Médio Completo	12	7,6	8	5
Superior Incompleto	11	6,9	27****	17
Superior Completo	3	1,9	12****	7,5
Pós Graduação	-	-	4****	2,5
Total	99	62,3	60	37,7

****p<0,001

Apesar da diferença entre os dois grupos quanto ao nível de escolaridade, tanto participantes da rede pública como da rede privada apresentavam dificuldades similares na trajetória escolar. Dentre os participantes, 73 (73,7%) na internação pública ($n=99$) e 36 (60%) da internação privada ($n=60$) afirmaram já ter reprovado alguma vez na escola. Assim, não houve diferenças significativas entre os dois grupos, em relação à variável ter reprovado na escola. Igualmente, não ocorreram diferenças significativas quanto à referência de queixas de seus professores, quando estudavam. Dentre os participantes da instituição pública, 69 (69,7%) e 38 (63,3%) da instituição privada referiram ter tido queixas de seus professores.

Analisando a escolaridade conforme o sexo dos participantes (Tabela 4), no grupo masculino do sistema público havia mais participantes com até o ensino fundamental completo ($n=21$, 52,5%) e mais participantes do sistema privado ($n=15$, 37,5%) com ensino superior incompleto, completo e pós-graduação ($X^2=33,10$; $GL=6$; $p<0,001$). No grupo feminino, a maioria, 29 (49,2%), tinha ensino fundamental completo. Referente ao ensino superior incompleto, seis participantes do sistema público (10,2%) e 12 do serviço privado (60%) referem ter cursado a graduação. Assim, na amostra de mulheres e entre os locais de internação, identificou-se um maior número de participantes do sistema público

com escolaridade até o ensino fundamental completo, bem como maior número de participantes do sistema privado com ensino superior incompleto, completo e pós-graduação ($X^2=33,05$; $GL=6$; $p<0,001$).

Tabela 4. Escolaridade entre homens e mulheres do sistema público e privado

Escolaridade	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fundamental Incompleto	3	7,5	3	7,5	2	3,3	-	-
Fundamental Completo	21****	52,5	1	2,5	29****	49,2	-	-
Médio Incompleto	6	15	4	10	12	20,3	1	5
Médio Completo	4	10	5	12,5	8	13,6	3	15
Superior Incompleto	5	12,5	15****	37,5	6	10,2	12****	60
Superior Completo	1	2,5	10	25	2	3,4	2****	10
Pós-graduação	-	-	2	5	-	-	2****	10

**** $p<0,001$

Considerando os participantes tanto do sistema público como do privado, verificou-se que, no sistema privado, mais participantes estavam frequentando a escola no momento da internação ($X^2=13,52$; $GL=1$; $p<0,001$). No grupo masculino, dois homens (5%) no sistema público e oito (20%) no sistema privado estavam estudando. Não houve diferença significativa entre os grupos do sexo masculino. No grupo das mulheres, três (5%) no sistema público e sete (35%) no sistema privado permaneciam estudando. Foi verificada diferença significativa entre os grupos femininos a partir do teste qui-quadrado ($X^2=12,09$; $GL=1$; $p<0,001$).

Quanto à trajetória escolar, 28 (70%) homens do sistema público e 26 (65%) do sistema privado e 45 mulheres (76%) do sistema público e 9 (45%) do sistema privado afirmaram já ter reprovado alguma vez na vida. Verificou-se um maior número de mulheres no sistema público com maior número de reprovação escolar que no sistema privado ($X^2=6,75$; $GL=1$; $p<0,001$). No que diz respeito às queixas dos professores, 33 homens (82,5%) do sistema público e 26 (65%) do sistema privado, e 36 mulheres (61%) do sistema público e 12 (60%) do sistema privado referiram que seus professores tinham queixas a seu respeito. Não houve diferenças significativas entre os grupos.

Considerando as características familiares, não houve diferença significativa entre as variáveis estado conjugal dos pais e o local de internação. No sistema público, 30 participantes (30,3%) e 24 (40%) do sistema privado os pais estavam casados; 55 participantes (55,6%) do público e 28 (46,6%) do privado os pais estavam separados; 10 (10,1%) participantes do sistema público e 7 (11,7%) do sistema privado um dos pais era

viúvo(a) e 4 (4%) participantes do sistema público e apenas 1 (1,7%) do sistema privado referiram outra forma de estado conjugal dos pais.

A Tabela 5 apresenta os resultados descritivos referentes ao estado conjugal dos pais dos participantes e seus locais de internação. Nos grupos por sexo, 23 homens (57,5%) do serviço público e 16 (40%) do serviço privado e 32 mulheres (54,2%) do serviço público e 12 (60%) do serviço privado afirmaram que os pais são separados. Não houve diferenças significativas em nenhuma das categorias avaliadas.

Tabela 5. Estado conjugal dos pais de homens e mulheres do sistema público e privado

Estado conjugal dos pais	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Casados	15	37,5	19	47,5	15	25,4	5	25
Separados	23	57,5	16	40	32	54,2	12	60
Viúvo	-	-	4	10	10	16,9	3	15
Outros	2	5	1	2,5	2	3,5	-	-

Enquanto que 80 participantes do sistema público (80,8%) referiram ter renda de até dois salários mínimos, somente 17 participantes do sistema privado (28,8%) estavam nesta categoria de renda familiar. No sistema privado prevaleceu a renda de dois a quatro salários mínimos ($n=19$, 31,7%), enquanto que no público essa categoria correspondeu a 16 (16,2%). Nessa direção, renda de quatro a 10 salários mínimos foi identificada no sistema privado ($n=14$, 23,3%) e somente dois (2%) participantes no público. A partir de 10 salários mínimos, nove (15%) no privado e somente um (1%) participante no público. Portanto, houve diferenças significativas, verificadas a partir do teste qui-quadrado ($X^2=49,6$; $GL=3$; $p<0,001$), na variável renda entre os grupos de participantes, na qual no sistema público prevaleceu a renda de até dois salários mínimos e no sistema privado de dois a mais que 10 salários mínimos, conforme Tabela 6.

Tabela 6. Cruzamento entre renda familiar e o local de internação

Renda Familiar	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Até 2 s.l. ^a	80****	80,8	17	28,3
De 2 a 4 s.l.	16	16,2	19****	31,7
De 4 a 10 s.l.	2	2	14****	23,3
A partir de 10 s.l.	1	1	9****	15
N.R. ^b	-	-	1	1,7

^aSalário(s) Mínimo(s). ^bNão respondeu. **** $p<0,001$

A análise por sexo (Tabela 7) apontou que houve diferenças significativas entre os grupos de homens de internação pública e privada, havendo mais homens do sistema público com renda inferior a dois salários mínimos e mais homens do sistema privado com renda entre quatro e 10 salários mínimos e acima de 10 salários mínimos, diferenças verificadas através do qui-quadrado ($X^2=19,9$; $GL=3$ $p<0,001$). No grupo masculino, 29 (72,5%) participantes do sistema público possuíam renda familiar de até dois salários mínimos, enquanto 12 homens (30%) do sistema privado apresentaram a mesma renda; apenas um (2,5%) do sistema público e 12 (30%) do sistema privado possuíam renda de quatro a 10 salários mínimos e um (2,5%) do sistema público e seis (15%) do sistema privado tinham renda acima de 10 salários mínimos. No grupo do sexo feminino, 51 participantes (86,4%) do sistema público possuíam renda familiar de até dois salários mínimos e somente cinco (25%) do sistema privado possuíam a mesma renda. Assim, houve diferenças entre os grupos de mulheres, de internação pública e privada, havendo mais mulheres no sistema público nas categorias de até dois salários mínimos ($n=51$, 86,4%) e mais mulheres no sistema privado na de dois a quatro salários mínimos ($n=9$, 45%) e acima de 10 salários mínimos ($n=3$, 15%), diferenças verificadas através do qui-quadrado ($X^2=28,9$; $GL=3$; $p<0,001$).

Houve diferenças também entre a amostra total de homens e mulheres, havendo mais participantes do sistema público com renda inferior a dois salários mínimos e mais participantes do sistema privado com renda entre dois e quatro salários mínimos, com renda entre quatro e 10 salários mínimos e acima de 10 salários mínimos, diferença verificada através do qui-quadrado ($X^2=49,62$; $GL=3$; $p<0,001$). A Tabela 7 apresenta os resultados descritivos relativos à renda familiar dos grupos masculinos e femininos no sistema de internação pública e privada.

Tabela 7. Renda familiar entre homens e mulheres do sistema público e privado

Renda familiar	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 2 s.l.	29****	72,5	12	30	51****	86,4	5	25
De 2 a 4 s.l.	9	22,5	10	25	7	11,9	9****	45
De 4 a 10 s.l.	1	2,5	12****	30	1	1,7	2	10
Acima de 10 s.l.	1	2,5	6****	15	-	-	3****	15
N.R. ^a	-	-	-	-	-	-	1	5

^a Não respondeu. **** $p<0,001$

3.1 Características da amostra em relação às doenças referidas e perdas vivenciadas

Relacionado às doenças já citadas, 70 (44%) participantes referiram ter algum tipo de doença, sendo 27 (17%) doenças clínicas, 22 (13,9%) algum tipo de doença mental, 16 (10%) referiram doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e cinco (3,1%) mais de uma doença diagnosticada. Desse modo, 89 participantes (56%) responderam não ser portador de nenhuma doença da qual tenham conhecimento.

Quando comparados os sistemas de saúde, verificou-se que 15 (38,5%) participantes do sistema público e 12 (38,7%) do sistema privado referiram ter o diagnóstico de algum tipo de doença clínica; 12 (30,8%) e 4 (12,9%) participantes respectivamente tinham o diagnóstico de DST's; 10 (25,6%) e 12 (38,7%) participantes nessa ordem tinham doenças mentais e 2 (5,1%) participantes do sistema público e 3 (9,7%) participantes do sistema privado tinham o diagnóstico de mais de uma doença. Não houve diferenças significativas entre o local de internação e doenças referidas. Também é importante evidenciar que 60 participantes (60,6%) do sistema público e 29 (48,3%) do sistema privado não mencionaram o diagnóstico de doenças.

A Tabela 8 apresenta os resultados de análises descritivas das doenças referidas pelos grupos de homens ($n=30$) e mulheres ($n=40$), os quais referiram alguma doença, e os locais de internação. No grupo masculino, três participantes (27,3%) do sistema público e 10 (52,6%) do sistema privado referiram a presença de alguma doença clínica, duas (18,2%) do sistema público e três (15,8%) do sistema privado referiram DSTs, cinco do sistema público (45,5%) e quatro (21,1%) do sistema privado referiram alguma doença mental e apenas um participante do sistema público (9,1%) e duas (10,5%) do sistema privado referiram mais de uma doença. Percebe-se que o grupo dos homens não apresentou diferenças entre o sistema público e privado no que se refere às doenças. No grupo das mulheres, 10 (35,7%) do sistema público e apenas uma (8,3%) do privado referiram ter o diagnóstico de alguma DSTs, diferença que se demonstrou significativa, verificada através do qui-quadrado ($X^2=10,5$; $GL=3$; $p<0,01$). Também foi possível observar diferenças significativas entre as cinco (17,9%) mulheres do sistema público e oito (66,7%) do sistema privado que referiram doenças mentais ($X^2=10,5$; $GL=3$; $p<0,01$).

Tabela 8. Doenças referidas entre homens e mulheres do sistema público e privado

Doenças Referidas	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doenças clínicas	3	27,3	10	52,6	12	42,9	2	16,7
DST's	2	18,2	3	15,8	10**	35,7	1	8,3
Doenças mentais	5	45,5	4	21,1	5	17,9	8**	66,7
Mais de uma	1	9	2	10,5	1	3,5	1	8,3

**p<0,01

Em termos de perdas significativas vivenciadas pela amostra nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes, 104 (65,4%), indicou ter passado por essa experiência e 55 (34,6%) não vivenciaram perdas. Desse total, 98 (61,6%) participantes relataram a perda de algum familiar, seis (3,8%) fizeram referência à perda de amigos, quatro (2,5%) à perda de namorado(a), apenas um (0,6%) à morte de cliente, um (0,6%) à perda de animal de estimação e um (0,6%) à situação de incêndio em casa. O número total da frequência das perdas é superior ao número de participantes da amostra, porque os participantes poderiam indicar mais de uma perda significativa.

Referente às perdas vivenciadas entre os sistemas de saúde, 67 (40,2%) dos casos eram do sistema público e 44 (25,2%) do sistema privado. Quando comparados, 60 (92,3%) participantes do sistema público e 38 (92,7%) do sistema privado referiram ter vivenciado a perda de familiar. Observa-se que não houve diferença significativa entre estes dois grupos quanto à frequência e nem ao tipo de perdas referidas, pois ambos indicaram uma alta frequência de perdas familiares. Esse mesmo padrão de frequência e tipo foi verificado entre os sexos, sendo que 23 homens (92%) do sistema público e 24 (96%) do sistema privado confirmaram ter vivenciado a perda de familiares. Da mesma forma, entre as mulheres, 37 (92,5%) do sistema público e 14 (87,5%) do privado evidenciaram ter sofrido a perda de familiares. Não houve diferenças significativas entre os grupos.

3.2 Características da amostra em relação ao consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos familiares

Em relação aos familiares que consomem drogas lícitas e ilícitas, 99 (62,3%) participantes afirmaram que membros da família utilizam drogas lícitas, sendo que 71 (44,7%) referiram integrantes da família nuclear, 11 (6,9%) da família expandida, 17 (10,7%) nas respectivas famílias, nuclear e expandida, e 60 (37,7%) participantes

afirmaram que seus familiares não utilizam drogas lícitas. No que diz respeito às drogas ilícitas, os resultados mostram que 92 participantes (57,9%) afirmaram que algum membro da família utiliza drogas ilícitas, sendo 66 (41,9%) da família nuclear, 17 (10,7%) da família expandida, nove (5,7%) familiares de ambos os níveis de relação, e 67 (42,1%) garantiram que os familiares não utilizam drogas ilícitas.

Na comparação entre os sistemas de saúde e o consumo de drogas lícitas entre os familiares. Verificou-se que a família nuclear de 49 (49,5%) participantes do sistema público e 22 (36,7%) do sistema privado utilizava drogas lícitas; 5 (5,2%) e 6 (10%), nessa ordem, a família expandida utilizava drogas lícitas; tanto a família nuclear como a expandida de 10 (10,3%) participantes do sistema público e 7 (11,7%) participantes do sistema privado consumiam drogas lícitas. No entanto, os familiares de 35 (35%) participantes do sistema público e 25 (41,6%) participantes do sistema privado não usavam drogas lícitas. Não houve diferença significativa entre os grupos de participantes do sistema público e privado em relação ao consumo de drogas lícitas por familiares.

A Tabela 9 apresenta os resultados descritivos dos familiares dos grupos de homens e mulheres, por local de internação, que utilizam drogas lícitas. No grupo masculino, tanto no sistema público como no sistema privado os resultados foram iguais, isto é, 19 (47,5%) do sistema público e 19 (47,5%) do sistema privado afirmaram que a família nuclear faz uso de drogas lícitas, e 11 (27,5%) do sistema público e 8 (20%) do sistema privado afirmaram que seus familiares não fazem uso de drogas lícitas. No grupo feminino, 30 (50,8%) do sistema público e três (15%) do sistema privado indicaram que a família nuclear faz uso de drogas lícitas e 24 (40,7%) do sistema público e 17 (85%) do sistema privado afirmaram que os familiares não utilizam drogas lícitas. Foi verificado a partir do teste qui-quadrado ($X^2=12,9$; $GL=3$; $p<0,005$) diferenças significativas nos resultados das participantes mulheres entre os locais de internação público e privado, de modo que mais componentes da família nuclear do sistema público usavam drogas lícitas.

Tabela 9. Familiares e o uso de drogas lícitas entre homens e mulheres do sistema público e privado

Familiares	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Família nuclear	19	47,5	19	47,5	30***	50,8	3	15
Família expandida	2	5	6	15	3	5,1	-	-
Famílias nuclear e expandida	8	20	7	17,5	2	3,4	-	-
Não usam	11	27,5	8	20	24	40,7	17***	85

*** $p<0,005$

Um total de 52 participantes (52,5%) do sistema público, enquanto que 14 (23,3%) do sistema privado referiram que algum membro da família nuclear faz uso de drogas ilícitas. A utilização de drogas ilícitas por familiares (Tabela 10) diferiu entre os participantes da rede pública e da rede privada, mostrando que o consumo entre familiares próximos é superior no sistema público ($X^2=15,75$; $GL=3$; $p<0,005$). Do total de participantes, 32 (32,3%) do sistema público e 35 (58,3%) do sistema privado afirmaram que seus familiares não utilizam drogas ilícitas.

Tabela 10. Familiares e o uso de drogas ilícitas entre o sistema público e privado

Familiares consomem drogas ilícitas	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Família nuclear	52***	52,5	14	23,3
Família expandida	9	9,1	8	13,3
Famílias nuclear e expandida	6	6,1	3	5
Não usam	32	32,3	35	58,4

*** $p<0,005$

A Tabela 11 apresenta os resultados descritivos dos familiares dos grupos de homens e mulheres, por local de internação, que utilizam drogas ilícitas. No grupo masculino proveniente do sistema público, 18 (45%) referiram o uso de drogas ilícitas na família nuclear, enquanto que no grupo privado observaram-se 12 casos (30,8%). No grupo feminino, 34 mulheres (57,6%) do sistema público e duas (10%) do sistema privado mencionaram uso de drogas ilícitas na família nuclear. No entanto, 20 mulheres (33,9%) do sistema público e 18 (90%) do sistema privado afirmaram que os familiares não fazem uso de drogas ilícitas. Foram verificadas, a partir do teste qui-quadrado, diferenças significativas nas mulheres entre os locais de internação público e privado ($X^2=18,9$; $GL=3$; $p<0,001$), indicando maior incidência de familiares próximos, componentes da família nuclear, que utilizavam drogas ilícitas entre as participantes do sistema público, e maior incidência de familiares que não utilizavam drogas ilícitas entre as participantes do sistema privado. Entre as análises gerais entre homens e mulheres, verificadas através do qui-quadrado ($X^2=13,7$; $GL=3$; $p<0,001$), percebe-se que há maior incidência de componentes da família nuclear que fazem uso de drogas ilícitas entre os participantes do sistema público e maior incidência de familiares que não usam drogas ilícitas entre o sistema privado.

Tabela 11. Familiares e o uso de drogas ilícitas entre homens e mulheres do sistema público e privado

Familiares	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Família nuclear	18****	45	12	30,8	34****	57,6	2	10
Família expandida	7	17,5	8	20,5	2	3,4	-	-
Famílias nuclear e expandida	3	7,5	3	7,5	3	5,1	-	-
Não usam	12	30	17	41,2	20	33,9	18****	90

****p<0,001

3.3 Características da amostra quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os participantes

A Tabela 12 indica os resultados referentes à idade inicial de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os participantes que afirmaram já ter utilizado determinada droga nos respectivos grupos de substâncias. As análises referentes à substância *álcool* indicam que 49 (31%) já haviam consumido antes dos 12 anos de idade, 148 participantes (93,7%) começaram a consumir antes dos 18 anos, 153 (96,8%) já haviam consumido antes dos 21 anos e 158 (100%) antes dos 25 anos de idade. Referente à substância *nicotina*, 36 (24%) dos participantes iniciaram seu consumo antes dos 12 anos de idade, 138 (92%) antes dos 18 anos, 145 (96,7%) antes dos 21 anos, 149 (99,3%) antes dos 30 anos e 150 (100%) antes dos 32 anos de idade.

Dos participantes que já usaram drogas ilícitas, entre elas, a substância química *solvente*, 15 (18%) iniciaram o consumo antes dos 12 anos de idade, 67 (82,7%) antes dos 18 anos, 71 (87,7%) antes dos 21 anos e 81 (100%) antes dos 30 anos de idade. A *maconha* foi utilizada por 17 (11,1%) antes dos 12 anos de idade, por 131 (85,6%) antes dos 18 anos, por 142 (92,8%) antes dos 21 anos, por 148 (96,7%) antes dos 30 anos e por 153 (100%) antes dos 36 anos de idade. A substância *cocaína* quatro (2,6%) dos participantes iniciaram o uso antes dos 12 anos de idade, 82 (53,6%) utilizaram pela primeira vez antes dos 18 anos, 113 (73,9%) já haviam utilizado antes dos 21 anos, 146 (95,4%) antes dos 30 anos e 153 (100%) já haviam consumido antes dos 36 anos de idade.

No que diz respeito à substância *crack* nenhum dos participantes mencionou consumo antes dos 12 anos de idade. Entretanto, antes dos 18 anos, 44 (27,7%) já haviam consumido crack; aos 21 anos, 72 (45,3%); aos 30 anos, 126 (79,2%); e, aos 40 anos, 150 (94,3%) já haviam utilizado crack. Nove participantes (5,6%) declararam ter iniciado o

consumo de crack após os 40 anos. A média de idade para a primeira situação de consumo foi de 24 anos (DP= 8,6).

O ácido lisérgico (*LSD*) nenhum participante da amostra havia utilizado antes dos 12 anos de idade. Entretanto, 20 (40%) declararam ter feito uso na vida antes dos 18 anos, 26 (52%) aos 21 anos e 50 (100%) já haviam consumido antes dos 30 anos de idade. O *ecstasy* nenhum participante da amostra havia feito uso antes dos 12 anos de idade, mas 15 (38,5%) dos que declararam já ter feito uso desta substância haviam consumido antes dos 18 anos, 21 (53,8%) já haviam consumido antes dos 21 anos, 36 (92,3%) já haviam consumido antes dos 30 anos de idade e 37 (94,9%) antes dos 40 anos. Somente três participantes (1,8%) declararam ter feito uso depois dos 40 anos de idade.

Tabela 12. Idade de início do consumo de drogas lícitas e ilícitas na amostra (N=159)

Substâncias	Faixa etária de início de consumo	n	% ^a
Álcool	Até 12 anos	49	31
	Até 18 anos	148	93,7
	Até 21 anos	153	96,8
	Até 30 anos	158	100
	Até 40 anos	158	100
Nicotina	Até 12 anos	36	24
	Até 18 anos	138	92
	Até 21 anos	145	96,7
	Até 30 anos	149	99,3
	Até 40 anos	150	100
Solvente	Até 12 anos	15	18
	Até 18 anos	67	82,7
	Até 21 anos	71	87,7
	Até 30 anos	81	100
	Até 40 anos	81	100
Maconha	Até 12 anos	17	11,1
	Até 18 anos	131	85,6
	Até 21 anos	142	92,8
	Até 30 anos	148	96,7
	Até 40 anos	153	100
Cocaína	Até 12 anos	4	2,6
	Até 18 anos	82	53,6
	Até 21 anos	113	73,9
	Até 30 anos	146	95,4
	Até 40 anos	153	100
Crack	Até 12 anos	-	-
	Até 18 anos	44	27,7
	Até 21 anos	72	45,3
	Até 30 anos	126	79,2
	Até 40 anos	150	94,3
	Acima de 40 anos	159	100
LSD	Até 12 anos	-	-
	Até 18 anos	20	40
	Até 21 anos	26	52
	Até 30 anos	50	100
	Até 40 anos	50	100
	Até 12 anos	-	-

Ecstasy	Até 18 anos	15	38,5
	Até 21 anos	21	53,8
	Até 30 anos	36	92,3
	Até 40 anos	37	94,9

^aPorcentagem cumulativa. Somente foram tabulados casos positivos para uso das substâncias.

Além do crack, o qual estava sendo utilizado por toda a amostra ($N= 159$) antes da internação, os participantes também afirmaram estar utilizando outras substâncias lícitas e ilícitas. Ou seja, 110 participantes (69,2%) faziam uso de nicotina, 100 (62,9%) faziam uso de álcool, 78 (49,1%) uso de cocaína, 50 (31,4%) faziam uso de maconha, 5 (3,1%) uso de LSD e ecstasy e 2 (1,3%) utilizavam solvente antes da internação.

Através do instrumento M.I.N.I. *Plus*, que investiga o abuso e dependência de substâncias psicoativas, entre elas, drogas e medicações, constatou-se que toda a amostra ($N=159$) afirmou fazer uso do crack incluído no grupo da substância cocaína. Desses, 157 participantes (98,7%) referiram o uso de cocaína em pó, 154 (96,9%) o uso de canabinóides (maconha), 108 (67,9%) o uso de solventes, 84 (52,8%) o uso de sedativos, 73 (45,9%) o uso de alucinógenos, 62 (39%) o uso de estimulantes, e 6 (3,8%) o uso de opiáceos alguma vez na vida. Referente à utilização de crack incluído no grupo da substância cocaína, 135 participantes (84,9%) relataram que utilizavam mais crack do que pretendiam, e 120 (75,5%) que utilizavam quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito da primeira utilização da droga. Quando perguntados se já haviam realizado tentativas para cessação do consumo, 113 participantes (70%) confirmaram que tinham tentado diminuir o consumo, mas não conseguiram diminuir ou parar de usar o crack.

3.4 Características da amostra em relação ao motivo, frequência do consumo inicial e anterior à internação, recursos para obtenção e abstinência do crack

A relação de motivos para consumo de crack atribuídos pelos participantes é indicada pela Tabela 13, na qual é possível verificar que o fator mais frequente para o início do consumo foi a curiosidade pela experimentação da droga, 67 (42,1%); na sequência, foi a influência de amigos ($n=33$, 20,8%) e/ou namorado(a) ($n=18$, 11,3%), seguido por problemas familiares ($n=11$, 6,9%) e outros motivos diversos. Entretanto, houve diferença significativa entre os grupos de participantes internados no sistema de saúde público e privado quanto aos motivos referidos para início do consumo de crack. A curiosidade foi referida por grande parte dos participantes do sistema privado ($n=31$,

51,7%) e por 36 (36,4%) no sistema público. A necessidade de uso de crack ($n=4$, 6,7%), visto que a cocaína não fazia mais efeito, foi referida pelos participantes do sistema privado ($X^2=24,50$; $GL=11$; $p<0,001$).

Tabela 13. Motivos atribuídos ao consumo de crack na amostra total, no sistema público e privado

Motivos para início do consumo	Amostra total		Participantes do sistema público		Participantes do sistema privado	
	n	%	n	%	n	%
Curiosidade	67	42,1	36	36,4	31****	51,7
Influência de amigos	33	20,8	21	21,2	12	20
Influência de namorado(a)	18	11,3	15	15,2	3	5
Problemas familiares	11	6,9	9	9,1	2	3,3
Ter mais ânimo	9	5,7	7	7,1	2	3,3
Família nuclear ofereceu	5	3,1	5	5,1	-	-
Separação conjugal	5	3,1	4	4	1	1,7
Cocaína não fazia efeito	4	2,6	-	-	4****	6,7
Acabar com a vida	3	1,9	2	2	1	1,7
Estranho ofereceu	2	1,3	-	-	2	3,3
Influência da mídia	1	0,6	-	-	1	1,7
N.R. ^a	1	0,6	-	-	1	1,7

^aNão respondeu. **** $p<0,001$

A Tabela 14 apresenta os resultados descritivos referentes aos grupos de homens e mulheres em internações da rede pública e privada referente aos motivos que levaram os participantes a utilizar o crack. No grupo masculino, 17 homens (42,5%) do sistema público e 23 (57,5%) do sistema privado afirmaram que o motivo que os levou à utilização do crack foi a curiosidade, 11 (27,5%) do sistema público e nove (22,5%) do sistema privado afirmaram que utilizaram o crack devido à influência de amigos, porém três (7,5%) participantes do sistema público devido a problemas familiares e cinco (12,5%) do sistema público utilizaram na busca de obter mais ânimo. No sistema privado, não foram mencionados esses dois motivos. Foi possível verificar diferenças entre os grupos dos homens ($X^2=13,7$; $GL=8$; $p<0,05$) para as variáveis problemas familiares e ter mais ânimo, com maior incidência nos participantes do sistema público. No grupo feminino, 19 mulheres (32,2%) do sistema público e oito (40%) do sistema privado também utilizaram o crack por curiosidade, 10 (16,9%) do sistema público e três (15%) do sistema privado utilizaram devido à influência de amigos, 14 (23,7%) do sistema público e apenas uma (5%) do sistema privado devido à influência do namorado(a), no entanto, duas (10%) participantes do sistema privado devido à cocaína não fazer mais efeito e apenas uma (5%)

do sistema privado devido à influência da mídia ($X^2=18,8$; $GL=10$; $p<0,05$). No sistema público não foram mencionados esses dois motivos.

Tabela 14. Motivo do consumo de crack no grupo de homens e mulheres do sistema público e privado

Motivos	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Curiosidade	17	42,5	23	57,5	19	32,2	8	40
Influência de amigos	11	27,5	9	22,5	10	16,9	3	15
Influência namorado (a)	1	2,5	2	5	14*	23,7	1	5
Problemas familiares	3*	7,5	-	-	6	10,2	2	10
Ter mais ânimo	5*	12,5	-	-	2	3,4	2	10
Família nuclear ofereceu	-	-	-	-	5	8,5	-	-
Separação conjugal	2	5	1	2,5	2	3,4	-	-
Cocaína não fazia efeito	-	-	2	5	-	-	2*	10
Acabar com a vida	1	2,5	1	2,5	1	1,7	-	-
Estranho ofereceu	-	-	2	5	-	-	-	-
Influência da mídia	-	-	-	-	-	-	1*	5
N.R. ^a	-	-	-	-	-	-	1	5

^aNão respondeu. * $p<0,05$

Quando investigada a frequência de consumo de pedras de crack no período inicial e no anterior à internação na amostra ($N=159$), os resultados apontaram: nas situações iniciais de consumo do crack, 47 (29,7%) participantes indicaram utilizar de uma a duas pedras por situação de consumo, 36 (22,7%) referiram ter utilizado de três a cinco pedras, 35 (22%) referiram ter utilizado de seis a 18 pedras, 40 (25%) referiram ter utilizado mais de 18 pedras e apenas um participante (0,6%) não soube responder. O consumo de crack antes da internação apontou que 39 (24,5%) dos participantes utilizavam até 37 pedras de crack por situação de consumo, 38 (24%) utilizavam entre 38 a 80 pedras, 34 (21,4%) utilizavam de 81 a 194 pedras, 47 (29,5%) utilizavam mais de 194 pedras e apenas um (0,6%) não soube responder.

Houve diferenças significativas (Tabela 15) entre os participantes masculinos, uma vez que três (7,5%) do sistema público e 13 (32,5%) do sistema privado afirmaram consumir inicialmente de 3 a 5 pedras de crack, 13 (32,5%) do sistema público e quatro (10%) do sistema privado utilizaram de 6 a 18 pedras de crack e 13 (32,5%) do sistema público e cinco (12,5%) do sistema privado utilizaram mais de 18 pedras de crack. Observou-se uma maior frequência de consumo de 6 a 18 pedras e mais de 18 pedras em participantes do sistema público ($X^2=18,78$; $GL=3$; $p<0,001$), e maior frequência de consumo de 3 e 5 pedras de crack nos participantes do sistema privado, diferenças

verificadas através do qui-quadrado ($X^2=16,26$; $GL=3$; $p<0,001$). Não houve diferenças significativas entre as mulheres no sistema público e privado.

Tabela 15. Consumo inicial de crack entre homens e mulheres no sistema público e privado

Consumo inicial	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
De 1 a 2 pedras	11	27,5	18	45	13	22	5	25
De 3 a 5 pedras	3	7,5	13****	32,5	12	20,3	8	40
De 6 a 18 pedras	13****	32,5	4	10	12	20,3	5	25
Mais de 18	13****	32,5	5	12,5	22	37,4	2	10

**** $p<0,001$

Quanto ao consumo anterior à internação de crack, houve diferenças significativas entre os participantes homens, Tabela 16, sendo que seis (15%) do sistema público e 17 (42,5%) do sistema privado consumiam até 37 pedras de crack na última semana antes da internação. Observa-se a maior frequência de homens do sistema privado que utilizavam mais pedras de crack ($X^2=7,9$; $GL=3$; $p<0,01$). Também se verificou diferenças entre as mulheres, 10 (50%) participantes do sistema privado utilizavam de 38 a 80 pedras de crack na última semana antes da internação, comparadas com nove (15,3%) do sistema público. Da mesma forma, 23 (39%) do sistema público e três (15%) do sistema privado consumiam acima de 194 pedras de crack na última semana antes da internação, ou seja, maior frequência de mulheres do sistema público com consumo acima de 194 pedras ($X^2=13,06$; $GL=3$; $p<0,005$) e maior frequência de mulheres do sistema privado com consumo entre 38 e 80 pedras ($X^2=10,82$; $GL=3$; $p<0,005$).

Tabela 16. Consumo anterior à internação de crack entre homens e mulheres do sistema público e privado

Uso antes da internação	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 37 pedras	6	15	17**	42,5	12	20,3	4	20
De 38 a 80 pedras	10	25	9	22,5	9	15,3	10***	50
De 81 a 194 pedras	10	25	6	15	15	25,4	3	15
Acima de 194 pedras	14	35	8	20	23***	39	3	15

** $p<0,01$ *** $p<0,005$

No ano anterior à internação, 140 (88,1%) dos participantes haviam utilizado crack todos os dias da semana, 6 (3,8%) utilizaram de cinco a seis vezes por semana, 7

(4,4%) usaram de três a quatro vezes por semana, 5 (3,1%) usavam de uma a duas vezes por semana e apenas um (0,6%) usava entre um e três dias por mês.

Os recursos para obtenção do crack na amostra ($N=159$) foram variados. Sendo assim, observou-se que 98 participantes (61,6%) utilizava dinheiro de seu próprio trabalho; 96 (60,4%) vendiam pertences pessoais; 64 (40,3%) roubavam; 46 (28,9%) ganhavam dinheiro dos familiares e/ou amigos; 38 (23,9%) utilizavam a prostituição; 15 (9,4%) vendiam drogas; 10 (6,3%) pediam esmola; oito (5%) pediram empréstimo; seis (3,8%) recebiam droga de pessoas próximas e três (1,9%) penhoraram objetos valiosos. Os participantes eram convidados a apresentar todas as formas que consideravam como meio de conseguir a droga, sendo assim, alguns relataram mais de uma forma, o que explica o número da frequência ser maior do que o da amostra.

Algumas formas de conseguir o crack foram distintas entre os grupos de participantes do sistema público e do privado. Entre elas, venda de pertences pessoais, 65 (67%) do sistema público e 31 (51,7%) do sistema privado ($X^2=3,67$; $GL=1$; $p<0,05$); roubar, 45 (45,5%) do sistema público e 19 (31,7%) do privado ($X^2=2,95$; $GL=2$; $p<0,01$); prostituição, 35 (35,4%) e três (5%) respectivamente ($X^2=18,92$; $GL=1$; $p<0,001$); ganhar dinheiro de familiares/amigos, 18 (18,8%) do sistema público e 23 (38,3%) do sistema privado ($X^2=7,30$; $GL=1$; $p<0,05$), entre outras formas apresentadas na Tabela 17.

Tabela 17. Recursos para obtenção do crack no sistema público e privado

Recursos para obter crack	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Venda de pertences pessoais	65*	67	31	51,7
Dinheiro do próprio trabalho	62	63,3	36	60
Roubava	45**	45,5	19	31,7
Prostituição	35****	35,4	3	5
Ganhava dinheiro de familiares/amigos	18	18,8	23*	38,3
Vendia drogas	12	12,5	3	1,9
Pedia esmola	9	9,4	1	1,7
Pedia empréstimos	4	4,2	1	1,7
Recebia droga de pessoas próximas	2	2,1	4	6,7
Penhorava objetos	2	2,1	1	1,7

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ **** $p<0,001$

As estratégias utilizadas pelos participantes para adquirir o crack (Tabela18) foram distintas entre os grupos de internação pública e privada. Verificaram-se diferenças na categoria venda de pertences pessoais para comprar o crack entre os internados na rede pública. Assim, mais homens do sistema público ($n=29$, 74,4%) do que do privado ($n=23$,

57,5%) empregavam essa estratégia ($X^2=3,6$; $GL=1$; $p<0,05$). No grupo feminino também foram encontradas diferenças significativas, isto é, 35 (59,3%) participantes do sistema público e três (15%) do sistema privado afirmaram que utilizavam a prostituição como recurso para obter o crack ($X^2=11,7$; $GL=1$; $p<0,001$); 21 mulheres (35,6%) do sistema público e duas mulheres (10%) do sistema privado roubavam ($X^2=4,7$; $GL=1$; $p<0,05$); e 12 mulheres (21%) do serviço público e 12 (60%) do sistema privado ganhavam dinheiro de familiares ($X^2=8,11$; $GL=1$; $p<0,001$). Percebe-se que os homens buscavam vender os bens pessoais para adquirir o crack, enquanto as mulheres do sistema público tinham como formas de adquirir o crack a prostituição e o ato de roubar e as mulheres do sistema privado ganhavam dinheiro dos familiares.

Tabela 18. Recursos para obtenção do crack entre homens e mulheres do sistema público e privado

Recursos para obter crack	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dinheiro do próprio trabalho	35	87,5	31	77,5	27	46,6	5	25
Venda de pertences pessoais	29*	74,4	23	57,5	36	62,1	8	40
Prostituição	-	-	-	-	35****	59,3	3	15
Roubava	24	60	17	42,5	21*	35,6	2	10
Ganhava dinheiro de familiares	10	25,6	12	30	12	21	12****	60
Vendia drogas	5	12,8	3	7,5	7	12,3	-	-
Pedia esmola	3	7,7	1	2,5	6	10,5	-	-
Recebia droga de pessoas próximas	1	2,6	-	-	1	1,8	4	20
Penhorava objetos	2	5,1	1	2,5	-	-	-	-
Pedia empréstimos	1	2,6	2	5	5	8,8	-	-

* $p<0,05$ **** $p<0,001$

Do total de participantes, 146 (91,8%) estavam em abstinência do crack há uma semana, um deles (0,6%) estava abstinente há um mês, quatro (2,6%) referiram não estar em abstinência e oito (5%) não souberam ou não quiseram responder à pergunta.

3.5 Características da amostra quanto aos locais de tratamentos vivenciados

No que concerne aos locais de tratamento nos quais os participantes da amostra ($N=159$) já haviam estado anteriormente, foi possível observar que 123 (77,4%) haviam sido internados em hospitais, 76 (47%) em clínicas e 70 (44%) em fazendas terapêuticas. Os participantes podiam marcar mais de um local de internação, o que justifica o fato da frequência ser maior que a amostra.

Quanto aos locais de tratamento, 99 (100%) do sistema público e 25 (42,4%) do sistema privado já haviam realizado tratamento para dependência química em hospitais ($X^2=72,1$; $GL=1$; $p<0,001$). Por sua vez, 17 (17,3%) do sistema público e 60 (100%) do sistema privado informaram já ter vivenciado tratamento para dependência química em clínicas ($X^2=100,74$; $GL=1$; $p<0,001$). Estes resultados demonstram uma diferença significativa, uma vez que todos os participantes do sistema público buscam tratamento em hospitais através do Sistema Único de Saúde (SUS); já os participantes do sistema privado, na sua totalidade, buscam tratamento em clínicas através dos convênios de saúde e internações particulares. Por último, 38 (38,8%) do sistema público e 32 (54,2%) do sistema privado indicaram que já haviam realizado tratamento para dependência química em fazenda terapêutica. Não houve diferença significativa nesta modalidade ($X^2=3,60$; $GL=1$; $p<0,05$). A Tabela 19 apresenta os resultados descritivos dos locais de internação.

Tabela 19. Locais de tratamento no decorrer da vida entre o sistema público e privado

Local de tratamento	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Hospitais	99****	100	25	42,4
Fazenda terapêutica	38*	38,8	32	54,2
Clínica	17	17,3	60****	100

* $p<0,05$ **** $p<0,001$

A Tabela 20 apresenta os resultados descritivos de homens e mulheres e os locais onde já foram internados para tratamento. No grupo masculino, todos os 40 homens (100%) do sistema público e metade dos homens, 20 (50%), do sistema privado já realizaram tratamentos em hospitais, porém 6 homens (15%) do sistema público e quase toda a amostra do sistema privado, 39 homens (97,5%), já estiveram em clínicas ($X^2=58,19$ $GL=1$; $p<0,001$). No grupo feminino, quase toda a amostra, 58 (98,3%), das mulheres do sistema público e cinco (25%) do sistema privado já realizaram tratamento em hospitais, porém 11 mulheres (19%) do sistema público e toda a amostra de 20 mulheres (100%) do sistema privado já estiveram em clínicas ($X^2=40,7$; $GL=1$; $p<0,001$). Assim sendo, tanto homens e mulheres do sistema público utilizam-se da modalidade de internação hospitalar com mais frequência do que os participantes do sistema privado, os quais optam por clínicas.

Verificaram-se diferenças entre os grupos de internação pública e privada, em que houve maior número de internações em fazenda para pacientes do sistema público ($X^2=3,5$;

GL=1; $p<0,05$); entre homens, para internação em hospital do sistema público ($X^2=25,6$; GL=1; $p<0,001$); entre mulheres para internação em hospital, com maior número de internações do sistema público ($X^2=53,8$; GL=1; $p<0,001$) e entre os grupos totais de participantes do sistema público e privado, com maior número de internações em hospital para pacientes do sistema público ($X^2=72$; GL=1; $p<0,001$). Observa-se a sobreposição das porcentagens, pois os participantes já tinham se tratado em mais de um lugar.

Tabela 20. Locais de tratamentos entre homens e mulheres do sistema público e privado

Local de tratamento	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital	40****	100	20	50	58****	98,3	5	25
Clínica	6	15	39****	97,5	11	19	20****	100
Fazenda terapêutica	26*	65	27	69,2	12	20,7	5	25

* $p<0,05$ **** $p<0,001$

3.6 Características da amostra em relação a processo penal e ato infracional

Dos 159 participantes, 66 (41,5%) referiram já ter sofrido algum processo penal, cujos motivos foram: 23 (14,5%) por porte e/ou tráfico de drogas; 22 (13,8%) por roubo; 11 (6,9%) por lesão corporal; seis (3,8%) por porte de armas; seis (3,8%) por tentativa de homicídio; quatro (2,5%) por estelionato; três (1,9%) por destruição do patrimônio público; três (1,9%) por ameaça de morte; dois (1,3%) por receptação de drogas; dois (1,3%) por atentado contra bons costumes e apenas um (0,6%) por vários outros motivos, entre eles, não pagar pensão alimentícia, sequestro, ato ilegal, consumo de álcool durante o trabalho, quebra de contrato, fraude, etc. Também é importante evidenciar que 93 (58,5%) dos participantes não possuíam envolvimento com processo penal.

Referente à vivência de processo penal, 28 homens (70%) do sistema público e 16 (40%) do sistema privado afirmaram já ter se envolvido com processo penal. No grupo feminino, 16 mulheres do sistema público (28,1%) e seis (30%) do sistema privado, afirmam o mesmo. O teste qui-quadrado ($X^2=7,2$; GL=1; $p<0,001$) apontou diferença significativa entre os grupos de homens, sendo que os participantes do sistema público haviam sofrido mais processos penais (Tabela 21).

Tabela 21. Processo penal entre homens e mulheres do sistema público e privado

Processo penal	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%

Sim	28****	70	16	40	16	28,1	6	30
Não	12	30	24	60	41	71,9	40	70
Total	40	100	40	100	59	100	20	100

****p<0,001

Em relação aos atos infracionais cometidos e reconhecidos pelos participantes da amostra ($N=159$), a maioria dos participantes, 113 (71,1%), não tinha cometido ato infracional no decorrer da vida. Porém, 46 (28,9%) referiram já ter cometido algum ato infracional, sendo: 24 (15,1%) infração de trânsito; 14 (8,8%) desacato à autoridade; três (1,9%) porte de drogas; três (1,9%) agressão; dois (1,3%) roubo de familiares, entre outros motivos.

Quando comparados os homens e as mulheres do sistema público e do sistema privado (Tabela 22), referente a ter cometido ato infracional, 15 homens (37,5%) do sistema público e 20 (50%) do sistema privado afirmaram já terem se envolvido com ato infracional. No grupo das mulheres, cinco (8,5%) do sistema público e seis do privado (30%) afirmam já ter cometido ato infracional, com diferença significativa, conferida através do qui quadrado ($X^2=5,7$; $GL=1$; $p<0,01$). Também verificou-se diferença significativa entre os grupos de participantes e os locais de internação, pois os participantes do sistema privado cometeram mais atos infracionais ($X^2=9,7$; $GL=1$; $p<0,001$). A análise específica das infrações apontou que os participantes do grupo privado apresentaram uma média maior de atos de desacato à autoridade (ANOVA, $F= 45,67$; $X^2=5,7$; $GL=1$; $p<0,05$).

Tabela 22. Ato infracional entre homens e mulheres do sistema público e privado

Ato infracional	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	15	37,5	20	50	5	8,5	6**	30
Não	25	62,5	20	50	54	91,5	14	70
Total	40	100	40	100	59	100	20	100

**p<0,01

4 Discussão

O presente estudo teve por objetivo investigar características do perfil sócio demográfico e do padrão de consumo de homens e mulheres dependentes de crack internados para desintoxicação no sistema de saúde público e privado. Apesar de existirem muito estudos sobre o perfil de dependentes químicos, ainda encontram-se poucos trabalhos focados nas características de adultos do sexo masculino e feminino dependentes de crack. Sendo assim, é de vital importância traçar o perfil sociodemográfico e padrões de consumo dos dependentes químicos que procuram os serviços de saúde, com a finalidade de auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento, buscando a interação entre os profissionais de saúde, usuário, família e sociedade. A temática mostra-se relevante, visto que há necessidade de se conhecer os problemas relacionados à dependência do crack para que as ações empreendidas sejam eficazes (Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira, & Castelo, 2003; Dualibi et al., 2008; Silva et al., 2010; Horta et al., 2011; Xavier & Monteiro, 2013).

O grupo investigado na presente pesquisa constitui-se de 159 dependentes de crack, 80 do sexo masculino (50,3%) e 79 do sexo feminino (49,7%). Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se que a média de idade do grupo foi de 30,7 anos (DP=8,54). Comparando-se a faixa etária dos dependentes de crack do presente estudo com estudos anteriores, verifica-se que somente Orsi e Oliveira (2006) investigaram ambos os sexos em uma pesquisa que objetivou averiguar a motivação para mudança em 70 indivíduos internados por dependência de cocaína, 81,4% ($n=57$) homens e 18,6% ($n=13$) mulheres. Nesse trabalho, identificou-se uma média de idade de 28,67 anos entre os dependentes. Os demais estudos incluíram apenas o sexo masculino e apresentaram média similar de idade, com exceção dos estudos de Zeni e Araújo (2011), nos quais a média foi de 24,63 anos em uma amostra de 32 homens dependentes de cocaína e crack em Porto Alegre. Na amostra de 30 homens dependentes de crack/cocaína internados em unidade de desintoxicação de Porto Alegre, a média de idade dos participantes foi de 24,03 anos (Alves & Araujo, 2012). Ainda, uma pesquisa realizada em Porto Alegre, com usuários de crack do sexo masculino ($N=30$) internados em hospital público, a média de idade foi de 27,3 anos (Guimarães, Santos, Freitas & Araujo, 2008). No estudo transversal de Pedrosa et al. (2012), cujo objetivo foi validar uma escala que avalia as expectativas de resultados em usuários de crack internados para desintoxicação em unidade especializada de Porto Alegre, com uma amostra de 170 homens usuários de crack, a média foi de 27,61 anos de

idade. Em outro trabalho, que objetivou investigar se existia associação entre intensidade e frequência de uso de crack e o nível econômico em 221 homens dependentes de crack adultos internados em três locais distintos (dois hospitais gerais e uma clínica psiquiátrica) de Porto Alegre identificou-se média de idade de 27,73 anos (Freire et al., 2012).

No Paraná, a pesquisa transversal que objetivou caracterizar as internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação que admite somente pacientes do sexo masculino, com idade mínima de 18 anos, através dos dados de 350 prontuários, apresentou média de idade de 35,8 anos (Ferreira et al., 2012).

As diferenças em alguns dos estudos podem estar relacionadas ao fato de que as médias são menores nas pesquisas em que a amostra é constituída somente por homens, sendo que, nos estudos com ambos os sexos, as médias apresentam-se com idades mais elevadas, com exceção de apenas um estudo que encontrou médias superiores para os homens. Outro fato diz respeito aos indivíduos estarem se inserindo no mundo das drogas ilícitas com idades variadas, ou seja, o consumo de drogas vem sendo utilizado pelas diversas fases do ciclo evolutivo. Outro aspecto a ser investigado diz respeito à longevidade do dependente, pois, segundo estudiosos, o crack não tem causado óbito (Kessler & Pechansky, 2008; Dualibi et al., 2008).

Outro dado importante refere-se ao fato de que 90,6% da amostra foram internados para desintoxicação de forma involuntária. Sabe-se que a legislação determina que a internação hospitalar deva ser autorizada pelo dependente químico através do documento de consentimento livre e esclarecido, quando este for capaz de julgar e decidir sobre o procedimento a que se propõe (Brasil, 2001). A pesquisa transversal, realizada através dos dados de 350 prontuários de dependentes químicos internados, mostrou que foi predominante o tipo de internação voluntária com 97,1% (Ferreira et al., 2012). Observa-se que o presente estudo refuta o achado de Ferreira et al. (2012), aspecto que pode estar relacionado ao fato de que na presente pesquisa os participantes foram questionados se desejavam estar internados para desintoxicação ou se estavam contrariados e, seguindo normas de encaminhamentos, tais como desejo dos familiares, ordem judicial, entre outros motivos. Ressalva-se que, no estudo de Ferreira et al. (2012), os pesquisadores investigaram o prontuário, ferramenta que muitas vezes pode apontar uma situação como voluntária e, ao contrário, o paciente percebe-se em outra situação, ou seja, sente-se internado de forma involuntária. Nesse caso, pode não estar demonstrando o real pensamento e sim uma questão burocrática. Percebeu-se, neste estudo, que a perspectiva de legalidade estava presente nas instituições pesquisadas, visto que os mesmos, ao ingressar

na internação, passavam por triagem e, estando em condições, assinavam o termo de consentimento. Porém, os participantes evidenciaram o aborrecimento com a internação, o que é compreensível devido às condições que os mesmos se encontravam diante de várias reinternações e descontentamento com o ambiente e as suas situações de vida.

Em geral, os estudos sobre o perfil dos usuários identificam sujeitos solteiros (Guimarães et al., 2008; Horta et al., 2011; Zeni & Araujo, 2011; Ferreira et al., 2012; Freire et al., 2012; Pedroso et al., 2012). Nesta pesquisa, da mesma forma, 76,7% dos participantes eram solteiros e 42,8% não possuíam filhos no momento da pesquisa. Percebe-se uma semelhança entre os achados do presente estudo e do artigo que descreve o perfil de 95 usuários de crack acolhidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de três municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, no qual foi evidenciado o predomínio de 64,2% usuários solteiros e 46,7% com nenhum filho (Horta et al., 2011).

Além disso, o estudo que se baseou no prontuário de 350 dependentes químicos internados em uma unidade de reabilitação no Paraná verificou predomínio de solteiros 39,4% (Ferreira et al., 2012). Dados semelhantes foram encontrados por Freire et al. (2012), sustentando que, na pesquisa realizada com 221 homens dependentes de crack, 47,1% da amostra eram solteiros. Também foi observado no estudo que verificou se existia relação entre o aumento do craving por crack e tabaco em 32 homens dependentes internados para desintoxicação, 66,7% eram solteiros (Zeni & Araujo, 2011). Da mesma forma, no estudo transversal com 170 homens usuários de crack internados, 80% dos participantes eram solteiros (Pedroso et al., 2012). Do mesmo modo, a pesquisa com 30 homens dependentes de crack/cocaína internados em unidade de desintoxicação de Porto Alegre, 90% eram solteiros (Alves & Araujo, 2012).

Neste estudo, os resultados confirmam que o uso do crack pode comprometer os relacionamentos amorosos e a constituição de família, visto que os participantes estavam solteiros no momento da pesquisa. Porém, é importante destacar que a maioria dos estudos apontados investiga apenas o sexo masculino, sendo o presente estudo com ambos os sexos, aspecto que pode modificar o estado civil dos participantes. Outro fator relevante diz respeito ao dependente químico estar solteiro devido a sua própria doença, já tendo sido casado ou vivido em união estável e considerar-se solteiro após a separação. Este aspecto foi verificado na pesquisa realizada em uma unidade de reabilitação para dependentes químicos na região metropolitana de Curitiba que objetivou caracterizar o impacto social do uso abusivo de drogas através de 350 prontuários de pacientes em tratamento na unidade de reabilitação, em que 91,6% evoluíram para a separação conjugal

em decorrência da dependência química (Capistrano, Ferreira, Maftum, Kalinke, & Mantovani, 2013).

Ainda que predominem participantes solteiros, é importante destacar que mais da metade da amostra tinha filhos, apesar de considerarem-se solteiros. Esse mesmo padrão foi identificado na família de origem, quando mais da metade dos pais, 52,2% dos participantes, são separados. Morar com os pais no presente estudo foi confirmado por 45,9% da amostra de 159 participantes, dado também verificado pela pesquisa de Orsi e Oliveira (2006) com 70 indivíduos de ambos os sexos internados por dependência de cocaína, dentre os quais, 58,6% viviam com os pais.

Alguns aspectos podem ser levantados com base nesses dados. Por um lado, a busca por tratamento geralmente tende a acontecer quando a dependência de crack está num estágio avançado, quando a família encontra-se desesperada e os pais buscam ajuda em prol de seus filhos. Portanto, a possibilidade de buscar tratamento é maior para os indivíduos que moram com outras pessoas, em função do olhar do outro, uma vez que o dependente de drogas tem a tendência de não se ver em estado crítico e se considera tendo controle da situação. Por outro lado, morar com a família de origem também pode ser um efeito do impacto no processo de independização e autonomia que a dependência gera.

Referente à renda familiar, 61% da amostra total recebiam até dois salários mínimos. Este resultado também foi encontrado em outras pesquisas com esse público-alvo. Por exemplo, no estudo com 95 usuários de crack na região metropolitana de Porto Alegre, no qual 36,8% tinham renda familiar de até dois salários mínimos (Horta et al., 2011); na pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico de Porto Alegre, com 30 usuários de crack, a amostra possuía renda mensal média de 1,45 salários mínimos (Guimarães et al., 2008); na investigação realizada no hospital de Porto Alegre com 32 dependentes de cocaína (crack) e tabaco a renda mensal média foi de 1,46 salário mínimo (Zeni & Araujo, 2011).

Entretanto, quando comparados os sistemas de saúde público e privado, foram encontradas diferenças significativas: 80,8% do sistema público referiram receber até dois salários mínimos, enquanto que, no sistema privado, 31,7% recebiam de dois a quatro salários mínimos, 23,3% de quatro a 10 salários mínimos e 15% acima de 10 salários mínimos. Além disso, verificou-se que a maioria dos homens (72,5%) e das mulheres (86,4%) do sistema público possuíam renda familiar inferior a dois salários mínimos, porém 30% dos homens e 45% das mulheres do sistema privado tinham renda familiar de

dois a 10 salários mínimos e 15% dos homens e 15% das mulheres do sistema privado tinham renda superior a 10 salários mínimos.

Acredita-se que o crack, por ter um baixo custo, seria uma droga de eleição da classe baixa, porém o presente estudo mostra que o uso do crack talvez não seja mais prevalente nas classes de menor poder aquisitivo, pois a classe de maior poder aquisitivo também mostrou estar sendo internada para desintoxicação em função do crack. Este achado corrobora com o estudo que investigou 221 dependentes de crack adultos internados em Porto Alegre que não encontrou associação entre as classes econômicas e a intensidade e frequência de uso de crack, isto é, os dependentes de crack de maior e menor poder aquisitivo não diferem de forma significativa com relação à intensidade e à frequência de uso da droga (Freire et al., 2012).

Outro aspecto a ser analisado é que os participantes desse estudo encontram-se em plena fase do ciclo evolutivo de produção humana, etapa da vida repleta de desafios e aprendizagens profissionais. Portanto, outro resultado importante desta pesquisa diz respeito à vida profissional, pois 76,7% dos participantes estavam trabalhando no ano em que ocorreu a internação para desintoxicação. Esse dado mostra o quanto a substância crack prejudica a vida do sujeito, pois grande parte dos participantes, ao começar consumir crack de forma compulsiva, prejudicou seu trabalho, até chegar ao ponto de virem a abandonar ou serem demitidos de suas profissões.

Alguns estudos corroboram esses achados da situação empregatícia e outros não, encontrando um alto nível de desemprego. No trabalho de Zeni e Araujo (2011), com 32 homens dependentes de cocaína (crack) e tabaco, internados para desintoxicação, 72,7% estavam trabalhando. No estudo de Freire et al. (2012), com 221 dependentes de crack, 57,9% trabalhavam. Por outro lado, outros estudos refutam esses achados, apontando que a amostra de dependentes antes da internação estava desempregada. Entre eles, o estudo de Guimarães et al. (2008) aponta que 36,7% da amostra de 30 usuários de crack estavam desempregados antes da internação. O artigo com 95 usuários de crack mostrou que 72,6% estavam sem ocupação regular antes do acolhimento nos CAPS (Horta et al., 2011). Além disso, Ferreira et al. (2012), através dos dados de 350 prontuários, apontou que o desemprego foi preeminente em 45,2% da amostra.

O comportamento compulsivo de consumo de crack gera problemas laborais e muitas vezes podem acarretar o desemprego, pois se sabe que a produtividade intelectual fica prejudicada, decorrente do efeito da droga crack, que desorganiza o sistema nervoso central e compromete o desenvolvimento das atividades profissionais e, muitas vezes,

acarretam frequentes ausências no ambiente de trabalho, além do tempo dispensado para a obtenção e o consumo do crack, bem como o desleixo com a higiene e cuidado pessoal. Essa característica reflete-se nos achados da pesquisa de Capistrano et al. (2013), através de 350 prontuários de pacientes em tratamento na unidade de reabilitação, a qual apontou que 63,2% perderam o emprego devido à dependência química.

Em relação à vida estudantil, observou-se que 32,1% da amostra tinham o ensino fundamental completo. Quando comparadas as instituições de saúde, verificou-se que 31,5% do sistema público tinham concluído o ensino fundamental, enquanto que 17% do sistema privado estavam cursando o ensino superior. Porém, tanto os homens (52,5%) como as mulheres (49,2%) do sistema público tinham o ensino fundamental completo, enquanto que os homens (37,5%) e as mulheres (60%) do sistema privado tinham o ensino superior incompleto, além do ensino superior completo e pós-graduação, verificada entre os homens (30%) e as mulheres (20%) do sistema de saúde privado. Como se pode verificar através do estudo de Freire et al. (2012) que contou com 221 homens dependentes de crack internados em três locais distintos de Porto Alegre os quais foram divididos conforme o nível econômico em dois grupos, encontrou-se diferença significativa quanto à escolaridade, na qual o grupo de menor poder aquisitivo, 69,8% tinham ensino fundamental e no grupo de maior poder aquisitivo, 30,2% respectivamente, e no ensino superior 11,4% do grupo de menor poder aquisitivo e 88,6% do grupo de maior poder aquisitivo. Ademais, a pesquisa realizada por Orsi e Oliveira (2006), em instituições particulares com 70 dependentes de cocaína de ambos os sexos internados (57 homens e 13 mulheres), apontou que 21,4% tinham o ensino superior incompleto. Observa-se que quando a pesquisa investiga utilizando as classes econômicas e/ou através de instituições públicas e privadas, os resultados andam na mesma direção, ou seja, evidenciam que participantes internados em instituição pública e/ou com menor poder aquisitivo possuem em sua maioria menor escolaridade. Já os sujeitos com melhores condições econômicas e/ou com maior poder aquisitivo possuem maiores níveis de escolaridade. No entanto, a escolha pela substância crack independe do nível de escolaridade e poder aquisitivo dos participantes da presente pesquisa.

No ano corrente apenas 12,6% da amostra total estavam matriculados e estudando antes da internação, ou seja, a maioria 87,4% não estava estudando. A ausência do ambiente escolar pode colocar o indivíduo em comportamento de risco e vulnerabilidade, inclusive a delinquência, por ficar ocioso, sem ocupação e nem monitorização pela família. Sabe-se que o contexto escolar é onde o indivíduo se constrói diante de seus deveres e

direitos em sociedade, além de aprender a conviver em grupo, com as diferenças, a tolerar a frustração, a cumprir com as responsabilidades, entre tantas outras habilidades desenvolvidas pelo ambiente formal que é a escola. Nessa direção, as perdas decorrentes da dependência química, investigadas na pesquisa com 350 prontuários de dependentes químicos em unidade de reabilitação, apontou que 6,6% abandonaram os estudos ao menos uma vez na vida (Capistrano et al., 2013). Quanto aos fatores protetores investigados por Vargens et al. (2009), no artigo que apresenta os resultados parciais quantitativos da cidade do Rio de Janeiro, de estudo multicêntrico envolvendo sete países latino-americanos e Canadá, foram entrevistados 99 indivíduos autodeclarados pessoalmente afetados por terem um familiar próximo usuário de drogas ilícitas. Verificou-se que, para 91,1% dos entrevistados atividades extraclasse supervisionadas fora do horário escolar como atividades físicas e esportivas seriam medidas preventivas essenciais e 88,8% acreditam que campanhas e propagandas que promovem a consciência sobre o uso de drogas ilícitas são importantes.

Ainda relacionado ao fato de estar estudando no corrente ano, verificou-se que um maior número de mulheres 40% (5% do sistema público e 35% do sistema privado) estava estudando no momento da internação, enquanto que apenas 25% (5% do sistema público e 20% do sistema privado) dos homens estavam estudando antes da internação. Esses achados sugerem que as mulheres do presente estudo tinham mais interesse intelectual e de busca por novas aprendizagens e uma provável mudança de vida. Entretanto, é importante evidenciar que tanto as mulheres quanto os homens eram em sua maioria provenientes do sistema privado, aspecto que pode estar relacionado a questões econômicas e culturais do contexto familiar e social em que vivem os participantes do sistema privado. O abandono das atividades escolares está relacionado diretamente com a falta de motivação e o crack pode provocar um bem-estar temporário, mas é pouco provável que tenham um benefício maior do que o risco que correm (Marchesi, 2004; Washton & Zweben, 2009). Em contrapartida, verificou-se que alguns participantes estavam matriculados no ano da pesquisa, porém não estavam frequentando as aulas devido ao uso do crack, mas estavam realizando atividades remuneradas com o objetivo de manter a dependência química.

Apesar das diferenças identificadas entre os grupos internados para desintoxicação na rede pública e privada com relação à renda e escolaridade, destaca-se uma importante característica: o fato de que ambos os grupos apresentaram similaridade na frequência de ocorrência de reprovação escolar (73,7% instituição pública e 60% instituição privada) e queixas dos professores (69,7% instituição pública e 63,3% instituição privada), tais como:

falta de atenção nas aulas, problemas comportamentais, falta de interesse, não realização das tarefas e desorganização com o material escolar. Observa-se, nesse sentido, que a trajetória escolar de crianças e adolescentes perpassada por momentos de reprovações e queixas educacionais, sendo um importante fator de risco, visto que em ambos os sistemas de saúde as porcentagens andaram lado a lado. Esta vivência pode levar ao engajamento em trajetórias de uso e de abuso de drogas e, conseqüentemente, fazendo-os se considerarem incapazes, fator que interfere na autoestima e motivação do aprendiz.

Esta realidade vivenciada pelos dependentes de crack coloca em risco o desenvolvimento saudável, bem como os sujeita a doenças clínicas graves. Sendo assim, 44% da amostra total referiram possuir algum tipo de doença e mais recorrente foram as doenças clínicas (17%). No grupo do sexo feminino, verificaram-se diferenças, na qual as mulheres do sistema público (35,7%) afirmaram possuir o diagnóstico de DSTs, decorrente das condições de vida e recursos corporais utilizados para adquirir a droga, e as mulheres do sistema privado (66,7%) referiram doenças mentais. Constatou-se que o diagnóstico clínico de maior prevalência na pesquisa de Capistrano et al. (2013), mediante pesquisa em 350 prontuários de dependentes químicos, foi de transtornos mentais e comportamentais em 49,4% devido ao uso de múltiplas drogas. Os resultados confirmam que as causas do uso e abuso de crack são multifatoriais e percebe-se a existência de poucos fatores de proteção devido à situação de vulnerabilidade em que se encontram os dependentes químicos, realidade que piora a problemática e quaisquer perspectivas de evolução, principalmente diante de doenças como a dependência química e os transtornos mentais que foram encontrados no presente estudo, assim como na pesquisa citada.

Também é importante ressaltar que os participantes evidenciaram mais de um grupo de doenças devido ao diagnóstico de comorbidades. Diante dos resultados, acredita-se que os participantes do sistema privado têm mais condições financeiras e conhecimento para buscar os serviços de saúde e os respectivos diagnósticos, aspecto que não se verifica nos participantes do sistema público. Esse grupo, além de possuir menor condições financeiras, possui pouco conhecimento e acesso aos serviços de saúde.

Neste estudo, as perdas significativas foram vivenciadas por 65,4% dos participantes da amostra total, sendo a questão familiar o evento mais apontado (61,6%). Observa-se que a perda referida na presente pesquisa ocorreu em função de familiares através da morte de avós, pais e irmãos, diferentemente da ocorrência de estressores psicossociais encontrados no estudo de Horta et al. (2011), com 95 usuários de crack acolhidos no CAPS, na qual o mais frequente foi a perda de amigo em 25,2% dos sujeitos.

Quando questionados sobre o consumo de drogas lícitas na família, 62,3% dos participantes da amostra confirmaram que seus familiares faziam uso de álcool e/ou nicotina. Da mesma forma, mais da metade (57,9%) indicou consumo de drogas ilícitas na família, tais como maconha, cocaína, crack, LSD e ecstasy. O uso de drogas ilícitas por familiares próximos também foi investigado por Vargens et al. (2009), em cuja pesquisa foram entrevistados 99 indivíduos e os dados apontaram que a droga mais usada foi a maconha, por 77,8%; o crack/cocaína, por 58,6% e o LSD e ecstasy, por 9,1% da amostra total. Observa-se no presente estudo, como também nas pesquisas citadas, que mais da metade das amostras investigadas afirmam possuir familiares que utilizam drogas lícitas e/ou ilícitas.

A utilização de drogas no ambiente familiar faz com que o vínculo afetivo fique enfraquecido, quando não esquecido ou mesmo ausente. Além disso, os relacionamentos entre pais e filhos tornam-se dificultosos e muitas vezes colocam o filho numa extrema situação de vulnerabilidade diante do ambiente promíscuo em que se encontra. Sabe-se que as atitudes e comportamentos dos pais em relação às substâncias químicas são os maiores preditores do consumo dos filhos (Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008).

Outro aspecto diz respeito ao dependente químico que diante da doença desestabiliza a estrutura familiar, devido ao uso compulsivo de drogas, além de o vínculo afetivo ficar comprometido em função das dificuldades de relacionamento entre pais, filhos e irmãos, tal como se verificou no estudo de Capistrano et al. (2013), no qual 54% dos dependentes químicos internados tiveram problemas interpessoais relacionados à família. Quando pais e filhos configuram-se como dependentes de drogas, a família sofre sérias consequências e prejuízos, visto que não há com quem contar para uma possível ajuda e apoio na superação da problemática.

Outro dado importante da presente pesquisa refere-se às mulheres do sistema público que parecem estar mais vulneráveis ao uso de drogas, visto que mais da metade da amostra afirmou que seus familiares utilizavam substâncias psicoativas lícitas (50,8%) e ilícitas (57,6%), enquanto que os familiares das mulheres do sistema privado, na sua maioria, não utiliza drogas lícitas (85%) e ilícitas (90%), aspecto que é protetivo e reforça o comportamento desejado vivenciado no contexto familiar. Sabe-se que o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas pelos familiares compromete os vínculos afetivos e os relacionamentos entre pais e filhos, bem como prejudica na modelagem do exemplo a ser seguido pelo filho e/ou irmãos. A família representa papel fundamental na formação de seus integrantes, e o exemplo dos pais através da prática e convivência cotidiana mostra-se um dos principais

preditores dos comportamentos dos filhos. Dentre as instituições apontadas como principais responsáveis para evitar o envolvimento com uso de drogas ilícitas pelos participantes do estudo de Vargens et al. (2009) a família foi apontada como a principal responsável pela prevenção; posteriormente, a escola com ações protetivas; e, em terceiro lugar, o Estado (iniciativa privada e empresas) como corresponsável essencial. Os hábitos familiares são considerados importantes fatores de risco ou de proteção para o consumo de drogas, pois o consumo pode ser apreendido a partir de interações estabelecidas entre os jovens e seus contextos próximos de socialização, como a família, a escola e o grupo de amigos (Paiva & Ronzani, 2009).

A idade inicial de consumo de drogas tem sido associada à dependência química e progressão para drogas mais graves (Sanchez & Nappo, 2002; Strauch, Pinheiro, Silva, & Horta, 2009; Scheffer, Pasa, & Almeida, 2010; Horta et al., 2011; Freire et al., 2012; Capistrano et al., 2013). Na presente amostra, as substâncias crack, LSD e ecstasy não foram utilizadas antes dos 12 anos de idade, porém o álcool, a nicotina, o solvente, a maconha, a cocaína, o crack, o LSD e o ecstasy foram consumidos antes dos 18 anos de idade. Corroborando esses achados, o estudo qualitativo de Sanchez e Nappo (2002), com 31 dependentes de crack, verificou que a primeira droga consumida foi o álcool, seguida de cigarro e inalantes com início do consumo entre os 10 e 13 anos de idade. Quanto às drogas ilícitas, a maconha foi a primeira droga consumida entre 12 e 16 anos. O consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde no mundo e é preditor de diversas comorbidades que causam problemas à saúde do sujeito. Quando utilizado na adolescência, pode provocar desordens no desenvolvimento do cérebro, influenciando o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Por estes motivos, a sociedade de modo geral deve preocupar-se com essa importante questão. O uso precoce do álcool está associado a problema na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco a saúde do consumidor que irá progredir e utilizar em excesso no decorrer da vida (Strauch et al., 2009).

No presente estudo, a idade de início do uso de drogas lícitas e ilícitas foi semelhante, pois a maioria já havia utilizado todas as drogas e acabaram elegendo como preferida o crack, porém não deixaram de consumir álcool e nicotina. O uso precoce de álcool e nicotina, que são consideradas drogas lícitas, causam problemas no presente e futuro, uma vez que funcionam como uma porta de entrada para as drogas ilícitas. Sendo assim, Zeni e Araujo (2011) evidenciam que a utilização de nicotina possui um papel

facilitador para o uso de cocaína/crack, inclusive de outras drogas ilícitas, além de servir como gatilho para desencadear a fissura ou craving em dependentes de crack.

Percebe-se que os sujeitos começam o consumo de substâncias psicoativas pelas drogas lícitas (álcool e tabaco) e, na segunda fase de experimentação, pelas drogas ilícitas: iniciam pela maconha e, posteriormente, utilizam solventes, cocaína/crack, LSD, ecstasy. Sendo assim, a idade média de início de uso de substâncias psicoativas e a porcentagem de usuários que já fez uso na vida, no estudo com 221 homens dependentes de crack adultos internados, mostrou a prevalência de tabaco (88%), com idade média de 13,47 anos; conseqüentemente, o álcool (78%), com 12,85 anos; maconha (68%), com 14,15 anos; a cocaína (46%), com 17,05 anos; os alucinógenos (14%), com 20,66 anos; os solventes (10%), com 14,50 anos; e as anfetaminas (2%), com idade média de 19,40 anos (Freire et al., 2012). A idade inicial de consumo das substâncias no estudo que objetivou avaliar a efetividade dos jogos cooperativos no manejo do craving (fissura) e da ansiedade, bem como na motivação para a mudança do comportamento aditivo em 30 homens dependentes de crack/cocaína internados em unidade de desintoxicação de Porto Alegre, mostrou que o início foi em 14,07 anos para álcool; 14,35 anos para nicotina; 14,60 para maconha; 16,7 anos para cocaína e 20,23 anos para crack (Alves & Araujo, 2012). No entanto, estudos também apontam idades mais elevadas para o consumo de drogas lícitas, porém ainda enquadram-se na menoridade, conforme a pesquisa realizada por Capistrano et al. (2013), com 350 prontuários de pacientes em tratamento na unidade de reabilitação, a qual mostrou que a média de início do consumo de álcool foi de 17,1 anos. Diante desse contexto, a sociedade tem responsabilidade no que se refere às drogas lícitas, devido a falta de cumprimento da lei que estabelece a proibição da venda para menores de 18 anos de álcool e nicotina. Além disso, essas substâncias são de fácil acessibilidade, visto que se encontram em mercados, conveniências, revistarias, além de estarem presentes nas comemorações sociais, entre amigos e familiares. Outro fator de influência no sujeito é a mídia, quando associa o álcool ao prazer, ao bem-estar e a reuniões de grupos.

Observa-se através da presente pesquisa que o crack não foi a primeira droga ilícita utilizada, ou seja, geralmente o sujeito tira proveito das drogas lícitas e juntamente com essas substâncias começa a utilização das drogas ilícitas. Sanchez e Nappo (2002) também encontraram, através da pesquisa, que, antes dos sujeitos optarem pelo crack, eles utilizaram álcool, cigarro, inalante (cola, lança-perfume), medicamentos psicotrópicos (anfetaminas e anticolinérgicos), maconha, cocaína aspirada, cocaína endovenosa, chás alucinógenos (cogumelo), opiáceos (heroína), LSD e ecstasy, mas nem todas essas drogas

fizeram parte da vida de todos os entrevistados, alguns fizeram uso experimental e, quando o fizeram, nem sempre foi nessa ordem. Este é um comportamento preocupante devido à precocidade e o consumo pesado dessas substâncias psicoativas, pois sabe-se que, perante essa realidade, maiores serão as chances de progressão no consumo e maior a chance de tornar-se dependente químico.

Esses resultados sugerem que a maconha é a porta de entrada para o uso da cocaína/crack, visto que geralmente é a primeira droga ilícita consumida por adolescentes que tem a crença de que ela é leve e medicinal, ou seja, não provoca prejuízos à saúde como outras drogas, além de produzir um enorme bem-estar. O uso intenso de maconha está relacionado a uma série de fatores físicos, psicológicos e sociais, entre eles, alterações perceptuais, de humor, emocionais, comprometimento cognitivo, dificuldade de concentração, baixo rendimento escolar, baixa autoestima e externalização de problemas (Sanchez & Nappo, 2002; Karniol, 2010; Jungerman, 2013).

As taxas mais elevadas de dependência observadas entre mulheres parecem estar associadas com o uso frequente e quantidades elevadas da cocaína/crack usadas por rotas mais viciantes. Adolescentes do sexo feminino que utilizavam mais cocaína e com mais frequência que o sexo masculino relataram mais sintomas. Assim, em relação ao sexo, as adolescentes mulheres têm maior probabilidade de desenvolver a dependência química, sendo que na idade adulta essa diferença entre os sexos desaparece (Chen & Kandel, 2002; Warner, Alegría & Canino, 2004).

A média de idade para a primeira situação de consumo do crack foi de 24 anos no presente estudo. A pesquisa que investigou o perfil de usuários de crack do sexo masculino internados apontou que a idade média de início do uso de crack foi de 23,87 anos (Guimarães et al., 2008). Verifica-se aqui similaridade entre os resultados acima citados, indicando que o primeiro uso de crack para essa população ocorreu após a adolescência, ou seja, na fase adulto jovem, aspecto que pode demonstrar que o sujeito já tinha conhecimento sobre prós e contras do consumo da substância.

Porém, outras pesquisas apontaram média de idade inferior, entre elas, o artigo que descreve o perfil de 95 usuários de crack evidencia que a idade de início do uso de crack foi para 69,5% dos sujeitos acima de 18 anos (Horta et al., 2011). Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa com 32 homens dependentes de cocaína (crack), internados para desintoxicação, que apresentou idade média de início do uso de crack de 19,5 anos (Zeni & Araujo, 2011). Também, Costa et al. (2012) caracterizaram uma amostra de 85 gestantes dependentes de crack admitidas para desintoxicação numa unidade de internação

psiquiátrica de Porto Alegre, em que a idade de início de uso do crack variou dos 11 aos 35 anos e apresentou média de 21 anos. Pesquisas retratam que o risco para o primeiro consumo de cocaína/crack ocorre, em geral, entre 18 e 22 anos, e a dependência de crack vem se inserindo na vida dos sujeitos em idades cada vez mais precoces, por todas as classes sociais e geralmente antecedido do consumo das drogas lícitas (Galduróz, Noto, Fonseca, & Carlini, 2004; Wagner & Anthony, 2007; Oliveira & Nappo, 2008; Dualibi et al., 2008; Ferreira et al., 2012; Capistrano et al., 2013; Gabatz et al., 2013). Sendo assim, as políticas públicas brasileiras deveriam, num primeiro momento, prevenir o consumo de drogas lícitas (Ribeiro, Dualibi, Perrenoud, & Sola, 2012).

Quanto ao motivo que os levou ao consumo de crack, a maioria dos participantes afirmou que foi devido à curiosidade, 42,1%; para 32,1%, foi a influência de amigos e/ou namorado(a). Quando comparados os sistemas de saúde, foram encontradas diferenças significativas entre os motivos do consumo de crack inicial: a curiosidade e a necessidade de uma substância mais forte, visto que a cocaína já não produzia o mesmo efeito foram evidenciadas no sistema privado, enquanto que, no sistema público, evidenciou-se apenas a curiosidade para conhecer a droga. Neste estudo, prevaleceu em ambos os sistemas de saúde a curiosidade para o uso do crack, sendo assim, sabe-se que o ser humano é curioso por natureza e alguns são mais curiosos. Também existem períodos da vida, como a adolescência, em que o sujeito torna-se mais curioso a experimentar novas experiências e se arriscar, período de pleno desenvolvimento e amadurecimento das capacidades cognitivas e emocionais, no qual o sujeito acaba buscando através da droga vivenciar novas sensações. Outro aspecto relevante na presente pesquisa é que os participantes do sistema privado tiveram como motivo para usar o crack a busca de efeitos mais potentes da droga, visto que já eram poliusuários de outras substâncias, entre elas, a cocaína inalada. As motivações tanto internas como externas ao sujeito podem predispor o mesmo a fazer o uso de drogas mais pesadas e potentes, além do poder aquisitivo ser um facilitador do acesso à droga.

Resultados similares foram encontrados por Pratta e Santos (2006) que, ao levantarem os motivos para o primeiro contato com as drogas (exceto álcool e tabaco) e os responsáveis pela introdução dos mesmos no uso, em uma amostra de 568 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 14 e 20 anos, de diferentes níveis socioeconômicos que estavam cursando o ensino médio em São Paulo, identificaram que em 15,7% o fator curiosidade foi o motivo do uso de drogas pela primeira vez e os responsáveis pela iniciação ao universo das drogas para 14,9% dos participantes foram os amigos. Esses

motivos também foram detectados por Vargens et al. (2009), através dos 99 participantes que, na sua maioria (94,4%), destacou a curiosidade por novas experiências como um fator de risco, embora outras formas de influência mereçam destaque como ter amigos usuários de drogas (86,9%) e a pressão que os amigos exercem sobre o indivíduo (89,9%). Na mesma direção, Gabatz et al. (2013) buscaram conhecer a percepção de oito usuários de crack em relação ao uso e tratamento, em hospital geral de um município do Rio Grande do Sul, evidenciou-se através dos depoimentos dos entrevistados que o início do uso de drogas foi devido à influência das amizades e a curiosidade. Percebe-se que os estudos apresentaram como principal motivo a curiosidade e posteriormente a influência exercida pelo grupo de pares para o início do consumo de drogas. Para serem aceitos pelo grupo de amigos e não decepcioná-los, mantendo a aceitação no grupo de iguais, os jovens acabam utilizando a droga, característica típica no desenvolvimento do adolescente.

Quanto aos motivos para o consumo do crack, verificaram-se diferenças entre o grupo de homens e mulheres, ou seja, os homens do sistema público apresentaram maior incidência de problemas familiares (7,5%) e a busca por obter mais ânimo (12,5%). Enquanto as mulheres do sistema público apresentaram maior frequência de influência do namorado(a) (23,7%), as mulheres do sistema privado citaram o fato da cocaína não fazer mais efeito (10%). Também, no estudo que objetivou caracterizar uma amostra de 85 gestantes dependentes de crack admitidas para desintoxicação numa unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre os principais motivos para usar o crack foram: 35,3% tristeza ou estresse, 31,8% influência de amigo ou parceiro e 14,2% fácil acesso (Costa et al., 2012). As motivações para o início do consumo de crack parecem ser manifestadas de maneira diferente para os homens e para as mulheres, bem como os fatores de risco. Sendo assim, a influência do grupo de amigos e/ou namorados(as) podem contribuir e motivar o uso de drogas, além da baixa autoestima ser outro agravante que é influenciável pelas relações grupais. A influência social é um fator decisivo na iniciação do uso de substâncias entorpecentes devido ao poder de pressão dos pares (Patterson & O'Connell, 2009).

Dentre os participantes do presente estudo, 29,7% começaram utilizando de uma a duas pedras de crack por uso e, antes da internação, 29,5% estavam utilizando acima de 194 pedras. Verificaram-se diferenças entre o grupo de homens, visto que os homens do sistema público utilizavam mais pedras de crack (de 6 a 18 pedras e mais de 18 pedras) no início do consumo que os homens do sistema privado (de 3 a 5 pedras).

Quando investigado o consumo anterior à internação, observou-se diferença entre os grupos de homens e mulheres, uma vez que, no sistema público, ambos os sexos

consumiam acima de 194 pedras de crack; no sistema privado, as mulheres (de 38 a 80 pedras) utilizavam mais pedras de crack que os homens (até 37 pedras). Referente à quantidade de dias que utilizavam o crack, 88,1% dos participantes afirmaram utilizar todos os dias da semana. Diante disso, verificou-se que a quantidade do consumo de crack é diferenciada entre os sistemas de saúde, uma vez que, no sistema público, os usuários utilizam mais pedras de crack, tanto no início do consumo como antes da internação.

O estudo que investigou o consumo de substâncias psicoativas em 30 usuários de crack do sexo masculino internados indicou que a frequência do uso de crack era em média de 11,57 pedras por dia, no período anterior à internação para desintoxicação (Guimarães et al., 2008). O artigo que descreve o perfil de 95 usuários de crack mostrou que a frequência do consumo era diário em 50,5% da amostra e o número de pedras de crack referido pelos usuários durante o consumo foi igual ou superior a 10 pedras em 69,5% dos casos (Horta et al., 2011). O estudo com 30 homens dependentes de crack/cocaína internados em unidade de desintoxicação de Porto Alegre apontou que os participantes consumiam uma média de 49,27 pedras de crack/semana (Alves & Araujo, 2012). A pesquisa com 32 homens dependentes de cocaína (crack) e tabaco mostrou que quanto ao consumo do crack, os pacientes consumiam uma média de 67,73 pedras por semana (Zeni & Araujo, 2011). Também, o estudo que objetivou caracterizar uma amostra de 85 gestantes dependentes de crack admitidas para desintoxicação numa unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre mostrou que 25% das pacientes fumavam mais de 20 pedras de crack em um dia típico de consumo e o máximo já utilizado foi de 100 pedras de crack (Costa et al., 2012). Assim, o aumento do consumo de crack é típico para essa categoria de droga, visto a dependência orgânica e psíquica que gera no indivíduo. O padrão de consumo do usuário de crack consiste na utilização da droga pelo menos três vezes por semana, outros utilizam semanalmente e alcançar a compulsão é recorrente ao longo do uso de crack, sendo esta a fase mais intensa do consumo. Cerca de 5% desenvolvem dependência química após um ano de uso da cocaína/crack, independente do gênero (Ribeiro et al., 2012).

No entanto, o estudo de Freire et al. (2012) acerca da média de pedras utilizadas por semana no último ano, mostrou que o grupo de maior poder aquisitivo obteve média de 46,85 pedras e o grupo de menor poder aquisitivo média de 54,82 pedras de crack, sendo assim, os dependentes de crack de maior e menor poder aquisitivo não diferem de forma significativa com relação à intensidade e a frequência de uso da droga. Este resultado refuta os encontrados na presente pesquisa, uma vez que a intensidade versus quantidade

do uso de crack chama a atenção, ou seja, os sujeitos começam utilizando doses baixas e em pouco tempo estão utilizando altas doses na busca da primeira sensação de prazer. Sendo assim, a frequência do consumo pode estar relacionada ao efeito de duração mais curto e de maior intensidade do crack, fato que aumenta a chance de a droga ser utilizada novamente e levar ao diagnóstico mais grave de dependência e em menor tempo de evolução (Oliveira & Nappo, 2008; Ribeiro et al., 2012).

Percebeu-se que a tolerância esteve presente quando os participantes relataram a quantidade no início de consumo e antes de ser internado, isto é, todos precisaram usar uma quantidade crescente de crack para atingir uma sensação equivalente. Não se sabe com clareza quais são as substâncias que podem estar presentes em uma pedra de crack, pois depende da estratégia do produtor e fornecedor. Além disso, o valor tem permanecido inalterado há anos, o que sugere que a droga tem piorado devido à adição de outras substâncias em sua composição química. Conforme o estudo qualitativo que objetivou investigar os aspectos da cultura de uso do crack na cidade de São Paulo, sob a perspectiva do próprio usuário, com amostra composta por 45 usuários (indivíduo que utilizou crack pelo menos 25 vezes na vida) e 17 ex-usuários (indivíduo em abstinência por período de seis meses) de crack, totalizando 62 sujeitos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos. Segundo os usuários de crack, o acesso é simples, rápido, através de via pública, facilitado por estratégias especiais de mercado como a entrega em domicílio do crack (*crack delivery*) que é mais cômodo e seguro, porque facilita o uso sem exposição, tem-se identificado o uso combinado de crack, tabaco e/ou maconha. O estudo apontou que a qualidade, as estratégias do mercado, táticas de uso do crack vêm sofrendo modificações, implicando potencial risco à saúde do usuário (Oliveira & Nappo, 2008).

A dependência química para além dos problemas graves de saúde e impacto no contexto interpessoal do dependente, pelo alto custo financeiro para manutenção do hábito, destrói as opções e utilização dos rendimentos pessoais. Neste caso, observa-se que 61,6% da amostra total afirmaram utilizar o dinheiro do próprio salário para comprar o crack e 60,4% vendiam os pertences pessoais e da família.

Quando comparadas as instituições entre o grupo de mulheres, observou-se diferenças significativas, em que mais da metade das mulheres (59,3%) do sistema público afirmaram utilizar a prostituição como recurso para obter o crack, tanto através da troca do corpo pelo crack como do corpo por dinheiro; aspecto apontado por 15% das mulheres do sistema privado. As participantes do sistema privado, na sua maioria, 60%, afirmou ganhar dinheiro de familiares e/ou amigos para conseguir comprar a droga. Em relação ao crack,

uma investigação qualitativa, com amostra intencional, realizada em duas cidades do Estado de São Paulo por Nappo et al. (2004) objetivou investigar o comportamento de risco entre mulheres usuárias de crack que se prostituem pela droga ou por dinheiro para comprá-la. O estudo mostrou que, das 102 mulheres entrevistadas, a estratégia mais utilizada para conseguir o crack foi a prostituição, visto que a maioria referiu que foi o crack que as levou à venda do corpo, para conseguir tanto dinheiro quanto a droga, seguida de roubo e tráfico de drogas. O crescente consumo de crack e suas formas de sustento têm agravado os riscos associados à vulnerabilidade, dificultando a adesão aos tratamentos (Oliveira & Nappo, 2008; Nappo et al., 2012). Na mesma direção, no estudo que objetivou caracterizar uma amostra de 85 gestantes dependentes de crack admitidas para desintoxicação numa unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre as táticas mais utilizadas para conseguir o crack foram troca de sexo por dinheiro/droga, em 44,7%; e roubo, em 41,2% (Costa et al., 2012). Destaca-se que o uso do crack está associado à promiscuidade entre o sexo feminino, situação que coloca em risco a saúde da mulher, uma vez que a mesma acaba utilizando a prostituição como forma de manutenção do vício, correndo risco de contrair DST's e gestações indesejadas.

Quando questionados sobre os locais de tratamentos em que estiveram no decorrer da vida, a maioria dos participantes (77,4%) já esteve em hospitais realizando tratamento para desintoxicação, 47% em clínicas e 44% em fazendas terapêuticas. Tal achado corrobora com a pesquisa transversal a partir da investigação de 350 prontuários de dependentes químicos, a qual apontou que 71,7% foram internados anteriormente para tratamento da dependência química em hospitais (Ferreira et al., 2012). Também, a pesquisa realizada por Guimarães et al. (2008), com 30 usuários de crack do sexo masculino internados para desintoxicação, mostrou que 60% fizeram algum tipo de tratamento para cessar o uso do crack, e, quanto ao tipo de tratamento, o mais citado foi internação para desintoxicação em hospitais (43,3%), seguido de 13,3% de tratamentos em clínicas ou fazenda terapêuticas. Esse dado demonstra que o hospital é o local mais procurado para internação, visto que há mais instituições e leitos, além de abranger a parceria com o SUS, que garante a gratuidade da internação. No entanto, as clínicas, na grande maioria, são em números mais restritos e exigem uma condição financeira considerável, pois o sujeito necessita possuir um plano de saúde que abranja o tratamento para dependência química, cláusula que ainda não pertence a todos os planos de saúde brasileiros.

Levando em consideração essas razões, os resultados demonstram uma diferença significativa entre as instituições de saúde, em que toda amostra ($n=99$) do sistema público já havia realizado tratamento em hospitais e toda amostra ($n=60$) do sistema privado realizou tratamento em clínicas. Quando comparados os sexos, tanto os homens como as mulheres do sistema público optam por realizar o tratamento em hospitais e ambos do sistema privado preferem realizar o tratamento em clínicas. Entretanto, alguns convênios de saúde limitam o número de internações para desintoxicação, conforme o plano acordado, sendo assim, o dependente de crack necessita mais internações para desintoxicação do que a que seu plano cobre, aspecto que faz com que os familiares optem pela internação particular e/ou através do SUS. Essa realidade foi verificada no estudo, uma vez que foi constatado que os participantes já tinham vivenciado tratamentos em mais de um local na busca da resolução dos seus problemas com as drogas. A dependência do crack é a causa mais prevalente de internação para desintoxicação, e esses dependentes apresentam maiores índices de abandono e piores índices sociais (Dualibi et al., 2008).

Referente às questões jurídicas vivenciadas no decorrer da vida, mais da metade dos participantes (58,5%) não passaram por processo penal, porém 41,5% já sofreram processo penal e os mais recorrentes foram por porte e/ou tráfico de drogas (14,5%), roubo (13,8%) e lesão corporal (6,9%). Foram encontradas diferenças significativas entre o grupo dos homens, no qual os participantes do sistema público (70%) haviam sofrido mais processos penais do que os participantes do sistema privado (40%). Resultados similares foram encontrados no estudo de Guimarães et al. (2008) que analisou dados referentes aos antecedentes criminais com 30 usuários de crack, o qual confirmou que 25% de crimes foram motivados pelo uso do crack e 41,7% motivados ou não pela droga, mas todos os crimes realizados após a inserção no consumo de substâncias psicoativas. Quando investigado o impacto social do uso abusivo de drogas, através de 350 prontuários de dependentes químicos (Capistrano et al., 2013), evidenciou-se que 20,6% se envolveram com processo penal, entre eles, 49% por furtos e 13% por tráfico de drogas, sendo que 29% dos casos com privação de liberdade.

Os dependentes de crack no presente trabalho, mais especificamente os homens, apresentaram maior frequência de comportamentos delinquentes. Quando comparados às mulheres, os homens apresentaram mais problemas de comportamentos externalizantes e se fizeram em maior porcentagem no sistema público. Esses achados podem estar associados ao poder aquisitivo, uma vez que os participantes do sistema público têm menos recursos financeiros disponíveis para manter o vício. Este aspecto pode levar à utilização

de condutas criminosas para conseguir a droga. Sendo assim, se envolve em situações que estão em desacordo com a lei brasileira, entre elas, envolvimento com o porte e/ou tráfico de drogas, bem como furtos e roubos, práticas que mostram que o envolvimento com a criminalidade é um fator relacionado com a adição.

Chaves, Sanchez, Ribeiro, e Nappo (2011), em um estudo qualitativo com amostra de 40 sujeitos, sendo 31 usuários e nove ex-usuários de crack em São Paulo, acima de 18 anos de idade e de ambos os sexos (20 homens e 20 mulheres), visaram compreender a fissura do usuário de crack, bem como descrever os comportamentos desenvolvidos sob fissura e estratégias utilizadas para seu controle. Os entrevistados relataram atividades que são realizadas e colocam em risco sua integridade moral e física, pois o objetivo maior é o crack. Sendo assim, perder/abandonar a família, gastar altas quantias, descuidar da saúde, prostituir-se, manipular as pessoas, adquirir dívidas com traficantes, roubar, trocar pertences por crack não é considerado ruim, visto que a única coisa ruim é ficar sem usar o crack. Os participantes citaram exemplos do que já foram capazes de fazer devido à fissura, entre elas, gastar R\$ 9mil em crack em sete dias de uso intenso; ter desmontado o guarda roupa e andado com ele nas costas até a local onde se vende drogas e trocado por duas pedras de crack; usar camisinha não é importante, o importante é ganhar dinheiro; já colocaram duas armas apontadas no rosto por causa de uma dívida de R\$10,00; trocaram o carro por 200 pedras de crack; entre outras (Chaves, Sanchez, Ribeiro, & Nappo, 2011). Essas situações apontadas pelos dependentes de crack mostram os variados riscos que esses sujeitos correm devido a sua doença, podendo levar até mesmo à morte, decorrente de homicídio.

No que se refere ao ato infracional, somente 28,9% empreenderam essa prática, entre eles, infração de trânsito (15,1%), desacato a autoridade (8,8%) e destruição de patrimônio público (1,9%). Encontraram-se diferenças significativas entre os sistemas de saúde e os sexos, visto que os participantes do sistema privado tanto homens (50%) como mulheres (30%) cometeram mais atos infracionais que o sistema público (37,5% e 8,5% respectivamente). No entanto, em outro estudo ocorreram porcentagens mais elevadas que as encontradas na presente amostra. Na pesquisa que descreve o perfil de 95 usuários de crack, houve o envolvimento com a polícia e/ou justiça em 95,8% dos sujeitos nos 12 meses anteriores à entrevista (Horta et al., 2011).

Observou-se nesta pesquisa que os homens do sistema público apresentaram mais problemas com relação a processos penais e que, tanto os homens como as mulheres, do sistema privado, apresentaram mais envolvimento com atos infracionais. Esses dados

mostram que os homens tendem a apresentar mais problemas comportamentais com menor autocontrole, expondo-se mais às consequências do consumo do crack. É importante reconhecer que os índices de criminalidade e violência por dependentes químicos estão relacionados ao vício pelo crack e suas consequências. No entanto, os comportamentos antissociais podem estar relacionados ao uso de drogas, não sendo considerados uma comorbidade (Ferreira Filho et al., 2003; Scheffer & Almeida, 2010; Chaves et al., 2011).

Diante desses achados, observou-se que a dependência química é um transtorno de difícil recuperação e tratamento, devido às próprias características da droga crack em desenvolver um alto poder de dependência. Sendo assim, ficou evidente, na presente pesquisa, que a maioria dos dependentes de crack são solteiros, moram com os pais, possuem renda, e alguns estavam estudando antes da internação. A maioria da amostra encontra-se em idade produtiva sem problemas de saúde incapacitantes, mas vivem em situação de vulnerabilidade devido à dependência química, situação que dificulta as relações familiares, os vínculos afetivos, o emprego, a escolaridade e a autoestima.

Os dados dessa pesquisa demonstram que os familiares de alguns participantes utilizam drogas lícitas e/ou ilícitas, o que pode ser um preditor para utilização de drogas, resultante da influência que sofrem no ambiente familiar. Além disso, observou-se que o início do consumo de álcool e tabaco em idade precoce está associado ao aumento da chance de uso de outras substâncias psicoativas, como maconha, cocaína e crack.

Os dados também revelaram que os dependentes de crack são provenientes de todas as classes sociais e esta não é mais uma droga eleita somente pelos homens, mas também pelas mulheres. Tem-se verificado uma escassez de estudos com mulheres dependentes químicas, o que pode ser explicado pela menor prevalência de dependência de substâncias psicoativas entre as mulheres, comparativamente aos homens, numa relação de 3 homens para cada mulher (Hochgraf & Brasiliano, 2010; Mitsuhiro & Laranjeira, 2011).

Por esses motivos e também pelos aspectos intrínsecos ao sujeito, sua família e sociedade, a dependência química necessita de investimento em pesquisas, nos tratamentos, na ampliação dos leitos, na qualificação, valorização e aperfeiçoamento dos profissionais que lidam com esse público-alvo. Necessitam, ainda, de elaboração de programas de prevenção, entre outras medidas promotoras de saúde. Sabe-se que a dependência de crack no Brasil vem mostrando-se como um grave problema de saúde pública, para a qual ainda não se visualizou um tratamento eficiente, que seja capaz de garantir a resolução da problemática do dependente de crack.

5 Considerações finais

A presente pesquisa apontou a importância de se conhecer o perfil do dependente de crack, visto ser este um dos problemas de saúde pública que mais vem desafiando os profissionais da saúde, devido às altas taxas de recaídas, à dificuldade de manejo e à conscientização da problemática, principalmente durante as internações para desintoxicação. Conhecer o perfil do dependente de crack, levando em conta todas as esferas da vida é relevante, uma vez que pode contribuir para o planejamento de programas preventivos em relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas. O planejamento de ações e intervenções com esse público-alvo depende de maior apropriação de dados, principalmente nas questões que envolvem os sexos.

Em suma, identificamos vulnerabilidades tanto nos homens como nas mulheres e em ambas as instituições: pública e privada. Principalmente, verificamos fatores de risco associado à família, tais como, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas nos familiares, indicativos de ambientes problemáticos no contexto imediato do dependente de crack. Além disso, a escola configura também como um sistema onde o dependente mostra dificuldades. Além da presença de uso de drogas desde o início da adolescência.

Uma das limitações do estudo foi reunir um número pequeno de participantes do sexo feminino no sistema de saúde privado. Este aspecto pode estar relacionado à flutuação do mercado por se tratar de uma substância ilícita, ao reingresso das participantes, questões acerca do poder aquisitivo da população e/ou questões institucionais.

Portanto, ações preventivas na sociedade brasileira através da educação informal, educação formal, conjuntamente com a educação perpassada pelo social precisam ser repensadas. Assim, um ponto-chave na saúde pública seria prevenir o uso dessas substâncias lícitas e/ou ilícitas ou retardar a iniciação deste hábito para que o consumo seja após o desenvolvimento e maturidade cognitiva, para que essas drogas não venham a comprometer o desenvolver-se saudável da memória e das funções executivas.

Esses dados mostram que futuros estudos poderiam investigar o perfil dos dependentes de crack, investindo em amostras que contemplem o sexo feminino e instituições privadas, para que, se possível, entender as particularidades dos dependentes de crack das classes sociais mais elevadas e das mulheres. Além disso, é importante investir na adolescência, visto ser este o momento em que a maioria da amostra do presente estudo começou a inserção no uso das drogas, verificando o motivo determinante para o uso de substâncias psicoativas, pois dependendo do motivo, pode-se pensar em

intervenções preventivas. Também é necessário investigar as questões familiares, visto ser esta o alicerce de uma possível resolução do problema. Por último, futuros estudos poderiam investigar as questões neuropsicológicas acerca da quantidade e frequência de uso do crack e o período sem o consumo da droga, entre outras variáveis que influenciem no conhecimento acerca do dependente de crack.

Diante dessa realidade, esses dados destacam a importância de delineamentos e planejamento de programas de prevenção, tratamento e psicoeducação, no entanto, é necessário que seja exequível, isto é, que se conheça a realidade da população para que se construam ações condizentes com o contexto.

Conclui-se com esta pesquisa que o crack gera prejuízos na vida dos dependentes, além da associação com outras drogas. Sabe-se que o desejo de consumir o crack é sempre maior que os bons pensamentos e a vontade de mudar que o sujeito carrega em seu interior. O dependente de crack geralmente está desacreditado da sua doença, a qual demanda muitos tratamentos, apresenta sentimentos de menos valia, baixa autoestima, recorrentes recaídas, dificuldades em superar os obstáculos e muitas crenças pejorativas e distorcidas, expressando seus pensamentos, emoções e comportamentos compulsivos e descontrolados.

Diante dessa realidade, faz-se necessário uma transformação através da ação, propondo novas práticas em todos os sistemas da sociedade, principalmente nos sistemas familiar, sistema escolar, sistema judiciário, sistema social e nos sistemas de saúde, além do trabalho multidisciplinar entre todos os sistemas na busca da prevenção do uso de drogas. Quando esta não for mais possível, busca-se a mudança do comportamento do dependente de drogas, através do investimento em projetos que visem à reinserção social e profissional, reabilitando suas potencialidades e capacidades adormecidas pela ação da droga.

Referências

- Alves, G. S. L., & Araujo, R. B. (2012). A utilização de jogos cooperativos no tratamento de dependentes de crack internados em uma unidade de desintoxicação. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(2), 77-80. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922012000200002>
- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Castro, D. S. (2011). Cocaína e Crack. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 170-179). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR). 4. ed. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, P. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf>
- Araujo, R. B. (2011). Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas. In C. S. Petersen, & R. Wainer (Orgs.). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte* (pp. 312-338). Porto Alegre: Artmed.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Castro, M. G. T. (2008). Craving e dependência química: Conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 57-63. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (Orgs.). (2008). *Teoria social cognitiva: Conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Batista, I. R., Almeida, P. P., Fadel, G., & Bressan, R. A. (2010). Neurociência do uso de substâncias psicoativas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira (Cols.). *Tratamentos farmacológicos para dependência química da evidência científica à prática clínica* (pp. 55-74). Porto Alegre: Artmed.
- Bordin, S., Jungerman, F. S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010). Prevenção de recaída. In N. B. Filglie, S. Bordin, & R. Laranjeira. *Aconselhamento em dependência química* (pp. 292-312). 2. ed. São Paulo: Roca.

- Brasil (2001). Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Mantovani, M. F. (2013). Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 468-474. Obtido em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148536201300030007
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: Comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1168-1175. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000066>
- Chen, K., & Kandel, D. (2002). Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(1), 65-85. Obtido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871602000868>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2000). *Resolução para pesquisa com seres humanos*. Resolução 016/2000, Brasília: CFP. Obtido em http://pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2000_3.pdf
- Costa, G. M., Soibelman, M., Zanchet, D. L., Costa, P. M., & Salgado, C. A. I. (2012). Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 8-12. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100003>
- Dancey, C. P., & Reidy J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, A. C., Araújo, M. R., & Laranjeira, R. (2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista Saúde Pública*, 45(5), 938-948. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000049>
- Dualibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007>
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes [UNODC] (2011). *Relatório Mundial sobre Drogas*. UNODC: Brasil e Cone Sul. Obtido em <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2011/06/23-world-drug-report-2011.html>

- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes [UNODC] (2013). *Relatório Mundial sobre Drogas*. UNODC: Brasil e Cone Sul. Obtido em <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>
- Ferreira Filho, O. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 751-759. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600010>
- Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Kirchhof. (2012). Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 444-451. Obtido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/29284/19033>
- Fidalgo, T. M. (2013). *O que mudou no diagnóstico da dependência química DSM-5*. Obtido em <http://www.predicadobrasil.com.br/releases/exibir/?id=31>
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fife-Schaw, C. (2010). Delineamento de questionário. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, J. A. Smith (Orgs.). *Métodos de pesquisa em psicologia*. 3. ed. (pp. 216-237). Porto Alegre: Artmed.
- Freire, S. D., Santos, P. L., Bortolini, M., Moraes, J. F. D., & Oliveira, M. S. (2012). Intensidade de uso do crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 221-226. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000400005>
- Gabatz, R. I. B., Schmidt, A. L., Terra, M. G., Padoin, S. M. M., Silva, A. A., & Lacchini, A. J. B. (2013). Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 140-146. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100018>
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., & Carlini, E. A. (2004). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas 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.
- Gitlow, S. (2008). *Transtornos relacionados ao uso de substâncias*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araujo. R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para

- desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101-108. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>
- Hochgraf, P. B., & Brasiliano, S. (2010). Mulheres e substâncias psicoativas. In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 1025-1041). São Paulo: Atheneu.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno Saúde Pública*, 27(1), 2263-2270. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/19.pdf>
- Jungerman, F. S. (2013). Caso clínico: Entrevista motivacional em um adolescente dependente de maconha. In R. B. Araujo (Cols.). *Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero: Tratando pacientes da vida real* (pp.73-86). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Karniol, I. G. (2010). Cannabis sativa e derivados. In S. D. Seibel (Cols.). *Dependência de drogas* (pp. 233-246). 2. ed. São Paulo: Atheneu.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2013). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O uso de cocaína e crack no Brasil*. Universidade Federal de São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas.
- Marchesi, A. (2004). Os alunos com pouca motivação para aprender. In Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. 2. ed. vol. 3. (pp. 129-146). Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Justiça (2011). *Programa Nacional "Crack, É Possível Vencer"*. Obtido em <http://portal.mj.gov.br/data/>
- Ministério da Saúde (2009). *Ministério da saúde lança campanha nacional sobre o crack*. Brasília: Ministério da Saúde. Obtido em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>
- Mitsuhiro, S. S., & Laranjeira, R. (2011). Gestantes e perinatal. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp.383-390). Porto Alegre: Artmed

- Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M., & Ribeiro, L. A. (2012). Troca de sexo por crack. In: Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. (pp. 566-576). Porto Alegre: Artmed.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. M., Oliveira, L. G., Santos, S. A., Júnior, J. C., Pacca, J. C. B., & Lacks, V. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(6), 212-218. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>
- Oliveira, M. da S., Jaeger, A., & Schreiner, S. (2003). Abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. da S. Oliveira, & N. M. Piccoloto (Orgs.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática*. 2. ed. (pp. 193-208). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. In Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Obtido em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2008). *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 6. ed. São Paulo: USP
- Orsi, M. M., & Oliveira, M. S. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 3-12. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100001>
- Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 177-183. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a21v14n1.pdf>
- Patterson, H. O., & O'Connell, D. F. (2009). Manutenção de recuperação e prevenção de recaída com adolescentes quimicamente dependentes. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman. *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Relatos de caso e a prática clínica*. 2. ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista.
- Pechansky, F., Kessler, F. H. P., Diemen, L. V., Bumaguin, D. B., Surratt, H. L., & Inciardi, J. A. (2007). Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 39-42. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000034>

- Pedroso, R. S., Freitas, P. B., Secco, K., Gonçalves, P. C., Alves, G. S. L., Leite, L., ... Castro, M. G. T. (2012). Inventário de expectativas de resultados em usuários de crack (IERUC) construção e validação. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 32(2), 138-146. Obtido em <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/26093/19173>
- Portal Brasil (2012). *Programa Crack, É Possível Vencer chega ao Rio Grande do Sul com investimento de R\$103 mi*. Obtido em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/>
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2006). Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2(2), 01-17. Obtido em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- Ribeiro, M., Dualibi, L. B., Perrenoud, L. O., & Sola, V. (2012). Perfil do usuário e história natural do consumo. In M. Ribeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. 39-49. Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, D. S., Backes, D. S., Freitas, H. M. B., Zamberlan, C., Gelhen, M. H., & Colomé, J. S. (2012). Conhecimentos produzidos acerca do crack: Uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1247-1258. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500018>
- Sanchez, Z. V., & Nappo, S. A. (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 420-430. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400007>
- Scheffer, M., & Almeida, R. M. M. (2010). Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 2(3), 1-11. Obtido em http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article
- Scheffer, M., Pasa, G. G., & Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533-541. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>
- Seibel, S. D. (2010). Cocaína e crack. In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 217-229). São Paulo: Atheneu.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-57. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538>

- Silva, L. H. P., Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Mantovani, M. F., & Maftum, M. A. (2010). Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery*, 14(3), 585-590. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a21.pdf>
- Strauch, E. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., & Horta, B. L. (2009). Uso do álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 647-655. N Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000044>
- Vargens, O. M. C., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L. & Wright, M. G. M. (2009). Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de famílias e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, zona norte, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (Esp.), 776-782. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700004>
- Wagner, F. A., Anthony, J. C. (2007). Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 191-198. Obtido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871606002237>
- Warner, L. A., Alegría, M., & Canino, G. (2004). Remission From Drug Dependence Symptoms and Drug Use Cessation Among Women Drug Users in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 61(10), 1034-1041. Obtido em <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482071>
- Washton, A. M., & Zweben, J. E. (2009). *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed.
- Wolle, C. C., & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 375-382). Porto Alegre: Artmed.
- Xavier, R. T., & Monteiro, J. K. (2013). Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. *Psicologia Revista São Paulo*, 22(1), 61-82. Obtido em <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16658>
- Zeni, T. C., & Araujo, R. B. (2011). Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 28-33. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n1/v60n1a06>

Sessão II – Artigo Empírico II

Diferenças emocionais, motivacionais e fissura por crack entre homens e mulheres internados em instituição pública e privada

Resumo

Considerando o aumento crescente do consumo de crack na sociedade brasileira, especificamente no estado do Rio Grande do Sul, este estudo teve como objetivo investigar os sintomas de ansiedade e depressão, avaliar a fissura pelo crack, identificar a motivação para mudança do comportamento, caracterizando as diferenças entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados para desintoxicação em instituições públicas e uma instituição privada. Participaram 159 adultos (80 homens e 79 mulheres) com idades entre 18 e 60 anos, com média de 30,7 anos (DP=8,54). Dos participantes, 99 (62,3%) estavam internados em duas instituições públicas, e 60 (37,7%) em uma instituição privada, localizadas em Porto Alegre, RS, Brasil. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B) para o Crack, Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) e Régua de Prontidão para Mudança. De acordo com os resultados, os participantes apresentaram sintomas de ansiedade moderada, sintomas de depressão mínima e fissura pelo crack moderada; em relação à motivação para mudança do comportamento aditivo, apresentaram-se no estágio de pré-contemplação e manutenção; a Régua de Prontidão para a mudança aponta que os participantes estavam motivados e confiantes para alcançar a mudança. Entretanto, o escore de prontidão para mudança revelou que a amostra estava desmotivada em relação à mudança do comportamento. No sistema público, observou-se uma frequência maior de sintomas graves de ansiedade nas mulheres. Ambos os sistemas de saúde e ambos os sexos apresentaram sintomas moderados de depressão. Não houve diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres do sistema público e privado no que se refere à fissura pelo crack e na Régua de Prontidão. Os participantes do sistema privado, bem como as mulheres de ambos os sistemas de saúde e os homens do sistema privado estavam mais motivados para mudança do comportamento problema. A análise dos dados aponta que os principais preditores de prontidão para mudança (URICA) foram o sexo (feminino), local de internação (instituição privada) e que não tenham vivenciado perdas significativas. A Régua de Prontidão para a mudança apresentou como único preditor os escores de

depressão. A variável sintomas de depressão se correlacionou positivamente com os sintomas de ansiedade e a fissura, porém negativamente com a Régua de Prontidão para mudança. Constatou-se que maiores escores de fissura foram encontrados em participantes com baixos escores de prontidão para mudança e com histórico de problemas de conduta na fase escolar. Estes achados sugerem que o sexo tem relevante papel na dependência química, visto que foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no que se refere à ansiedade e motivação para mudança do comportamento, no entanto, a depressão, a fissura e Régua de Prontidão para mudança não apresentaram diferença entre os sexos. Estes resultados confirmam a necessidade de mais pesquisas envolvendo as questões investigativas entres homens e mulheres na dependência de crack e outras substâncias psicoativas.

Palavras-chave: dependência de crack, ansiedade, depressão, fissura, motivação para mudança, homens, mulheres.

Emotional and motivational differences and craving for crack between male and female inpatients in public and private institution

Abstract

Considering the increasing use of crack within Brazilian society, specifically in the state of Rio Grande do Sul, this study aimed to investigate the symptoms of anxiety and depression, evaluate crack craving, identify the motivation for behavior change, characterizing the differences between adult male and female crack-addicted adults hospitalized for detoxification in public institutions and in one private institutions. A total of 159 adults participated (80 men and 79 women), aged between 18 and 60 years, mean age 30.7 years (SD=8.54). Of the participants, 99 (62.3%) were hospitalized in two public institutions, and 60 (37.7%) in a private one, all located in Porto Alegre, RS, Brazil. The instruments used were the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B) for Crack, Scale URICA (University of Rhode Island Change Assessment) and The Readiness-to-Change ruler. According to the results, the participants had moderate symptoms of anxiety, minimal symptoms of depression and moderate crack craving; regarding motivation to change the addictive behavior, they presented themselves at the stage of contemplation and

action; The Readiness-to-Change ruler points that participants were motivated and confident to achieve the change. Also, the score of readiness to change revealed that the sample was unmotivated towards change the behavior. In the public system, we observed a higher frequency of severe anxiety symptoms in women. Both health systems and both sexes showed moderate symptoms of depression. There were no statistically significant differences between men and women in the public and private system in relation to the craving for crack and the readiness ruler. Participants in the private system, as well as women from both health systems and men from the private system were more motivated to change the behavior problem. Data analysis shows that the main predictors of readiness to change (URICA) were sex (female), place of hospitalization (private institution) and not having experienced significant losses. The ruler of readiness for change presented the depression score as the only predictor. The symptoms of depression variable correlated positively with symptoms of anxiety and craving, but negatively with the the readiness-to-change ruler. It was found that higher scores of crack were found in participants with low scores of readiness to change and with a history of conduct problems at school age. These findings suggest that sex plays an important role in addiction, since statistically significant differences were found in regard to anxiety and motivation to change the behavior, however, depression, craving and the readiness-to-change ruler showed no difference between the sexes. These results confirm the need for more research involving investigative questions between male and female crack and other psychoactive substance addicts.

Keywords: crack addiction, anxiety, depression, cravings, motivation to change, men, women.

1. Introdução

Estudos nacionais e internacionais apontam que a sensibilidade às drogas, a autoadministração e a progressão da dependência podem variar entre os sexos e estão presentes em todas as fases do abuso de substância, desde a experimentação até a abstinência. Mulheres geralmente começam a autoadministração de drogas lícitas e/ou ilícitas em doses menores do que os homens. O uso, nas mulheres, aumenta mais rapidamente, podendo levar à dependência química. Além disso, as mulheres têm mais risco de recaídas e parecem ser mais vulneráveis do que os homens aos efeitos das substâncias psicoativas. Assim, os estudos mostram que existem diferenças nas respostas comportamentais, neurológicas e farmacológicas às drogas. É preciso estar em alerta para a crescente entrada das mulheres na dependência química (Hochgraf & Brasiliano, 2010; Fernandes et al., 2010).

Em geral, estudos referentes à dependência de substância têm como centro das pesquisas o sexo masculino. Porém, conforme Wolle e Zilberman (2011), é evidente o aumento do consumo entre as mulheres. O sexo feminino é mais vulnerável aos efeitos do uso e abuso de drogas, tais como comorbidades psiquiátricas, fatores farmacológicos, genéticos, psicológicos, sociais, bem como diferenças nos padrões de uso quando comparadas ao sexo masculino. Muitas abandonam os estudos, a família e os filhos, perdem o emprego e se envolvem com a prostituição, têm gestação indesejada e praticam atos ilegais.

Em relação às mulheres, as alterações nos níveis de hormônios ovarianos, especificamente o estrogênio podem estar envolvidas na maior vulnerabilidade para dependência, uma vez que o estrógeno potencializa os efeitos reforçadores da droga, tornando-a mais prazerosa e, conseqüentemente, aumenta o poder de dependência da substância, isto é, a fissura (craving) pela droga. As mulheres também apresentam mais recaídas quando tentam parar de consumir a droga e esta realidade também pode estar associada ao papel dos hormônios que variam durante o ciclo menstrual (Grella, Scott, Foss, & Dennis, 2008; Laranjeira et al., 2013).

Estudos sobre uso de álcool, por exemplo, vêm apontando que os sexos possuem características diferentes no que diz respeito à impulsividade e busca pela substância, e essa associação se dá de forma complexa, envolvendo fatores comportamentais, cognitivos e hereditários. Também foi verificado que no sexo feminino há maior vulnerabilidade comportamental e cognitiva, pois as mulheres tendem a aderir ao tratamento e a participar

de sessões de autoajuda, porém recaem mais quando tentam parar de usar a droga. A explicação pode estar também atrelada ao papel dos hormônios que variam nos ciclos menstruais. Já o sexo masculino parece apresentar maior agressão impulsiva, comportamentos de risco e aderem menos aos tratamentos (Grella et al., 2008; Laranjeira et al., 2013).

A fase do desenvolvimento e a idade, a adesão ao tratamento e características de impulsividade e cognição também estão intimamente relacionadas às diferenças de comportamento e desempenham papel na produção das diferenças de abuso de drogas (Lynch, Roth & Carroll, 2002; Addis, 2008; Becker & Hu, 2008; Bao & Swaab, 2010; Laranjeira et al., 2013). Uma revisão teórica, entre os anos de 2000 e 2010, encontrou 86 artigos que evidenciam a relação entre a impulsividade comportamental e cognitiva com o consumo de álcool em homens e mulheres. No entanto, as mulheres demonstram maior vulnerabilidade comportamental, cognitiva e biológica em resposta ao uso do álcool, também ativam mais intensamente regiões cerebrais frontais e límbicas; já os homens apresentam maior agressão impulsiva e comportamentos de risco, entre eles problemas legais (Scheffer & Almeida, 2010).

Nas últimas décadas, o considerável aumento no consumo de crack tem colocado esta substância em destaque nas investigações. Em relação às diferenças entre os sexos no uso de cocaína e crack no Brasil, dados do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), referente ao II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), mostraram que o consumo de cocaína aspirada na vida (experimentação) para os adultos foi de 1,7% para as mulheres e 6,8% para os homens e, no último ano (uso recente), foi de 0,6% e 2,8%, respectivamente. Em relação ao consumo de cocaína (crack) fumada na vida, nos adultos foi de 0,6% para as mulheres e 2,3% para os homens e, no último ano, foram de 0,3% e 1,2% simultaneamente. As diferenças entre os sexos são maiores entre adultos. Entre adolescentes, o padrão de uso das meninas é parecido com o dos meninos. Portanto, as mulheres apresentam-se mais vulneráveis à dependência de substâncias psicoativas, principalmente o crack, além de 65% das mulheres misturarem cocaína com álcool mais que os homens (60%), ou seja, é mais nocivo entre as mulheres. Os autores concluíram que mesmo existindo mais usuários homens, as mulheres são mais dependentes das substâncias psicoativas, usam com muito mais frequência e desenvolvem mais tolerância à droga, isto é, 51% das mulheres apresentam tolerância, enquanto os homens apresentam 40% de tolerância (Laranjeira et al., 2013).

Um estudo de caracterização das internações de dependentes químicos, realizado na unidade de reabilitação no Paraná, investigou dados de 350 prontuários de pacientes do sexo masculino, com idade mínima de 18 anos. Houve relação entre o tipo de droga consumida e o tipo de alta. Os dependentes de crack tiveram menos alta clínica em comparação com os dependentes de álcool, sendo que os pacientes compulsivos por crack também aderiram menos ao tratamento devido aos pedidos de alta. Percebeu-se que o dependente de crack adere menos ao tratamento quando comparado a outras substâncias psicoativas, entre elas álcool, maconha e cocaína (Ferreira, Capistrano, Maftum, Kalinke, & Kirchhof, 2012).

Os fatores de risco na relação entre sexo e crack foram pesquisados nos Estados Unidos, com indivíduos em um programa de tratamento residencial de uso de substância. As mulheres que apresentaram maior utilização do crack, no que se refere à quantidade consumida, eram mais propensas a serem dependentes, mais impulsivas que os homens, tinham níveis mais elevados de emocionalidade negativa e tinham sofrido abuso na infância (Lejuez, Bornoalova, Reynolds, Daughters, & Curtin, 2007). Ainda, o consumo do crack pelo sexo feminino está relacionado diretamente com a prostituição, realidade verificada tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil. Essa situação coloca em risco a saúde da mulher, uma vez que a mesma tem maior chance de contrair doenças infecciosas, tais como AIDS, hepatites, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis (Nappo et al., 2004; Hochgraf & Brasiliano, 2010).

Além dessas diferenças entre os sexos no transtorno do uso de substância, existem implicações importantes no diagnóstico da dependência. Segundo Addis (2008), manifestam-se importantes diferenças emocionais entre os sexos. Os homens apresentam maior índice de depressão, sendo a droga uma forma de enfrentamento do problema e de outras externalizações. As mulheres, por sua vez, são mais ansiosas.

Através de estudos clínicos e epidemiológicos, identificou-se a alta prevalência da associação entre a presença de transtorno mental e transtorno por uso de substâncias psicoativas, os quais não são identificados devido à dificuldade do diagnóstico diante da ocorrência de mais de uma patologia num mesmo sujeito (Brady & Randall, 1999; Cordeiro & Diehl, 2011).

Apesar da diversidade de quadros clínicos, a depressão e a ansiedade são as comorbidades mais recorrentes em dependentes químicos, atingindo mais da metade dos usuários. O crack tem potencial para gerar diversos danos ao sujeito, entre eles, sintomas de ansiedade e depressão, decorrentes da comorbidade ou do consumo da substância; faz

também com que o sujeito fique menos motivado para a mudança e tenha menor adesão ao tratamento (Orsi & Oliveira, 2006; Horta, Horta, Rosset, & Horta, 2011). A intensidade do consumo de crack parece estar associada ao risco de desenvolvimento de depressão e ideação suicida (Wainer & Piccoloto, 2011; Ribeiro, 2012).

O consumo de substâncias aumenta em duas a três vezes os riscos para o desenvolvimento de transtorno de ansiedade. Cada substância age no sistema nervoso central de modo diferenciado. As substâncias estimulantes, como cocaína e crack, podem produzir sintomas de ansiedade na vigência da intoxicação (Cordeiro & Diehl, 2011; Figlie, Bordin & Laranjeira, 2010). Os transtornos de ansiedade são mais prevalentes no sexo feminino, entre elas, fobias, transtornos de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade de separação, do que no sexo masculino (Saloma et al., 2009; Stallard, 2010).

As mulheres têm uma resposta subjetiva mais duradoura, são mais sensíveis às drogas e apresentam maior probabilidade de desenvolver dependência. Na sua maioria, utilizam a droga como uma ferramenta de enfrentamento para lidar com a ansiedade, depressão, timidez, baixa autoestima, encontrando na droga uma saída para lidar com os problemas. Já os homens apresentam uma resposta mais fugaz e intensa e, na maioria das vezes, utilizam por curiosidade e influência do grupo de iguais. Esse fato evidencia que os fatores psicológicos exercem influência no uso das drogas entre os sexos (Wolle & Zilberman, 2011; Hochgraf & Brasiliano, 2010; Fernandes et al., 2010).

Entre as pessoas que procuram serviços devido a questões de humor, 20% apresentam problemas associados ao consumo de drogas. Essa associação justifica a importância da investigação dos sintomas de humor por profissionais que trabalham com dependentes químicos. A cocaína e o crack podem estar associados aos sintomas depressivos, porém a ação dessas drogas no sistema nervoso central é capaz de mimetizar a sintomatologia durante a abstinência dessas substâncias. A depressão para esses pacientes pode promover comportamentos disfuncionais, diminuindo, desse modo, as atitudes preventivas e a capacidade para lidar com a situação (Cordeiro & Diehl, 2011; Gitlow, 2008). As diferenças de sexo na depressão variam de acordo com a idade, desenvolvimento e diferenças culturais (Branco et al., 2009). A interrupção abrupta de estimulantes como a cocaína/crack e a abstinência podem ser acompanhados de depressão, ansiedade e fissura pela droga (Seibel, 2010; Araujo, Oliveira, Pedroso, Miguel, & Castro, 2008).

Em relação à mudança no comportamento, tanto pacientes, profissionais e pesquisadores consideram a fissura como um terrível adversário na recuperação e superação dos transtornos aditivos. O National Institute on Drug Abuse (NIDA) propôs

três tipos de fissura, os quais auxiliam o terapeuta a compreender o que se passa com o dependente químico. A fissura somática é quando o desejo de consumir está localizado no corpo do indivíduo; na fissura cognitiva, o desejo está localizado no pensamento; e na fissura afetiva, o desejo está localizado nas emoções (Carroll, 1998). Dessa forma, tanto a fissura como os sintomas de abstinência podem atuar como respostas condicionadas compensatórias da droga, devido a várias exposições a estímulos relacionados à droga, bem como os efeitos fisiológicos, além da tolerância. Todo esse processo é explicado por gatilhos (situações, imagens, sons, odores, pessoas, outras substâncias) internos e/ou ambientais relacionados à droga que geram uma resposta fisiológica que prepara o indivíduo para os efeitos da substância. Diante dessa realidade, os usuários de crack precisam estar conscientes acerca dos gatilhos que desencadeiam a situação de risco, a possível recaída e os pensamentos automáticos com relação aos comportamentos disfuncionais para que, de fato, consigam superar os desafios da fissura (Marlatt & Witkiewitz, 2009; Marinho, Araujo, & Ribeiro, 2012).

A fissura é um forte impulso subjetivo para usar uma substância psicotrópica, é um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância, uma urgência em usar novamente a droga, mesmo logo após o consumo, ou mesmo após períodos de abstinência. Essa necessidade avassaladora pode afetar o humor do indivíduo levando-o a apresentar alterações comportamentais e/ou de pensamentos. Por este motivo, tem merecido atenção especial e diversas pesquisas nas últimas décadas, visto que a fissura tem estado no centro das explicações da recaída, mostrando a importância do entendimento desse fenômeno e suas implicações num tratamento efetivo (Marques & Seibel, 2010; Marinho et al., 2012).

Diversos estímulos são capazes de condicionar respostas de desejo, isto é, podem desencadear a fissura. Portanto, segundo Bordin, Jungerman, Figlie, e Laranjeira (2010), faz-se necessário trabalhar com os dependentes de drogas que as compulsões surgirão, diminuirão e logo desaparecerão. Abdicar da fissura no pico de sua intensidade aumenta a probabilidade de que o antigo hábito se fortaleça, porém, se o sujeito for capaz de esperar o alívio da fissura, a pressão interna para a resposta desaparecerá pelo processo de extinção e o modo mais eficaz de manejar é através do distanciamento da droga. Porém, a fissura precisa ser vista como parte do processo de mudança do comportamento, caso contrário, poderá ser entendida como indicação de que o tratamento não foi eficaz ou a recaída é inevitável. Tratando-se da fissura, é importante que o tratamento não vise apenas a substância crack, mas todas as drogas sejam elas lícitas e/ou ilícitas que o indivíduo utiliza,

inclusive a abstinência de nicotina pode contribuir na eficácia do tratamento para dependência de crack (Zeni & Araujo, 2011).

Os instrumentos para avaliação da fissura auxiliam a classificar a gravidade do transtorno e melhoram o planejamento do seu tratamento. Acredita-se que quanto maior a intensidade da fissura, mais grave é a dependência e, conseqüentemente, mais recursos serão necessários para o seu tratamento. Entre eles, a monitorização do fenômeno, utilizando as técnicas cognitivo-comportamentais, como os diários, detecção dos comportamentos e pensamentos automáticos que desencadeiam o fenômeno, detecção de situações de risco, de estilos de vida, de rede social, bem como a monitorização do humor e a da fissura. Além disso, é importante lidar com essas situações desafiadoras e evitar as recaídas, utilizando mecanismos de enfrentamento eficazes (Marques & Seibel, 2010; Castro & Pedroso, 2013).

Justamente o Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (MTT) desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente foi considerado o mais adequado para a ocorrência de mudança do comportamento, visando à compreensão do processo de mudança de comportamentos problemas e a busca de hábitos saudáveis. Em psicologia da saúde, o MTT é a teoria de estágios mais utilizada, sendo aplicada a uma variedade de comportamentos relacionados à saúde do ser humano, incluindo a dependência química, a prática de exercícios, a obesidade, o sexo seguro, entre outras (Miller & Rollnick, 2001; Castro & Passos, 2005).

O MTT objetiva mudança intencional, isto é, a tomada de decisão parte do sujeito e a mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diferentes níveis de motivação para mudança. Nesse modelo teórico, a motivação pode ser entendida como o estágio para a mudança de uma pessoa, sendo esse um estado interno influenciado por fatores externos. As teorias com estágios pressupõem que a decisão de adotar um comportamento saudável seja um processo dinâmico que envolve mais de uma decisão e se constitui de diversos estágios (Miller & Rollnick, 2001; Straub, 2005).

O modelo sustenta que as pessoas progridem por meio dos estágios ao modificar comportamentos e planejar intenções de ações presentes e futuras relacionadas com a saúde. Assim, o MTT pode ser representado com quatro, cinco ou seis estágios que compreendem a roda da mudança, sendo esses pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída. Os estágios de mudança refletem a realidade de que é normal que a pessoa circule várias vezes antes de alcançar uma mudança estável. A

roda da mudança também reconhece que a recaída faz parte do processo. Portanto, essa é uma perspectiva realista que busca impedir que os pacientes desanimem frente à recaída. (Miller & Rollnick, 2001; Straub, 2005).

A roda da mudança inicia com o *estágio da pré-contemplação*, no qual o sujeito não demonstra intenção de mudar seu comportamento problema. A negação é uma das principais características dos pré-contempladores que evidenciam uma ativa resistência à mudança. Uma vez que o problema surge, a pessoa entra no *estágio da contemplação*, período caracterizado pela ambivalência, ou seja, o sujeito fica dividido entre mudar e permanecer no mesmo estilo de comportamento. No *estágio da determinação*, as afirmações da pessoa refletem o que pode ser considerado como motivação. Esse estágio é compreendido como a janela para a mudança, na qual o paciente deve ser estimulado a determinar o melhor plano de ação para que a mudança seja aceitável, acessível, adequada e eficaz. No *estágio da ação*, o paciente se engaja em prol das ações específicas para chegar à mudança. A ação é o estágio no qual o sujeito muda de forma clara o seu comportamento por um período de tempo. No entanto, planejar uma mudança não garante que ela será mantida. No *estágio da manutenção*, o desafio é manter a mudança almejada pela ação e evitar a recaída. Nesse estágio, os sujeitos manifestam uma maior confiança em dar continuidade às mudanças, ou seja, buscam a estabilização do comportamento. Caso ocorra *recaída*, a tarefa da pessoa é recomeçar a roda da mudança. Recaídas são normais, principalmente quando a pessoa busca uma mudança de comportamento em sua vida (Miller & Rollnick, 2001; Szupszynski & Oliveira, 2008; Andreatta & Oliveira, 2008).

A teoria motivacional vem sendo estudada, permitindo a avaliação prática de seus parâmetros através de instrumentos que exploram a motivação como fator capaz de auxiliar o tratamento da dependência de substâncias psicoativas. Uma das escalas que aferem o grau de motivação é a Escala URICA para drogas ilícitas (*University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire*), validada e adaptada para o Brasil por Szupszynski e Oliveira (2008). A escala está baseada nos estágios de mudança do MTT e busca avaliar os estágios motivacionais: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Miller & Rollnick, 2001; Castro & Passos, 2005; Andreatta & Oliveira, 2008).

Outro conceito fundamental no MTT é a prontidão para a mudança, que indica a vontade de se inserir em um processo pessoal e adotar um novo comportamento, representando uma mudança em relação ao comportamento problema e o estabelecimento de um foco na motivação. Szupszynski e Oliveira (2008) descrevem a motivação para mudança de comportamento, relacionada ao consumo de drogas, como uma média única

chamada de escore de prontidão (EP), obtido por meio da equação: $\text{contemplação} + \text{ação} + \text{manutenção} - \text{pré-contemplação} = \text{EP}$, esse valor único é o índice de prontidão para mudança, ou seja, o escore desse valor define o estágio motivacional que o sujeito e/ou grupo se encontra.

A motivação não é um traço de personalidade, sendo assim, ela precisa ser entendida, como algo que pode ser adquirido, pois depende do contexto e das influências endógenas e exógenas. A experiência clínica ajuda a esclarecer que existem várias maneiras de auxiliar o paciente a se mover no sentido do reconhecimento de sua problemática e ação efetiva para a mudança através da motivação (Miller & Rollnick, 2001; Oliveira, Laranjeira, Araujo, Camilo, & Schneider, 2003).

Pesquisas demonstraram a importância de se intervir, mesmo em hospital, considerando o estágio motivacional em que os indivíduos se encontram. Avaliar os estágios motivacionais e promover um tratamento individualizado, tendo como objetivo a motivação para mudança, são caminhos essenciais para que o profissional que trabalha com dependentes químicos consiga resultados consistentes. O MTT e os estágios de mudança revolucionaram o tratamento da dependência química devido aos subsídios práticos para que os profissionais, através das condutas terapêuticas, facilitassem o processo de mudança do comportamento dependente (Oliveira et al., 2003; Figlie, 2013). Por essa razão, Argimon e Paim (2005) enfatizam que o papel do terapeuta é estimular a motivação para mudança, com o objetivo de facilitar a superação das dificuldades de permanecer em abstinência.

A identificação do estágio de motivação para mudança no qual o paciente dependente se encontra no processo de avaliação implica melhores estratégias para a promoção da motivação para mudança de comportamento. O comportamento motivacional objetiva engajar a pessoa em comportamentos positivos esperados ou à evitação de comportamentos considerados negativos. Somente identificando perfis individuais é que podem ser implantados tratamentos e técnicas direcionadas para o estágio em que o sujeito se encontra (Szupszynski & Oliveira, 2008).

A carência de pesquisas voltadas à dependência química que envolvam mulheres, no Brasil, parece relacionar-se a uma visão distorcida e romântica de que usuários de drogas são os homens, sendo considerada muitas vezes como uma norma, além de haver carência de serviços direcionados ao tratamento do sexo feminino. Essas barreiras precisam ser ultrapassadas, através de programas de tratamento mais específicos e adequados ao público feminino, levando em conta sua particularidade e superando o

preconceito e a vergonha (Hochgraf & Brasiliano, 2010). Conhecer as diferenças existentes entre os sexos pode colaborar nas estratégias terapêuticas específicas que contribuem para o sucesso do tratamento (Brady & Randall, 1999; Bao & Swaab, 2010).

Apesar da importante contribuição desses estudos acerca das questões psicológicas associadas ao transtorno por uso de substância, a maioria dos trabalhos focaliza a população masculina. Observa-se, portanto, uma carência de pesquisas com a população feminina. Acredita-se que, para a efetividade dos tratamentos, seja necessária uma maior compreensão dos distintos aspectos envolvendo diferenças dos sexos.

Considerando o aumento crescente do consumo de crack na sociedade brasileira, especificamente no estado do Rio Grande do Sul, este estudo teve como objetivo investigar os sintomas de ansiedade e depressão, avaliar a fissura pelo crack, identificar a motivação para mudança do comportamento, caracterizando as diferenças entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados em instituições para desintoxicação públicas e uma privada. Além disso, comparações e correlações entre os sintomas de ansiedade e depressão, fissura e motivação para mudança do comportamento foram investigadas. A seguir, estimou-se a contribuição de variáveis sociodemográficas (idade, situação empregatícia, escolaridade, vivências traumáticas, padrão de uso de múltiplas substâncias ilícitas), dos sintomas de ansiedade e depressão para as variáveis fissura e motivação para a mudança.

2. Método

2.1 Delineamento

Para buscar atingir os objetivos do presente estudo, foi utilizada a pesquisa quantitativa, transversal do tipo comparativo entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados em instituição para desintoxicação. A pesquisa quantitativa define o que são os processos, como eles ocorrem e quais diferenças podem ser medidas de modo significativo (Creswell, 2010).

2.2 Participantes

Foram convidados para participar da pesquisa adultos que estivessem internados devido à dependência de crack. Participaram 159 dependentes de crack, dos quais 80 homens e 79 mulheres. O grupo dos homens dividiu-se em 40 homens internados no sistema de saúde público e 40 homens no sistema de saúde privado. O grupo das mulheres dividiu-se em 59 mulheres internadas no sistema de saúde público e 20 mulheres no sistema de saúde privado. O estudo foi realizado em dois serviços de atendimento especializado em adultos dependentes químicos em Porto Alegre, RS, em uma clínica privada e dois hospitais públicos, entre o período de abril a novembro de 2013. A amostra foi não probabilística, formada por dois grupos definidos conforme o sexo.

Os critérios de inclusão neste estudo foram adultos acima de 18 anos, internados para desintoxicação por dependência de crack, escolaridade de no mínimo a 5ª série do ensino fundamental, podendo estar utilizando medicação controlada para o tratamento de algum transtorno psiquiátrico. Além disso, foi levado em conta o período de internação, isto é, avaliados somente os internados que estivessem na etapa inicial de desintoxicação, ou seja, mínimo de sete dias de abstinência para aplicação dos instrumentos da pesquisa. A referência utilizada pelas equipes profissionais dos locais de coleta dos dados foram os critérios do DSM-IV (APA, 2002) para internação por dependência química.

Os critérios de exclusão foram participantes com diagnóstico de retardo mental devido à dificuldade cognitiva para entendimento dos questionamentos e sujeitos que não tivessem o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância. Todas as informações necessárias foram coletadas do prontuário do paciente, preenchido diariamente pela equipe profissional da instituição de saúde.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente, foi encaminhado o Termo de Anuência para autorização de desenvolvimento da pesquisa na Clínica Pinel (Anexo A), tendo o retorno desse termo no dia 01 de março de 2013. Após autorização da instituição e com toda documentação necessária através da Plataforma Brasil (plataformabrasil@saude.gov.br), o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, no dia 21 de março de 2013, sob o número do projeto no CEP 13/014 (Anexo B) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Clínica Pinel, Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e Hospital Mãe de Deus (HMD). A Clínica Pinel, após avaliação do projeto, autorizou a pesquisa mediante o Termo de Anuência emitido no dia 01 de março de 2013. O HPSP, após avaliação do projeto e dos documentos do CEP/UNISINOS, emitiu documento autorizando a pesquisa no dia 29 de abril de 2013 (Anexo D). O HMD, após avaliação da documentação e confecção do TCLE de acordo com as exigências do CEP/HMD (Anexo E), teve sua aprovação no dia 24 de junho de 2013, sob o número do parecer 313.433 (Anexo F).

Posteriormente, na presença dos participantes da pesquisa, foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os que aceitarem participar do estudo foram convidados no primeiro encontro a assinar o documento em duas vias, sendo que uma ficou com a pesquisadora e outra cópia do documento com o participante. Após a assinatura do TCLE, foi solicitado que o participante respondesse os instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B) para o Crack (Anexo I), Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire*) para drogas ilícitas (Anexo J) e a Régua de Prontidão para mudança (Anexo K).

Os instrumentos seguiram uma sequência cronológica de aplicação e foram aplicados pela própria pesquisadora para que todos os participantes tivessem a mesma abordagem. Cabe ressaltar que a aplicação dos instrumentos foi realizada em sala com iluminação e silêncio adequados do hospital e/ou clínica, a fim de assegurar o sigilo e a privacidade. A duração estimada para aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 60 minutos para cada participante, com um único encontro para aplicação.

2.3.2 *Procedimentos éticos*

Neste estudo, foram respeitados os procedimentos éticos para Pesquisas em Psicologia com Seres Humanos, contidos no Conselho Federal de Psicologia – CFP (2000), visando proporcionar um espaço mais seguro para o público-alvo da pesquisa. Os participantes foram informados dos objetivos e procedimentos do estudo, sendo convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

No TCLE constaram os objetivos e a justificativa do estudo, bem como os instrumentos utilizados, procedimentos de coleta e armazenamento dos dados, aspectos referentes à confidencialidade, preservação da identidade dos participantes, publicação dos resultados e forma de devolução dos resultados aos participantes. A fim de assegurar a confidencialidade dos participantes, foram omitidos quaisquer detalhes que possam levar à sua identificação. Foi enfatizado que a participação é voluntária, sendo possível desistir de participar do estudo a qualquer momento do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo no atendimento padrão oferecido pela instituição. O termo foi apresentado em duas vias e entregue uma cópia ao participante após a assinatura.

Os dados obtidos foram utilizados apenas para os fins da presente pesquisa, sendo armazenados pela pesquisadora em local de acesso restrito. Os documentos serão guardados por cinco anos, após esse período terão um destino ecologicamente correto. Os resultados da pesquisa serão apresentados à banca de dissertação do mestrado, podendo também ser utilizados em outros eventos científicos. Os artigos decorrentes da dissertação serão publicados em revistas científicas da área.

As instituições participantes da pesquisa terão direito à devolução, que será realizada através da apresentação dos resultados para a equipe profissional do serviço. Também foram colocadas à disposição da instituição reuniões com a equipe para discutir construtivamente os aspectos relacionados aos resultados da pesquisa no que diz respeito às diferenças emocionais, motivacionais e o craving por crack entre homens e mulheres internados para desintoxicação. Isso para que, em conjunto com a equipe profissional, seja possível realizar uma reflexão que venha a promover o tratamento do dependente químico. Será entregue às instituições uma cópia da dissertação, após avaliação da banca.

Aos participantes foi oportunizada a devolução individual durante a internação, sendo essa realizada no máximo até sete dias após a aplicação dos instrumentos. Caso

fossem identificados sintomas disfuncionais, o médico psiquiatra responsável pelo paciente durante a internação seria comunicado. De acordo com Breakwell e Rose (2010), um dos princípios fundamentais que dá sustentação à pesquisa psicológica é que o pesquisador deve sempre considerar o bem-estar dos participantes de sua pesquisa e deve protegê-los de ser física ou mentalmente prejudicados pelo processo, isto é, o risco de dano aos participantes da pesquisa nunca deve ser maior do que os riscos que essa pessoa corre no decurso de seu estilo de vida normal.

2.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram aplicados conforme a ordem de apresentação que segue:

2.4.1. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), validado no Brasil por Cunha (2001), é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade, indicado para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade. Em geral, são necessários entre cinco a 10 minutos para ser realizado. O instrumento é constituído por 21 itens de afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de zero a três pontos, que vai desde absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e varia entre zero e 63, sendo classificado em quatro níveis: mínima (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e grave (31-63). O BAI apresenta coeficiente de fidedignidade de 0,90.

2.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Consequentemente, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), adaptação brasileira de Gorenstein, Pang, Argimon, e Werlang (2011), sendo um instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, os quais têm por objetivo medir a intensidade da depressão a partir dos critérios para transtornos depressivos no DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association [APA], 2002*), em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos. É pontuado mediante a soma das avaliações para os 21 itens e cada item é avaliado conforme uma escala de quatro pontos que varia de zero a três. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais e a pontuação total máxima é 63. A partir do escore total

classifica-se a intensidade da depressão, que pode ser: mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) e grave (29-63). O coeficiente alfa do BDI-II foi 0,94.

2.4.3 Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B) para o Crack

A versão original do *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B) foi desenvolvida por Sussner et al. (2006), a partir do *Cocaine Craving Questionnaire-Now* (CCQ-Now), elaborada por Tiffany, Singleton, Haertzen, e Henningfield (1993), versão extensa do instrumento composto por 45 itens, validada no Brasil por Silveira, Fernandes, Silveira e Jorge (2006). Na validação psicométrica da versão original do CCQ-B, foi realizado um estudo de validade convergente com o CCQ-Now, o qual obteve correlação positiva de intensidade muito alta, demonstrando a excelente consistência interna do instrumento (Sussner et al., 2006). A versão original do *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B) é uma escala composta por 10 itens do tipo *Likert*, de 7 pontos, que vai de “discordo totalmente” até “concordo totalmente”. O escore foi obtido a partir da soma de pontos de todas as questões do instrumento, não sendo subdivida em fatores. Paliwal, Hyman e Sinha (2008) utilizaram o CCQ-B e verificaram que escores mais altos nesse instrumento eram indicadores de recaída em dependentes de cocaína.

No Brasil, a adaptação transcultural para o idioma do português do CCQ-Brief – Versão Brasileira e o CCQ-Brief - Versão Brasileira Adaptada para o Crack para avaliação do *craving* foi realizada por Araujo, Pedroso e Castro (2010). A validação psicométrica do CCQ-Brief - Versão Brasileira Adaptada para o Crack (Anexo I) foi realizada com dependentes hospitalizados internados para desintoxicação por Araujo et al. (2011). A versão brasileira distribuiu-se em dois fatores, sendo o fator 1 representado pelo constructo do *craving* (fissura), e o fator 2, a falta de controle do uso do *crack*. A escala pode ser avaliada a partir de seu escore total (com as questões 4 e 7 invertidas, devendo ser somadas às demais), a partir dos pontos do fator 1 (soma de todas as questões, exceto a 4 e a 7) e do fator 2 (soma das questões 4 e 7 invertidas). Os pontos de corte da escala podem ser divididos em: escore total da CCQ-B – Versão Brasileira Adaptada para o Crack (mínimo 0 a 11 pontos, leve 12 a 16 pontos, moderado 17 a 22 pontos e grave 23 ou mais pontos), fator 1 (mínimo 0 a 7 pontos, leve 8 a 9 pontos, moderado 10 a 11 pontos e grave 12 ou mais pontos) e fator 2 (mínimo 0 a 2 pontos, leve 3 a 4 pontos, moderado 5 a 6 pontos e grave 7 ou mais pontos). A consistência interna do instrumento foi calculada através do alfa de Cronbach do CCQ-B – Versão Brasileira Adaptada para o Crack que foi de 0,81 nos 10 itens.

2.4.4 Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) para drogas ilícitas

Após, para avaliar os estágios motivacionais para mudança de comportamento, foi utilizada a Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*). A versão original, criada por McConaughy, Prochaska, e Velicer (1983), é constituída por 32 itens que são divididos em quatro subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. A URICA é um dos questionários mais utilizados para medir os estágios motivacionais, porém ela não é específica para o tipo de comportamento problema, mas se refere ao problema do sujeito. Inicialmente, foi utilizada para estudar os problemas relacionados ao tabagismo e atualmente é utilizada para todos os tipos de problemas associados a comportamentos de dependência.

A validação e adaptação da URICA para usuários de substâncias psicoativas ilícitas no Brasil, realizada por Szupszynski e Oliveira (2008), é composta por 24 itens, que devem ser respondidos dentro de uma escala de Likert de um a cinco pontos (Anexo J). Os estágios da escala são avaliados através de quatro subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, sendo cada uma das subescalas constituídas por seis itens. Devido à dinamicidade atribuída aos estágios motivacionais, cada sujeito terá uma pontuação mínima de oito pontos e máxima de 32 pontos em todos os estágios. Posteriormente, classificam-se os escores conforme a normatização brasileira da URICA, verificando assim o estágio motivacional em que o sujeito se encontra no momento presente. Resultados de confiabilidade através do Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,657, que verifica a homogeneidade dos componentes do instrumento, mostraram uma boa consistência interna da escala. O Alfa de Cronbach neste estudo foi de 0,71.

2.4.5 Régua de Prontidão para Mudança

A Régua de Prontidão é uma forma simples e rápida de acessar o estágio de motivação para mudança. O aplicador mostra a régua para o participante e pergunta “qual ponto nesta linha melhor reflete o quanto pronto você está no presente momento para mudar seu comportamento?”. A Régua de Prontidão (Anexo K) consiste em uma linha, numerada de 0 a 10, significando o 0 “nenhuma vontade de mudar” e o 10 “muita vontade de mudar”. Outra pergunta que o aplicador pode questionar é o quão confiante o sujeito está de que consegue a mudança do comportamento, sendo 0 “nenhum pouco” e 10 “extremamente” (Velasquez, Maurer, Crouch & Diclemente, 2001).

2.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir de técnicas estatísticas inferenciais. Especificamente, ANOVAS foram utilizadas para avaliar os efeitos principais das variáveis sexo e tipo de instituição – além da interação entre essas variáveis – nas variáveis sintomas de ansiedade (BAI), sintomas de depressão (BDI-II), fissura (CCQ-B), URICA e Régua de ProntoIdão. Correlações de Pearson foram empregadas para estimar a relação linear entre as variáveis BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de ProntoIdão. Além disso, regressões lineares multivariadas foram empregadas para estimar modelos de predição para as variáveis fissura, URICA e Régua de ProntoIdão. O valor alpha foi definido como 0,05 para todos os testes estatísticos.

3. Resultados

Para melhor compreensão dos resultados, essa seção foi subdividida em tópicos. Primeiramente será apresentada a caracterização da amostra, seguida das análises dos instrumentos BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão em homens e mulheres dos sistemas de saúde público e privado. Posteriormente, comparações e correlações do BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão e regressões lineares em relação às variáveis CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão.

3.1 Caracterização da amostra (N=159)

Do total de 159 participantes, 80 eram do sexo masculino (50,3%) e 79 do sexo feminino (49,7%). Dos 80 homens, 40 (25,2%) estavam internados no serviço de saúde público, e 40 (25,2%) no serviço de saúde privado. Em relação às 79 mulheres, 59 (37%) estavam internadas no serviço de saúde pública, e 20 (12,6%) no serviço de saúde privado.

A média de idade do grupo foi de 30,7 anos (DP=8,54), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima. Quanto à idade entre os sexos, os homens apresentaram média de 30,36 anos (DP=8,29), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima. As mulheres apresentaram média de 31,24 anos (DP=8,81), com idade mínima de 18 anos e 53 anos a máxima.

Quanto à escolaridade, 8 participantes (5%) não haviam completado o ensino fundamental, 51 (32,1%) tinham o ensino fundamental completo, 23 (14,5%) o ensino médio incompleto, 20 (12,6%) o ensino médio completo, 38 (23,9%) o ensino superior incompleto, 15 (9,4%) o ensino superior completo e 4 (2,5%) tinham pós-graduação.

A análise das características da trajetória escolar apontou que 109 (68,6%) reprovaram alguma vez na vida e 64 (40,3%) foram expulsos e/ou suspensos. Ainda sobre o contexto educacional, 107 (67,3%) dos participantes referiram que seus professores tinham queixas a seu respeito. Entre as queixas estavam a falta de atenção, 63 (39,6%); problemas comportamentais, 59 (37,1%); falta de interesse, 59 (37,1%); não realização de tarefas, 53 (33,3%) e desorganização, 27 (17%).

A maioria dos participantes, 122 (76,7%), estava trabalhando no ano em que ocorreu a internação. Desses, 45 (28,3%) estavam exercendo a profissão de serviços gerais (diarista, empregada doméstica, camareira, construção civil, entre outras), 16 (10,1%) são vendedores no comércio e 11 (6,9%) se consideram autônomos.

Em termos de perdas significativas vivenciadas pela amostra nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes, 104 (65,4%), indicaram ter passado por essa experiência. Desse total, 98 (61,6%) participantes relataram a perda de algum familiar, seis (3,8%) referem perda de amigos, quatro (2,5%) referem perda de namorado(a), apenas um (0,6%) refere morte de cliente, um (0,6%) refere perda de animal de estimação e um (0,6%) refere situação de incêndio em casa.

Além do crack que toda a amostra ($N=159$) estava utilizando antes da internação, os participantes também afirmaram estar utilizando outras substâncias lícitas e ilícitas. Entre elas, 110 participantes (69,2%) fazia uso de nicotina, 100 (62,9%) uso de álcool, 78 (49,1%) uso de cocaína, 50 (31,4%) uso de maconha, 5 (3,1%) uso de LSD e ecstasy e 2 (1,3%) utilizavam solvente antes da internação.

3.2 Diferenças entre os sintomas de ansiedade e depressão em homens e mulheres do sistema público e privado

Os índices de ansiedade e de depressão foram avaliados através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), apresentados na Tabela 1. Identificou-se através dos escores do BAI que 49 participantes (30,8%) tinham sintomas de ansiedade mínimos; 54 (34%) sintomas leves; 31 (19,5%) sintomas moderados e 25 (15,7%) sintomas graves. O BAI teve uma média de 17,7 (DP=12,4) pontos, que está situada na categoria de depressão mínima. As análises dos escores do BDI-II indicaram que 29 participantes (18,2%) possuíam sintomas de depressão mínimos; 29 (18,2%) sintomas leves; 49 (30,8%) sintomas moderados e 52 (32,8%) sintomas graves. O BDI-II teve uma média de 23,8 (DP=10,7) pontos, que está situada na categoria de ansiedade moderada.

Tabela 1. Escore total do BAI e BDI-II da amostra ($N=159$)

Grau de intensidade	BAI		BDI-II	
	n	%	n	%
Mínimo	49	30,8	29	18,2
Leve	54	34	29	18,2
Moderado	31	19,5	49	30,8
Grave	25	15,7	52	32,8
Total	159	100	159	100

A Tabela 2 aponta o grau de ansiedade do BAI entre o sistema público e o privado. 23 participantes (23,2%) do sistema público e 26 (43,3%) do sistema privado demonstraram grau mínimo de ansiedade, 33 (33,3%) do sistema público e 21 (35%) do sistema privado apresentaram grau leve, 22 (22,2%) do sistema público e 9 (15%) do sistema privado apresentaram grau moderado e 21 (21,3%) do sistema público e 4 (6,7%) do sistema privado apresentaram grau grave de ansiedade. A partir de análises, foram verificadas diferenças significativas em relação à variável local de internação, a partir do qui-quadrado ($X^2=10,95$; $GL=3$; $p=0,01$). No grau de intensidade mínimo de ansiedade, houve maior frequência nos participantes do sistema privado; no grau de intensidade grave de ansiedade, houve maior frequência nos participantes do sistema público, identificando-se um maior número de casos na categoria grave entre os participantes do sistema público de saúde. Para a amostra de participantes do sistema público, o BAI teve uma média de 20,44 (DP=13,6) pontos, que está situada na categoria de ansiedade moderada. Para amostra de participantes do sistema privado, o BAI teve uma média de 13,21 (DP=8,6) pontos, situando-se na categoria de ansiedade leve.

Tabela 2. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e local de internação

Grau de intensidade	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Mínimo	23	23,2	26**	43,3
Leve	33	33,3	21	35
Moderado	22	22,2	9	15
Grave	21**	21,3	4	6,7

**p<0,01

A Tabela 3 apresenta os resultados descritivos do BAI referentes aos grupos de homens e mulheres, na internação pública e privada. Os homens do sistema público e privado apresentaram a mesma porcentagem na intensidade de ansiedade mínima e leve, isto é, 13 homens (32,5%) do sistema público e 16 (40%) do sistema privado apresentaram grau mínimo de ansiedade e 13 homens (32,5%) do sistema público e 16 (40%) do sistema privado apresentaram grau leve. Porém, 8 homens (20%) do sistema público e 5 (12,5%) do sistema privado apresentaram grau moderado de ansiedade e 6 (15%) do sistema público e 3 (7,5%) do sistema privado apresentaram grau grave de ansiedade. Para os homens do sistema público, o BAI apresentou média de 16,97 (DP=12,2) pontos, situada na categoria de ansiedade moderada; para os homens do sistema privado, a média é de 19 (DP=13,1) pontos, situando-se na categoria de ansiedade moderada.

As mulheres apresentaram porcentagens diferentes na intensidade de ansiedade, ou seja, 10 (16,9%) do sistema público e 10 (50%) do sistema privado apresentaram grau mínimo, 20 mulheres (33,9%) do sistema público e 5 (25%) do privado apresentaram grau leve de ansiedade, 14 (23,8%) do sistema público e 4 (20%) do sistema privado apresentaram grau moderado de ansiedade e 15 mulheres (25,4%) do sistema público e 1 (5%) do sistema privado apresentaram grau grave de ansiedade. Houve diferenças significativas entre os grupos de mulheres internadas em instituição pública e privada. Houve maior frequência de grau mínimo de ansiedade entre as do sistema privado e maior frequência de grau grave entre as do sistema público, conferido através do qui-quadrado ($X^2=9,9$; GL=3; $p=0,01$). Houve diferenças das mesmas variáveis para a amostra total, com maior frequência para a categoria mínima entre os participantes do sistema privado e maior frequência da categoria grave para os participantes do sistema público ($X^2=10,9$; GL=3; $p=0,01$). Para as mulheres do sistema público, a média é de 19 (DP=13,12) pontos, situando-se na categoria de ansiedade leve; no sistema privado, a média é de 12,85 (DP=7,8) pontos, situando-se na categoria de ansiedade leve (Tabela 3).

Tabela 3. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) entre homens e mulheres do sistema público e privado

Grau de intensidade	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mínimo	13	32,5	16	40	10	16,9	10**	50
Leve	13	32,5	16	40	20	33,9	5	25
Moderado	8	20	5	12,5	14	23,8	4	20
Grave	6	15	3	7,5	15**	25,4	1	5

** $p<0,01$

A Tabela 4 aponta o grau de depressão do BDI-II entre o sistema público e o privado. Os resultados demonstram que 14 participantes (14,1%) do sistema público e 15 (25%) do sistema privado apresentaram grau mínimo de depressão, 18 (18,2%) do sistema público e 11 (18,4%) do sistema privado apresentaram grau leve de depressão, 32 (32,3%) do sistema público e 17 (28,3%) do sistema privado apresentaram grau moderado de depressão e 35 (35,4%) do sistema público e 17 (28,3%) do sistema privado apresentaram grau grave de depressão. Não houve diferença significativa entre os grupos de participantes do sistema público e privado em relação ao resultado do BDI-II. Para a amostra de participantes do sistema público, o BDI-II teve uma média de 25,01 (DP=11,2) pontos que

está situada na categoria de sintomas moderados de depressão e, para os participantes do sistema privado, uma média de 21,88 (DP=9,5) pontos, situando-se na categoria moderada.

Tabela 4. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e local de internação

Grau de intensidade	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Mínimo	14	14,1	15	25
Leve	18	18,2	11	18,4
Moderado	32	32,3	17	28,3
Grave	35	35,4	17	28,3

A Tabela 5 apresenta os resultados descritivos referentes aos grupos de homens e mulheres, de internação pública e privada para os resultados dos escores do BDI-II. No grupo masculino, seis (15%) do sistema público e 12 (30%) do sistema privado apresentaram sintomas mínimos de depressão, sete (17,5%) do sistema público e sete (17,5%) do sistema privado apresentaram sintomas leves, 10 (25%) do sistema público e oito (20%) do sistema privado apresentaram sintomas moderados e 17 (42,5%) do sistema público e 13 (32,5%) do sistema privado apresentaram sintomas graves de depressão. Não houve diferenças significativas no grupo dos homens. Para amostra de participantes de homens do sistema público o BDI-II apresentou uma média de 25,62 (DP=11,80) pontos, situada na categoria de sintomas moderados de depressão, no sistema privado, a média foi de 23,46 (DP=10,7) pontos, situando-se na categoria de depressão moderada.

No grupo feminino, oito (13,6%) do sistema público e três (15%) do sistema privado apresentaram sintomas mínimos de depressão, 11 (18,6%) do sistema público e quatro (20%) do sistema privado apresentaram sintomas leves, 22 mulheres (37,3%) do sistema público e nove (45%) do sistema privado apresentaram sintomas moderados e 18 (30,5%) do sistema público e quatro (20%) do sistema privado apresentaram sintomas graves de depressão. Não houve diferenças significativas no grupo das mulheres. Para a amostra de mulheres do sistema público, a média foi de 23,46 (DP=10,7) pontos, situando-se na categoria de sintomas moderados de depressão, no sistema privado, a média foi de 22,05 (DP=7,6) pontos, situando-se na categoria moderada (Tabela 5).

Tabela 5. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) entre homens e mulheres do sistema público e privado

Grau de intensidade	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mínimo	6	15	12	30	8	13,6	3	15
Leve	7	17,5	7	17,5	11	18,6	4	20
Moderado	10	25	8	20	22	37,3	9	45
Grave	17	42,5	13	32,5	18	30,5	4	20

3.3 Diferenças entre a fissura por crack em homens e mulheres do sistema público e privado

O instrumento CCQ-B para o crack avaliou o escore total da fissura e indicou que 33 participantes (20,8%) tinham grau mínimo; 36 (22,6%) grau leve; 38 (23,9%) grau moderado e 52 (32,7%) grau grave. No fator 1, que representa o constructo da fissura, apenas 1 (0,6%) apresentou grau mínimo, 71 (44,6%) apresentaram grau leve, 11 (6,9%) grau moderado e 76 (47,8%) grau grave. No fator 2, que mostra a falta de controle do uso de crack, 45 (28,3%) apresentaram grau mínimo, 15 (9,4%) grau leve, 17 (10,7%) grau moderado e 82 (51,6%) grau grave, conforme Tabela 6. Não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 6. Escore total e parcial (fator 1 e fator 2) da fissura por crack (CCQ-B) da amostra ($N=159$)

Grau de intensidade	Escore Total		Fator 1		Fator 2	
	n	%	n	%	n	%
Mínimo	33	20,8	1	0,6	45	28,3
Leve	36	22,6	71	44,6	15	9,4
Moderado	38	23,9	11	6,9	17	10,7
Grave	52	32,7	76	47,8	82	51,6
Total	159	100	159	100	159	100

Da amostra total de participantes ($N=159$), a média do escore da fissura foi de 19,18 ($DP=9,3$), tendo a pontuação categorizada em grau moderado, o fator 1, que representa o constructo da fissura, teve média de 13,59 ($DP=7,8$), tendo a pontuação categorizada como grau grave e o fator 2, que representa a falta de controle do uso do crack, com média de 6,63 ($DP=4,1$), categorizado como grau moderado. Para a amostra de participantes do sistema público, a média do fator 1 foi de 13,52 ($DP=7,6$), caracterizando o grau grave e a média do fator 2 foi de 6,85 ($DP=4,4$), caracterizando o grau moderado.

Para amostra do sistema privado, a média do fator 1 foi 13,70 (DP=8), caracterizando grau grave, e do fator 2 foi 6,26 (DP=3,7), caracterizando grau moderado.

Para os homens do sistema público, a média do fator 1 foi 14 (DP=7,6), sinalizando grau grave, e do fator 2 foi 7,77 (DP=4,9), caracterizando grau grave. Para os homens do sistema privado, a média do fator 1 foi 13,98 (DP=8,3), caracterizando grau grave, e fator 2 foi 6,29 (DP=3,9), mostrando grau moderado. Para as mulheres do sistema público, a média do fator 1 foi 13,98 (DP=8,39), caracterizando grau grave e fator 2 foi 6,29 (DP=3,9), caracterizando grau grave. Para as mulheres do sistema privado, a média do fator 1 foi 10,80 (DP=3,7), caracterizando grau moderado, e fator 2 foi 6,05 (DP=3,2), caracterizando grau moderado.

Não houve diferenças significativas entre os grupos de participantes do sistema público e privado, conforme Tabela 7, em relação ao grau de fissura pelo crack. Sendo assim, a maioria dos participantes, 35 (35,4%) do sistema público e 17 (28,3%) do sistema privado, demonstrou grau grave de fissura.

Tabela 7. Fissura pelo crack entre o sistema público e privado

Grau de intensidade	Participante do sistema público		Participante do sistema privado	
	n	%	n	%
Mínimo	19	19,2	14	23,3
Leve	23	23,2	13	21,7
Moderado	22	22,2	16	26,7
Grave	35	35,4	17	28,3

A Tabela 8 apresenta os resultados descritivos de homens e mulheres, de internações públicas e privadas diante do resultado do grau da fissura, através do instrumento CCQ-B para o crack. Os homens, tanto do sistema público como do privado, apresentaram grau grave de craving, 17 (42,5%) e 13 (32,5%) respectivamente. As mulheres do sistema público, 18 (30,5%) e quatro (20%) do sistema privado apresentaram grau grave de fissura, porém a maioria das mulheres do sistema privado, sete (35%) e 16 (27,1%) do sistema público apresentaram grau mínimo. Não houve diferenças significativas entre homens e mulheres, nem público e privado.

Tabela 8. Fissura pelo crack entre homens e mulheres do sistema público e privado

Grau de intensidade	Homens				Mulheres			
	Público		Privado		Público		Privado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mínimo	7	17,5	9	22,5	12	20,4	5	25
Leve	7	17,5	6	15	16	27,1	7	35
Moderado	9	22,5	12	30	13	22	4	20
Grave	17	42,5	13	32,5	18	30,5	4	20

3.4 Diferenças entre a motivação para a mudança do comportamento em homens e mulheres do sistema público e privado

A análise de frequência mostrou que 51(32%) participantes estavam, no momento da pesquisa, na subescala de *pré-contemplação*, que teve média de 12,9 pontos (DP=4,5); dois (1,3%) na subescala de *contemplação*, com média de 21,8 pontos (DP=3,3); 44 (27,7%) na subescala de *ação*, com média de 22,8 pontos (DP=3,1) e 62 (39%) na subescala de *manutenção*, com média de 20,9 pontos (DP=3,6).

Os dados levantados pela aplicação da escala URICA indicam que a média geral do escore de prontidão (EP) é de 58,82 pontos (DP=11,48). Este resultado indica que os participantes do presente estudo não estavam motivados para a mudança do comportamento problema. A média do escore de prontidão total dos participantes do sistema público foi de 57,80 pontos (DP=11,44), e do sistema privado de 60,48 pontos (DP=11,4), resultados que mostram a motivação para mudança do comportamento dos participantes do sistema privado. A média do escore de prontidão dos homens do serviço público foi de 55,57 pontos (DP=12,71) e do serviço privado foi de 59,52 pontos (DP=9,34), sendo assim, os homens do sistema privado demonstraram estar mais motivados para mudança do comportamento. A média do escore de prontidão das mulheres do serviço público foi de 59,52 pontos (DP=9,34); do serviço privado foi de 61,80 pontos (DP=16,70), ou seja, tanto as mulheres do sistema público como as do sistema privado estavam motivadas para mudança do comportamento.

Para a Régua de Prontidão para Mudança, na primeira pergunta de como se sentiam em relação à possibilidade de mudança, a média geral do instrumento foi de 8,2 pontos (DP=1,62). Na segunda pergunta, ao apontarem o quão confiante estavam para mudar o comportamento, a média geral foi de 8 pontos (DP=1,85). Esse resultado indica maior tendência a reconhecerem que estão com vontade de mudar e que se sentem confiantes para alcançar a mudança almejada.

Para os participantes do sistema público ($n=99$), os resultados em relação à possibilidade de mudança indicaram média de 8,15 pontos ($DP=1,61$), e em relação a quão confiantes estavam de mudar, a média foi de 8,16 pontos ($DP=1,8$) e para o sistema privado ($n=60$), os resultados, foram, respectivamente, 7,93 pontos ($DP=1,6$) e 7,90 pontos ($DP=1,92$). Observa-se que no sistema público atribui-se valor mais alto do que no sistema privado, o que sugere que os mesmos estavam mais motivados e confiantes para realizar a mudança do comportamento.

Para os homens do sistema público ($n=40$), os resultados em relação à possibilidade de mudança foi de 8,4 pontos ($DP=1,3$), e em relação ao quão confiante estavam de mudar, a média foi de 8,35 pontos ($DP=1,7$); e, para os homens do sistema privado ($n=40$), os resultados foram, respectivamente, 7,93 pontos ($DP=1,6$) e 7,9 pontos ($DP=1,9$). Quando comparados os grupos dos homens do sistema público e privado, novamente verificou-se que os participantes do sistema público estão motivados e confiantes de realizar a mudança do comportamento. Para as mulheres do sistema público ($n=59$), os resultados em relação à possibilidade de mudança indicaram média de 7,93 pontos ($DP=1,6$), e em relação ao quão confiante estavam de mudar foi de 7,9 pontos ($DP=1,9$). Para as mulheres do sistema privado ($n=40$), os resultados foram, respectivamente, 8,45 pontos ($DP=1,8$) e 7,8 pontos ($DP=1,7$). Observou-se que as mulheres do sistema privado estavam, durante a pesquisa, mais motivadas para a mudança, enquanto as mulheres do sistema público estavam mais confiantes em concretizar a mudança almejada.

3.5 Comparações e correlações entre homens e mulheres do sistema público e privado no BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão

Quanto aos sintomas de ansiedade, constatados por meio da pontuação total do BAI, não houve significância estatística para o efeito principal para o sexo, $F(1, 159) = 1,69$, $p = 0,196$, e para a interação entre sexo e local de internação, $F(1, 159) = 2,47$, $p = 0,118$. No entanto, houve diferenças significativas nos níveis de ansiedade de indivíduos internados em instituição pública versus privada, $F(1, 159) = 11,10$, $p = 0,001$. Especificamente, o escore total médio no BAI dos indivíduos internados no sistema público se mostrou maior do que dos indivíduos internados no sistema privado (Tabela 9).

Quanto aos sintomas de depressão, verificados através da pontuação total do BDI-II, os resultados revelam não haver diferenças entre os sexos, $F(1, 159) = 0,05$, $p = 0,831$, e

entre os grupos de internação pública versus privado, $F(1, 159) = 3,03$, $p = 0,084$. A falta de significância estatística para a interação mostrou que os padrões de depressão de homens e mulheres foram similares nos dois tipos de instituição. A interação entre o sexo e o local de internação não apresentou significância estatística em relação às médias do BDI-II, $F(1, 159) = 0,12$, $p = 0,726$. O nível de depressão foi similar entre homens e mulheres internados em instituição pública e/ou privada (Tabela 9).

Quanto a fissura, processado através do CCQ-B para o crack, os resultados revelam não haver diferenças entre os sexos, $F(1, 159) = 1,19$, $p = 0,277$, e entre os grupos de internação pública versus privada, $F(1, 159) = 0,22$, $p = 0,637$. Analogamente, a interação entre o sexo e o local de internação também não apresentou significância estatística, $F(1, 159) = 0,98$, $p = 0,324$ (Tabela 9).

Quanto à motivação para mudança do comportamento aditivo, conferidos através da URICA, os resultados revelaram diferenças significativas entre os sexos, $F(1, 158) = 6,69$, $p = 0,011$, e entre os locais de internação, $F(1, 158) = 8,23$, $p = 0,005$. Especificamente, foram observadas médias mais altas para mulheres e para indivíduos internados em instituição privada. Não houve, no entanto, efeito de interação entre sexo e local de internação, $F(1, 158) = 0,20$, $p = 0,652$. Quanto à Régua de Prontidão, os resultados revelam não haver diferenças entre os sexos, $F(1, 159) = 0,01$, $p = 0,937$, e entre os grupos de internação pública versus privada, $F(1, 159) = 0,75$, $p = 0,387$. Analogamente, a interação entre o sexo e o local de internação também não apresentou significância estatística, $F(1, 159) = 1,71$, $p = 0,193$ (Tabela 9).

Tabela 9. Média, desvio-padrão dos escores no BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA, Régua de Prontidão e em relação às instituição de internação e os sexos

	Pública		Privada		<i>F</i>	<i>p</i>	Homens		Mulheres		<i>F</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP			M	DP	M	DP		
BAI	19,88	1,21	13,12	1,62	11,10	,001*	15,19	1,33	17,82	1,53	1,69	,196
BDI-II	25,11	1,09	21,92	1,46	3,31	,084	23,71	1,20	23,32	1,38	,046	,831
CCQ-B	19,27	,96	18,51	1,28	,224	,637	19,76	1,04	18,02	1,21	1,19	,277
URICA	57,45	1,04	62,49	1,41	8,23	,005*	57,70	1,13	62,24	1,34	6,69	,011*
Régua	8,19	,16	7,96	,21	,753	,387	8,09	,173	8,07	,200	,006	,937

* $p < 0,05$

As variáveis BDI-II e CCQ-B para o crack foram aquelas que se mostraram mais correlacionadas às demais variáveis. Os sintomas de depressão se correlacionaram positivamente com os sintomas de ansiedade e fissura e negativamente com a Régua de Prontidão. Vale ressaltar que a Régua de Prontidão e o Escore de Prontidão (URICA) se

correlacionaram negativamente, o que indica que não avaliam o mesmo aspecto psicológico (Tabela 10).

Tabela 10. Correlações de Pearson entre as variáveis BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão

	BAI	CCQ-B	RÉGUA	URICA
BDI-II	,565**	,184*	-,245**	-,016
BAI	1	,184*	-,038	-,006
CCQ-B		1	-,370**	-,168*
Régua			1	,055
URICA				1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.6 Regressões lineares em relação às variáveis CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão

Considerando os cálculos de regressões lineares em relação às variáveis CCQ-B para o crack, URICA e Régua de Prontidão foram considerados preditores como sexo, instituição, dados sociodemográficos, ansiedade e depressão. Além disso, três variáveis foram criadas para a análise da fissura (CCQ-B) e Régua de Prontidão: perdas (o somatório de perdas que o indivíduo teve, como pessoas significativas, familiares, amigos, namorado, clientes e animais de estimação), conduta (o somatório de queixas de professores, de falta de atenção, de conduta inadequada, desorganização, falta de interesse e não realização de tarefas) e substâncias (somatório de substâncias que já utilizou, como álcool, nicotina, solvente, maconha, cocaína, crack, LSD e ecstasy).

Os resultados, representados na Tabela 11, mostraram que os principais preditores de prontidão para a mudança através da URICA foram o sexo, $\beta = -0,26$, $p = 0,005$, o local de internação, $\beta = -0,23$, $p = 0,010$, e a experiência de perdas significativas, $\beta = -0,18$, $p = 0,025$. Especificamente, maiores escores de prontidão para a mudança foram observados em indivíduos do sexo feminino, internados em instituição privada, e que não tinham experienciado perdas significativas.

Tabela 11. Contribuição das variáveis sexo, instituição, dados sociodemográficos, sintomas de ansiedade e depressão em relação à URICA

Modelo	Beta	p	R^2
			,064
Sexo	-,26	,005	-5,330
Local de internação: público ou privado	-,23	,010	-4,864
Já trabalhou	,078	,375	1,908
Idade	-,01	,886	-,015

Estuda	-,03	,725	-,945
Perdas significativas	-,18	,025	-2,515
Escore total BAI	-,01	,989	-,001
Escore total BDI-II	,05	,606	,051

Na análise da fissura através do CCQ-B para o crack não foram incluídas as variáveis sexo, local de internação, trabalho e estudo, porque, além de não contribuírem explicando a variável dependente, tornavam o modelo de regressão não-significativo. Os resultados mostraram que os principais preditores da fissura foram a prontidão para a mudança do comportamento, $\beta = -0,16$, $p = 0,047$, e os problemas de conduta, $\beta = 0,16$, $p = 0,047$. Especificamente, maiores escores de fissura foram observados para indivíduos com baixos escores de prontidão e com um histórico de problemas de conduta (Tabela 12).

Tabela 12. Contribuição de escore de prontidão, escore total BAI, escore total BDI-II, conduta, perdas e substâncias em relação à CCQ-B

Modelo	Beta	<i>p</i>	<i>R</i> ²
			,107
Escore de Prontidão	-,139	,047	
Escore total BAI	,069	,331	
Escore total BDI-II	,098	,231	
Conduta	,621	,037	
Perdas	,004	,831	
Substâncias	-,926	,125	

A fim de obter apenas uma variável dependente, foi calculada a média das duas perguntas da Régua de Prontidão para a mudança (a e b), a qual foi utilizada na análise de regressão. No cálculo, foram incluídas as variáveis substâncias, sexo, escore total BDI-II, conduta, local de internação e escore total BAI. Os resultados mostraram que o único preditor da Régua de Prontidão foram os escores em depressão (BDI), $\beta = -0,33$, $p = 0,001$. Quanto maiores os escores em depressão, menores os escores na Régua (Tabela 13).

Tabela 13. Contribuição das variáveis sexo, instituição, escore total BAI, escore total BDI-II, conduta e substâncias em relação à Régua de Prontidão

Modelo	Beta	<i>p</i>	<i>R</i> ²
			,89
Sexo	,223	,385	,385
Local de internação: público ou privado	,356	,183	,183
Escore total BAI	,017	,176	,176
Escore Total BDI-II	-,048	,001	,001
Conduta	-,015	,761	,761
Substâncias	,058	,557	,557

4. Discussão

Este estudo teve por objetivo verificar as diferenças entre os sintomas de ansiedade e depressão, fissura por crack e motivação para a mudança do comportamento entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack, internados para desintoxicação em instituição de saúde pública e privada ($N=159$). Apesar de existirem poucos estudos sobre as diferenças entre adultos do sexo masculino e feminino dependentes de crack, a temática mostra-se relevante à medida que a dependência de substâncias psicoativas traz consequências sérias à saúde, sendo algumas delas específicas de acordo com o sexo. O enfrentamento dessa problemática pode ser dificultado por preconceitos, tornando principalmente as mulheres estigmatizadas, inviabilizando ações promotoras de saúde. As mulheres adictas também merecem atenção especial e devem compor novas amostras de pesquisas (Hochgraf & Brasiliano, 2010; Scheffer & Almeida, 2010; Wolle & Zilberman, 2011; Horta et al., 2011; Araujo et al., 2011; Nappo, Sanchez, & Ribeiro, 2012).

O grupo investigado na presente pesquisa constitui-se de 159 dependentes de crack, 80 do sexo masculino (50,3%) e 79 do sexo feminino (49,7%). Dos 80 homens, 40 (25,2%) estavam internados no serviço de saúde público, e 40 (25,2%) no serviço de saúde privado. Das 79 mulheres, 59 (37%) estavam internadas no serviço de saúde pública, e 20 (12,6%) no serviço de saúde privado. Observou-se que a média da idade do grupo foi de 30,7 anos ($DP=8,54$), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima. A maioria dos participantes (76,7%) estava trabalhando no ano em que ocorreu a internação.

Em relação à vida estudantil, observou-se que 37,1% da amostra tinham o ensino fundamental completo e/ou incompleto, 27,1% tinham o ensino médio completo e/ou incompleto, 35,8% tinham o ensino superior completo, incompleto e/ou pós-graduação. Chama a atenção à presença de dependentes químicos com ensino superior, equivalente ao ensino fundamental. Da mesma forma, destaca-se que independente do nível de ensino, mais da metade (68,6%) reprovou alguma vez na vida e referiu (67,3%) que seus professores tinham queixas a seu respeito; sendo que 40,3% foram expulsos e/ou suspensos. Em termos de perdas significativas vivenciadas nos últimos 12 meses, mais da metade (65,4%) referiu ter passado por essa experiência.

Além do crack, que toda a amostra ($N= 159$) estava utilizando antes da internação, os participantes também afirmaram estar utilizando outras substâncias lícitas e ilícitas, sendo que mais da metade utilizavam nicotina e álcool e outra porcentagem também utilizava cocaína, maconha, LSD, ecstasy e solvente, antes da internação.

Quando analisada a amostra total ($N=159$), verificou-se que a média dos sintomas de ansiedade (BAI) foi de intensidade moderada e os sintomas de depressão (BDI-II) apontaram intensidade mínima. Achados semelhantes ao que se refere aos sintomas de ansiedade foram encontrados por Guimarães, Santos, Freitas, e Araujo (2008), através da pesquisa com 30 usuários de crack do sexo masculino internados em hospital psiquiátrico de Porto Alegre. Quanto à análise da pontuação nos instrumentos, aplicados após uma semana de abstinência, 43,3% dos usuários de crack apresentaram sintomas de ansiedade moderada a grave, e 50% sintomas de depressão moderado a grave. No entanto, o estudo de Orsi e Oliveira (2006), com 70 dependentes de cocaína de ambos os sexos, sendo 57 (81,4%) homens e 13 (18,6%) mulheres, internados para desintoxicação em três unidades especializadas no tratamento da dependência química em Porto Alegre, apresentaram sintomas de ansiedade e depressão de intensidade leve. Os índices de ansiedade e depressão também foram avaliados por Melo, Oliveira, e Ferreira (2006), na pesquisa que objetivou avaliar a mudança nos estágios motivacionais ao longo de oito semanas de tratamento de tabagismo, com amostra composta por 109 sujeitos (79 mulheres e 30 homens), que buscaram tratamento em um hospital de Porto Alegre. Os escores indicaram sintomas de ansiedade e depressão leves. Esses resultados mostram que os sintomas de ansiedade do presente estudo são semelhantes aos encontrados por Guimarães et al. (2008), no qual os participantes apresentaram sintomas de ansiedade moderado. Referente aos sintomas de depressão verificados na amostra ($N=159$) foram semelhantes aos encontrados por Orsi & Oliveira (2006) e Melo et al. (2006), variando entre intensidade mínima e leve.

Os sintomas ansiosos e depressivos podem agravar após a alta hospitalar devido à facilidade de acesso à droga e o retorno à vida anterior. Quando o sujeito ingressa em um hospital para tratamento da dependência química, mesmo diante da fissura pela droga de eleição e como está em abstinência, o indivíduo pode sentir-se protegido pelo ambiente e essa situação pode fazer com que os sintomas de ansiedade e depressão diminuam. Também é importante levar em consideração que os instrumentos que avaliam esse constructo foram aplicados após sete dias de internação, indicação feita pelos estudiosos devido às grandes modificações no humor originárias dessa fase (Orsi & Oliveira, 2006; Zeni & Araujo, 2011; Araujo et al. 2011). Outro aspecto diz respeito aos índices altos de ansiedade e depressão, que podem dificultar a aderência ao tratamento (Melo et al., 2006).

Quando analisadas as médias do BAI, verificou-se que o sistema público apresentou sintomas de ansiedade moderado e o sistema privado sintomas de ansiedade leve. Sendo assim, os participantes do sistema público apresentaram sintomas mais

elevados de ansiedade do que o sistema privado. Da mesma forma, houve maior frequência de mulheres com ansiedade grave no sistema público do que no privado. No que se refere aos sintomas de depressão investigados, o sistema público, o sistema privado, homens e mulheres apresentaram graus moderados, não foram encontradas diferenças significativas.

Sabe-se que a ansiedade é um dos sintomas mais comumente encontrados durante o período de abstinência, fase em que os participantes da presente pesquisa encontravam-se. Além disso, o aumento da ansiedade é um dos principais fatores de risco de recaída. No presente trabalho, as mulheres indicaram estar mais vulneráveis a esses sintomas do que os homens, sugerindo a necessidade de reconhecer e compreender o impacto da abstinência no sexo feminino. Por sua vez, os sintomas de depressão foram semelhantes entre os sexos e os sistemas de saúde. Esses resultados estão de acordo com a literatura que descreve a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos entre dependentes químicos, tanto como consequência do consumo e/ou das comorbidades psiquiátricas, sendo essas duas as mais recorrentes, chegando a atingir mais da metade dos usuários (Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira, & Castelo, 2003; Guimarães et al., 2008; Zeni & Araujo, 2011; Ribeiro, 2012).

Pesquisando a fissura nesta amostra ($N=159$), através do CCQ-B para o crack, verificou-se que a média do escore total apontou fissura moderada. A média do fator 1 (constructo da fissura) apontou grau grave e a média do fator 2 (falta de controle do uso de crack) grau moderado. Não houve diferenças estatísticas entre homens e mulheres do sistema público e privado no que se refere à fissura pelo crack. Estudos com pacientes internados que relacionaram o desejo pela droga aos aspectos ambientais, onde a droga não estivesse disponível, como em hospitais, ambiente protegido e afastado do acesso à substância, os pacientes têm apresentado menos fissura, quando comparados aos pacientes tratados em ambulatório (Marques & Seibel, 2010; Zeni & Araujo, 2011). No entanto, os participantes da presente amostra demonstraram que mesmo internados para desintoxicação do crack, ambos os sexos e os sistemas de saúde, apresentaram, no momento da pesquisa, um escore total de fissura que variou de moderada à grave.

Esse aspecto pode estar relacionado com a substância psicoativa utilizada, decorrente do alto poder de dependência que o crack gera no indivíduo, além dos aspectos cognitivos, emocionais e físicos. Os resultados da pesquisa realizada em Porto Alegre que objetivou verificar se existia relação entre o aumento da fissura por crack e aumento da fissura por tabaco em 32 homens dependentes de cocaína/crack, internados para desintoxicação, identificaram que a fissura por crack pode ser desencadeada por diferentes gatilhos, entre eles, usar álcool (81,3%), sentir emoções como raiva, tristeza, alegria

(96,9%), ter dinheiro (90,6%), ver usuários de crack (78,1%) e estar sozinho (40,6%) (Zeni & Araujo, 2011). Percebe-se que a fissura é multifatorial e pode ser desencadeada por fatores externos e/ou internos ao sujeito, o que demonstra perigo de recaída. As estratégias de enfrentamento para manejar a fissura são de vital importância para a obtenção de mais confiança, bem como a motivação na busca de cessar o consumo de crack.

O estudo qualitativo com amostra de 40 sujeitos (31 usuários e nove ex-usuários) de crack em São Paulo, acima de 18 anos de idade e de ambos os sexos (20 homens e 20 mulheres), objetivou compreender a fissura do usuário de crack, bem como descrever os comportamentos desenvolvidos sob fissura e estratégias utilizadas para seu controle. Constatou-se que os entrevistados descrevem a fissura como uma sensação negativa, que gera vontade de usar crack em três situações: quando se depara com algum sentimento ou algo que o faça se lembrar do crack; quando o sujeito deseja obter o prazer mais uma vez ou não quer sentir o desconforto de ficar sem o crack, e um tipo de fissura que faz parte do próprio efeito do crack, os *binges* de consumo, ou seja, após fumar a primeira pedra de crack, a fissura torna-se inevitável (Chaves, Sanchez, Ribeiro, & Nappo, 2011). Observa-se que a fissura pelo consumo do crack é influenciada por diversas questões, entre elas, emocionais, ambientais, biológicas e sociais. A compulsão pelo consumo do crack coloca o sujeito em risco, além de comprometer a sua saúde e sua vontade que, muitas vezes, é de cessar o consumo e tornar a ser a pessoa que era antes de começar a consumir o crack.

Os altos valores em relação à fissura identificados no presente estudo apontam a importância de compreender o que ela é capaz de desencadear no dependente, bem como de utilizar estratégias para enfrentar esse desejo que não será reforçado, mas aliviado. Entre tantas estratégias, a abordagem baseada nos princípios motivacionais parecem ser uma das que mais ajuda o dependente a superar o desafio e mudar o comportamento.

Quanto à avaliação da motivação para mudança do comportamento aditivo através das subescalas da URICA, da amostra total ($N=159$), 62 (39%) estavam em manutenção, 51 (32%) em pré-contemplação, 44 (27,7%) em ação e apenas dois (1,3%) em contemplação. Isso evidencia que uma parte dos participantes, no momento da pesquisa, estava em manutenção e uma porcentagem semelhante encontrava-se pré-contemplativos, sendo esses dois estágios divergentes. Os participantes em manutenção evidenciam um esforço constante para consolidar as conquistas e prevenir possíveis recaídas, já os participantes pré-contemplativos demonstram negação quanto à existência do problema.

Também se identificaram as seguintes médias no nível de prontidão para mudança para cada subescala: pré-contemplação ($M=12,9$); contemplação ($M=21,8$); ação ($M=22,8$)

e manutenção ($M=20,9$). Quando analisada as médias de cada subescala, verificou-se que a amostra apresentou médias mais elevadas no estágio de contemplação e ação, sendo essas duas subescalas promotoras de motivação para a mudança, pois demonstra a presença de reflexões e a tomada de decisão em relação ao comportamento problema. Segundo Szupczynski e Oliveira (2008), os dependentes químicos geralmente apresentam elementos dos vários estágios que acontecem ao mesmo tempo num único sujeito, aspecto que tem sido problemático na definição do estágio em que se encontram no momento da aplicação.

O estudo que apresenta a validação da URICA para usuários de substâncias psicoativas ilícitas no Brasil, constituído por 214 sujeitos (194 homens e 20 mulheres) que realizavam tratamento em ambulatórios ($n=89$) e locais de internação ($n=125$) de Porto Alegre, averiguou e comparou as médias do nível de prontidão para mudança em ambos os grupos. Sendo assim, na subescala pré-contemplação, a média do grupo ambulatorial foi de 14,80 e do grupo de internados 11,41; na subescala contemplação, médias de 24,69 e 26,51; na subescala ação, médias de 24,21 e 26,50; na subescala manutenção, médias de 20,12 e 24,16 respectivamente. Esses resultados das subescalas em relação ao tipo de tratamento apontam que os sujeitos internados apresentaram menor pontuação na pré-contemplação e maior pontuação nas demais subescalas, quando comparados aos sujeitos que recebiam tratamento ambulatorial (Szupczynski & Oliveira, 2008). No entanto, Orsi e Oliveira (2006) encontraram médias superiores na pesquisa que objetivou estudar a motivação para mudança em 70 indivíduos de ambos os sexos, internados por dependência de cocaína, as médias dos escores nas subescalas da URICA foram pré-contemplação ($M=17,03$), contemplação ($M=35,63$), ação ($M=35,10$) e na manutenção ($M=38,33$). Esses achados demonstram que as médias foram semelhantes entre os estágios de contemplação, ação e manutenção, e que apenas no estágio de pré-contemplação a média foi inferior. Este resultado também foi verificado na presente pesquisa com dependentes de crack, em que é ratificada a semelhança entre as médias dos estágios mais motivacionais (contemplação, ação e manutenção) e a média inferior no estágio menos motivacional (pré-contemplação).

Avaliar a efetividade dos jogos cooperativos no manejo do craving (fissura) e da ansiedade, bem como na motivação para a mudança do comportamento aditivo em 30 homens dependentes de crack/cocaína internados em unidade de desintoxicação de Porto Alegre foi o objetivo de Alves e Araujo (2012). Após a intervenção terapêutica com jogos cooperativos, os sintomas de ansiedade e a fissura diminuíram. No entanto, os jogos não alteraram a motivação para mudança do comportamento aditivo antes e depois da intervenção, ou seja, subescala pré-contemplação ($M=14,73$ antes e $M=13,80$ depois);

contemplação ($M=29,80$ antes e $M=30,53$ depois); ação ($M=29,43$ antes e $M=30,20$ depois) e manutenção ($M=25,07$ antes e $M=25,90$ depois). Percebe-se que os jogos cooperativos foram efetivos para redução dos sintomas de ansiedade e fissura, porém não alteraram significativamente a motivação para mudança do comportamento aditivo.

Identificar os estágios de motivação para mudança em usuários institucionalizados foi o objetivo do estudo de Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel e Oliveira (2013), do qual participaram 200 dependentes químicos do sexo masculino (127 usuários de crack e 73 usuários de álcool), internados para tratamento em uma instituição hospitalar ($n=150$) e uma fazenda de recuperação ($n=50$). Através da URICA, verificou-se que a maioria dos participantes estava no estágio de contemplação ($n=130$), pré-contemplação ($n=36$), ação ($n=32$) e manutenção ($n=2$). Quando comparados, os usuários de crack estavam mais motivados do que os usuários de álcool, à exceção do estágio de contemplação que foi semelhante. Os usuários que estavam se tratando em fazendas mostraram estar mais motivados para a mudança. Acredita-se que os sujeitos com dependência química mais grave apresentam maior prontidão para a mudança do comportamento, aspecto que pode ser devido aos prejuízos vivenciados (Oliveira et al., 2003).

Todavia, no presente estudo, parte dos participantes dependentes de crack (39%), mesmo estando diante de uma doença que é considerada crônica e recorrente, mostraram-se no estágio mais promotor da efetivação da mudança do comportamento aditivo, que é o estágio de manutenção, corroborando com o apontamento de Oliveira et al. (2003). No entanto, o estágio de manutenção não garante o sucesso na mudança do comportamento problema, pois é necessário a conscientização e um conjunto de habilidades e diferentes estratégias de prevenção de recaída. Outra parte da amostra (32%) manifestou estar no início da roda da mudança, isto é, no estágio de pré-contemplação caracterizado pela negação da problemática, ou seja, o sujeito tende a considerar mais consequências positivas do que negativas e dificilmente procuram ajuda por conta própria, geralmente são encaminhados para tratamento através dos familiares ou judicialmente. No entanto, uma porcentagem menor de participantes estava no estágio de ação (27,7%) sendo este um estágio que exige muita dedicação e energia pessoal, visto que as mudanças realizadas são muito mais visíveis do que as mudanças atingidas nos estágios anteriores (pré-contemplação e contemplação). E apenas 1,3% dos participantes estavam no estágio de contemplação, período esse caracterizado pela ambivalência, ou melhor, o sujeito fica dividido entre mudar e permanecer no mesmo estilo de comportamento. Diante da ambivalência, começa a pensar sobre as implicações do seu comportamento para si e para

os que estão à sua volta e o quanto de energia, esforços e perdas lhe demandará a superação do problema. O indivíduo pode permanecer por longos períodos de tempo nesse estágio, o que o caracterizaria como um contemplador crônico. Nesse estágio, se faz necessário uma ajuda no sentido de inclinar a balança decisacional em favor da mudança (Miller & Rollnick, 2001; Szupszynski & Oliveira, 2006; Andreatta & Oliveira, 2008).

Ainda neste trabalho, a motivação para mudança do comportamento aditivo, verificada através da URICA, mostrou diferenças significativas entre os locais de internação, público e privado, e os sexos. Os participantes do sistema privado, quando comparados com os do sistema público, estavam mais motivados para mudança. Da mesma forma, as mulheres apresentaram médias mais altas, o que indica que as mesmas estariam mais motivadas para mudança do comportamento problema. Pode-se supor que as mulheres estariam mais motivadas para retornar à vida e rotina anterior podendo cuidar dos filhos, da saúde, vaidade, se dedicar à família, ao trabalho, ao estudo e, muitas vezes, abandonar a vida sexual promíscua, além do tráfico de drogas.

Um indivíduo com grave dependência pode estar motivado para a mudança do seu comportamento, como também pode não desejar a mudança, simplesmente pelo fato de não imaginar sua vida sem a droga (Orsi & Oliveira, 2006). De acordo com a teoria cognitiva, o sujeito em sofrimento fica preso a um estilo para manter a sobrevivência e a capacidade de cogitar outras interpretações ficam bloqueadas (Beck & Alford, 2000). Avaliar o adicto, levando em consideração apenas as subescalas seria uma fragmentação do processo de mudança. Por este motivo, é importante aferir o escore de prontidão total dos participantes que estejam em tratamento (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Através do escore de prontidão (EP) para mudança investigado através da URICA, os participantes deste trabalho totalizaram uma média de 58,82 pontos. Este resultado, porém, alcançou quase a média de motivação para mudança de comportamento, cujo valor do escore de prontidão deve ser igual ou superior a 59 pontos (Szupszynski & Oliveira, 2008). Dessa forma, na presente pesquisa, os participantes apresentaram-se desmotivados em consideração à mudança do comportamento. A identificação do estágio é importante durante o tratamento, uma vez que o estágio determina a direção da abordagem terapêutica, visto que o fato de buscar tratamento não significa uma motivação para a mudança do comportamento problema (Orsi & Oliveira, 2006).

No estudo de validação da URICA no Brasil, realizado por Szupszynski e Oliveira (2008), em Porto Alegre, com 214 sujeitos do sexo masculino ($n=194$) e feminino ($n=20$), 89 estavam realizando atendimento ambulatorial e 125 estavam internados por problemas

com drogas ilícitas. A média alcançada no escore de prontidão para mudança foi de 61 pontos, demonstrando motivação para mudança do comportamento. As médias do nível de prontidão para mudança também foram obtidas entre os grupos, para as quais o grupo ambulatorial apresentou EP=54,19 e o grupo de internados EP=65,83. Sendo assim, o grupo de internados estava mais motivado e o grupo ambulatorial não estaria motivado.

A pesquisa realizada em Porto Alegre, que objetivou analisar a relação entre o estágio motivacional e a adesão ao tratamento, com 103 adolescentes usuários de substâncias ilícitas, na qual 69,3% dos dependentes químicos não possuíam motivação para a mudança do comportamento, ou seja, encontravam-se no estágio de pré-contemplação no momento da avaliação e, conseqüentemente, não aderiram ao tratamento. Este estudo também apontou que o dependente de crack tem menor adesão ao tratamento quando relacionado a outras substâncias químicas (Oliveira, Szupszynski, & DiClemente, 2010). Entende-se que a vida do dependente químico é repleta de dificuldades e constantes desafios que necessitam ser superados diariamente. Além das questões fisiológicas, psicológicas, cognitivas, familiares e sociais que estão sempre repletas de adversidades, interferindo na motivação do sujeito. Este aspecto foi evidenciado pela pesquisa com 208 dependentes de cocaína, na qual 47,3% apresentaram várias internações e não concluíram o tratamento hospitalar devido o abandono, fuga ou alta a pedido (Ferreira Filho et al., 2003).

Quando comparados os sistemas de saúde, verificou-se que os participantes do sistema privado (EP=60,48), demonstraram estar mais motivados para mudança do comportamento que os participantes do sistema público (EP=57,80). Assim como os homens do sistema privado (EP=59,52) demonstraram estar mais motivados para mudança, quando comparados aos homens do sistema público (EP=55,57). Porém, tanto as mulheres do sistema público (EP=59,52) quanto do privado (EP=61,80) mostraram estar motivadas para mudança. Esses achados sugerem que o sexo tem relevante papel na motivação para mudança do comportamento, uma vez que apenas os homens do sistema privado estavam motivados, enquanto que as mulheres de ambos os sistemas de saúde mostraram estar motivadas para a mudança do comportamento problema e também apresentaram escores de prontidão mais elevados. No entanto, não se pode deixar de levar em conta que os homens do sistema privado mostraram estar motivados para a mudança, aspecto que pode estar relacionado ao poder aquisitivo de ser promotor de mais estratégias para enfrentar a problemática, bem como do conhecimento, cultura e contexto em que vivem.

Averiguando a Régua de Prontidão para a mudança através de duas perguntas autoavaliativas, a amostra estudada (N=159) atribuiu-se nota oito para as duas perguntas,

resultado que indica que os participantes apresentam vontade de mudar o comportamento e se sentem confiantes para alcançar a mudança. A Régua de Prontidão para mudança não apresentou diferenças estatísticas significativas entre as instituições pública e privada e entre os sexos. Levando em consideração que a prontidão para mudança é uma integração entre a conscientização do sujeito por seu problema somado a uma confiança em suas habilidades para mudar, quanto maior a pontuação na régua de prontidão, acredita-se que mais motivado o sujeito está para modificar seu comportamento.

A amostra composta por 35 dependentes de crack, do sexo masculino, internados em unidade especializada de Porto Alegre, cuja pesquisa objetivou analisar as estratégias de enfrentamento para o manejo da fissura, através da Régua de Prontidão, a respeito da motivação para cessar o uso de crack, mostrou que a pontuação mínima foi três e a máxima 10 (Araujo, Pansard, Boeira, & Rocha, 2010). A prática do participante de poder refletir a respeito do seu desejo de mudar o comportamento de consumir crack pode ser um fator motivacional na busca de autoconfiança e uma possível concretização do seu ideal.

Neste estudo, o escore de prontidão para mudança verificado através da URICA e a Régua de Prontidão para mudança indicaram resultados diferentes, ou seja, quando investigada a amostra total, os escores da URICA demonstraram que os participantes não estavam motivados para mudança do comportamento. No entanto, através da Régua de Prontidão mostraram ter vontade de mudar o comportamento, além de se sentirem confiantes de que a mudança vai acontecer em suas vidas. Quando confrontados os sistemas de saúde, através da URICA, o privado demonstrou estar mais motivado para mudança do que o público. Já, através da Régua de Prontidão, o sistema público apresentou mais motivação e confiança. A maior correlação entre a pontuação das subescalas da URICA e a pontuação maior da Régua de Prontidão poderia demonstrar o caminho que a variável motivação para mudança poderia seguir em prol do sujeito.

Comparando os sexos e as instituições de saúde, novamente encontraram-se diferenças, visto que os homens do sistema privado demonstraram estar mais motivados do que os do sistema público através da URICA, no entanto, através da Régua de Prontidão, o sistema público demonstrou estar mais motivado e confiante. Quanto às mulheres, através da URICA, em ambos os sistemas de saúde, mostraram estar motivadas para a mudança do comportamento. Na Régua de Prontidão, as mulheres do sistema privado mostraram estar mais motivadas e as do sistema público mais confiantes. Mais ainda, o escore de prontidão para mudança (URICA) se correlacionou negativamente com a Régua de Prontidão para mudança, mostrando assim que não avaliam os mesmos aspectos psicológicos.

O estudo que apresentou a adaptação brasileira da URICA com a participação de 214 usuários de substâncias ilícitas de ambos os sexos, em Porto Alegre, mostrou que a correlação entre a Régua de Prontidão e a URICA total não foram estatisticamente significativas. No entanto, encontrou correlações significativas entre a Régua de Prontidão e a subescala de contemplação ($r=0,313$; $p=0,018$) e entre a Régua de Prontidão e a subescala da ação ($r=0,346$; $p=0,010$). A correlação entre a Régua de Prontidão e as subescalas da URICA pré-contemplação e manutenção não foram significativas (Szpyszynski & Oliveira, 2008). O fato de as correlações serem negativas entre a URICA e a Régua de Prontidão na presente pesquisa, mostra que ambos os instrumentos não mensuraram o mesmo constructo da mudança do comportamento. Pode-se inferir que a URICA analisa a motivação de forma multidimensional através de 24 questionamentos e oferece cinco tipos de resposta. Já a Régua de Prontidão avalia, de forma unidirecional, oferecendo pergunta direta e uma régua de 0 a 10 para o indivíduo se autoavaliar.

Através dos cálculos de regressões lineares, verificou-se que os principais preditores de prontidão para mudança (URICA) foram o sexo feminino; a instituição privada; e que não tenham vivenciado perdas significativas. A Régua de Prontidão para a mudança apresentou como único preditor os escores de depressão, ou seja, quanto maiores os escores de depressão, menores eram os escores da Régua de Prontidão para mudança.

A variável sintomas de depressão (BDI-II) se correlacionou positivamente com os sintomas de ansiedade (BAI) e a fissura (CCQ-B), porém negativamente com a Régua de Prontidão para a mudança. De acordo com a investigação de Araujo et al. (2011), realizada em Porto Alegre, tanto os indivíduos que apresentam mais sintomas de depressão como aqueles que consomem mais crack, na amostra de 109 homens internados devido à dependência de crack, tinham fissura de intensidade mais grave, porém somente os deprimidos percebiam a falta de controle do uso de crack. No estudo que verificou se existia relação entre a fissura por crack e aumento da fissura de tabaco com 32 homens dependentes de crack e tabaco internados os resultados mostraram correlações positivas entre os sintomas de ansiedade e fissura por crack antes e depois da intervenção realizada através da exposição de imagens relativas ao crack (Zeni & Araujo, 2011). A pesquisa realizada com dependentes de cocaína internados que objetivou analisar a relação entre os estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e depressão e a gravidade da dependência apresentou correlação moderada entre os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da dependência, evidenciando que os sujeitos mais dependentes da cocaína eram os que tinham sintomas mais intensos de depressão e ansiedade (Orsi & Oliveira, 2006).

Através dos cálculos de regressões lineares, verificou-se que a fissura apresentou como principal preditor a prontidão para a mudança do comportamento (URICA), isto é, maiores escores de fissura foram encontrados em participantes com baixos escores de prontidão para mudança e com histórico de problemas de conduta na fase escolar. Percebe-se que a convivência escolar pode aumentar a fragilidade psíquica, visto que acontecimentos estressantes presenciados na escola, tais como reprovação, suspensão, expulsão, queixas dos professores quanto à falta de atenção, não realização das tarefas, comportamentos inadequados, entre outros, podem predispor o sujeito a uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, a uma predisposição à dependência química. Faz-se necessário que os jovens, durante a fase escolar, tenham o apoio emocional da rede social, a valorização e o cuidado desse ser em construção e aprendizagem de novas capacidades.

Na vulnerabilidade, encontram-se vivências objetivas e subjetivas de desamparo que resultam na fragilidade e numa maior disposição a adoecer psicologicamente, porém o aparecimento da doença pode ser retardado. A precariedade de uma assistência disponível pode cronificar quadros que assistidos poderiam ser prevenidos, visto que o potencial de proteção que uma comunidade pode oferecer é inestimável (Gitlow, 2008; Hochgraf & Brasiliano, 2010). Outro aspecto relevante nos jovens é a pouca motivação para as tarefas escolares, justificando o baixo rendimento e o tempo ocioso disponível contribuindo para aumentos nas taxas de consumo de entorpecentes (Marchesi, 2004).

Esse achado através do cálculo de regressão linear indica que a fissura pode prever a prontidão para a mudança do comportamento, ou seja, quanto mais fissura, menos motivação. Esse resultado aponta que a prontidão da mudança exige um conjunto de habilidades e estratégias. No entanto, quando o dependente de crack encontra-se desanimado a seguir em busca da mudança almejada, maior é a chance do mesmo pensar em consumir a droga, realidade que faz com que a fissura pela substância aumente.

Uma possível compreensão da associação entre a fissura desta amostra encontrar-se no grau moderado pode estar relacionado ao fato de que os indivíduos, mesmo tendo alcançado abstinência decorrente da internação, estavam em sofrimento, ou seja, em fissura pelo crack. Uma das características do abuso do crack é o alto potencial aditivo decorrente da intensa fissura que estimula o consumo repetitivo e compulsivo que coloca em risco a vida do sujeito e acarreta impactos pessoais e sociais (Chaves et al., 2011).

A pesquisa, de modo geral, apontou que os dependentes de crack ($N=159$) apresentaram sintomas moderados de ansiedade, sintomas mínimos de depressão, fissura pelo crack moderada, encontravam-se entre os estágios de manutenção e pré-

contemplação, porém, através do escore de prontidão da amostra total, estavam desmotivados quanto à mudança do comportamento aditivo por um lado e, por outro lado, através da Régua de Prontidão estavam motivados e confiantes de que a mudança é possível. Também verificou-se que os principais preditores de prontidão para mudança foram o sexo feminino; instituição privada e que não tenham vivenciado perdas significativas. Quanto maiores os escores de depressão, menos motivados e confiantes para a mudança estavam os participantes; maiores escores de fissura foram encontrados em participantes com baixos escores de prontidão para mudança e com histórico de problemas na fase escolar, porém os participantes mais motivados para mudança eram também os que apresentaram sofrimento devido ao grau de intensidade da fissura pelo crack estar elevado. Sendo assim, é preciso valorizar os participantes independente do estágio motivacional, visto que para cada subescala existem estratégias e técnicas terapêuticas específicas que buscam evocar a mudança do comportamento.

Outro aspecto importante é que a dependência do crack parece afetar mulheres diferentemente do que os homens, sendo essas as que mais apresentaram sintomas de ansiedade graves e estão mais motivadas para a mudança do comportamento. Estes resultados confirmam a necessidade de mais pesquisas envolvendo as questões investigativas entre os sexos na dependência química. Entre elas, os hormônios femininos, mais especificamente o estrógeno, podem estar envolvidos com a vulnerabilidade para dependência presenciada entre as mulheres, visto que esse hormônio potencializa os efeitos reforçadores da droga, tornando-a mais prazerosa (Laranjeira et al., 2013).

Esses achados mostram que o tratamento para dependência química de drogas com alto potencial dependógeno e causador de diversos prejuízos biopsicossociais, como o crack, necessita de investimento, através de uma avaliação criteriosa e aprofundada. Identificando-se o estágio motivacional, os sintomas de ansiedade, depressão e a fissura pelo crack, será possível planejar intervenções baseadas numa abordagem terapêutica de acordo com o sujeito. Esses resultados podem subsidiar o desenvolvimento de futuras pesquisas, bem como auxiliar nos tratamentos que vêm sendo utilizados com o dependente de crack. Também é importante considerar a existência de poucos estudos sobre essa temática, englobando as diferenças entre os sexos. Sendo assim, acredita-se que as questões levantadas no presente estudo possam ser aprofundadas em novas pesquisas empíricas, que poderão contribuir no tratamento desse transtorno.

5. Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar os sintomas de ansiedade e depressão, avaliar a fissura pelo crack, identificar a motivação para mudança do comportamento, caracterizando as diferenças entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack, internados para desintoxicação em instituições públicas e privada. Percebeu-se que, mesmo apresentando escores altos de fissura pelo crack, os participantes apresentaram motivação para a mudança do comportamento, principalmente entre as mulheres e estas também apresentaram mais sintomas de ansiedade. Ainda assim, a média geral do escore de prontidão para a mudança na amostra total era baixa. Deve-se considerar a importante correlação encontrada entre a baixa prontidão para a mudança do comportamento e o histórico de problemas vivenciados na fase estudantil nos participantes desta pesquisa. Nesse caso, verificou-se que problemas escolares podem ser indicativos de trajetórias de dependência e que devem receber mais atenção dos programas de prevenção.

Diante dos achados, acredita-se que o manejo da fissura na dependência de crack necessita de atenção para que se alcance a eficácia durante e após o tratamento, através da terapia cognitivo-comportamental em conjunto com suas teorias e técnicas apropriadas para lidar com a problemática. Outro aspecto de vital importância é a motivação para mudança do comportamento aditivo, visto que esta pode influenciar no processo terapêutico. A motivação encoraja o sujeito a reavivar suas forças pessoais e direciona o tratamento para que o índice de abandono seja minimizado e otimizada a adesão ao tratamento de acordo com as metas do sujeito, fazendo com que este venha a ser o protagonista da mudança de comportamento.

Observou-se que um número escasso de pesquisas investiga as diferenças entre os sexos e é ainda mais restrito quando relacionado aos dependentes de crack. Essa realidade reforça a necessidade de futuras pesquisas que auxiliem na busca do entendimento das diferenças entre homens e mulheres na dependência química, bem como na busca por um tratamento direcionado e específico para os sexos de acordo com suas particularidades cognitivas, emocionais e motivacionais. Ainda, a elaboração de programas e tratamentos que levem em consideração as diferenças implicadas em cada sexo, podendo vir a ser um fator protetor para a população dependente de crack, que está desacreditada e com pouca esperança de um futuro promissor, livre das recaídas, através de novas estratégias de prevenção e tratamento.

Apesar do número de participantes ser considerável, poderia ser mais ampla a amostra devido à população de dependentes de crack da capital e região metropolitana que demandam internação para desintoxicação ser considerável nos estudos estatísticos. No entanto, os leitos psiquiátricos são reduzidos, alguns convênios limitam a quantidade de internações, e também foi presenciada a reinternação de sujeitos que já tinham participado da pesquisa em outra instituição. Outro aspecto diz respeito ao tipo de amostra que foi obtida por conveniência e futuros estudos poderiam utilizar a amostra aleatória, sendo assim mais representativa da realidade.

Perspectivas futuras apontam para estudos que utilizem investigações através da neuroestimulação para o tratamento dos sintomas psiquiátricos. Entre eles, a depressão pode ser um dos multifatores que desencadeiam a experimentação da droga, ou a dependência química depois de instalada no sujeito leva à depressão. Esses aspectos precisam ser mais investigados devido à importância do conhecimento e tratamento das comorbidades em questão no dependente químico.

Portanto, ampliar a compreensão sobre esses aspectos pode contribuir na prática profissional dos que trabalham com esse público-alvo. Além de ajudar o próprio dependente de crack a se conhecer e ter a possibilidade de autoinvestimento, na sua força intrínseca e extrínseca na busca de uma motivação para a mudança do seu comportamento.

Conclui-se que a alta taxa de recaídas decorrente da fissura e a pouca adesão ao tratamento devido à pouca motivação para a mudança do comportamento problema evidencia a necessidade de implementação de tratamentos específicos para dependentes de crack, de acordo com as necessidades específicas de cada sexo. Além disso, é necessário levar em consideração as especificidades do mecanismo de ação do crack no organismo, nas cognições, nos comportamentos, nas emoções e suas consequências para o protagonista em questão.

Referências

- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153-168. Obtido em <http://www.clarku.edu/faculty/addis/menswellbeing/pdfs>
- Alves, G. S. L., & Araujo, R. B. (2012). A utilização de jogos cooperativos no tratamento de dependentes de crack internados em uma unidade de desintoxicação. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(2), 77-80. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922012000200002>
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR). 4. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Andretta, I., & Oliveira, M. S. (2008). Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 45-53. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100005>
- Araujo R. B., Pedroso R. S., & Castro M. G. T. (2010). Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire – Brief. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 195-198. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500002
- Araujo, R. B., Castro, M. G. T., Pedroso, R. S., Santos, P. L., Leite, L., Rocha, M. R., & Marques, A. C. P. R. (2011). Validação psicométrica do *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* – Versão Brasileira Adaptada para o Crack para dependentes hospitalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 233-239. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000400001&script=sci_arttext
- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Castro, M. G. T. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 57-63. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>
- Araujo, R. B., Pansard, M., Boeira, B. U., & Rocha N. S. (2010). As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Revista HCPA*, 30(1), 36-42. Obtido em <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/11572>
- Argimon, I. L., & Paim, K. C. (2005) A entrevista motivacional: importância do acolhimento a dependentes químicos. In M. M. K. Macedo & L. K. Carrasco (Orgs.). *(Con)textos de entrevista: Olhares diversos sobre a interação humana* (pp. 87-97). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Bao, A.-M., & Swaab, D. F. (2010). Sex differences in the brain, behavior, and neuropsychiatric disorders. *The Neuroscientist*, 16(5), 550-565. doi: 10.1177/1073858410377005
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Becker, J. B., & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol*, 29(1), 36-47. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2235192/>
- Bordin, S., Jungerman, F. S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010). Prevenção de recaída. In N. B. Filglie, S. Bordin, & R. Laranjeira. *Aconselhamento em dependência química* (pp. 77-104). 2. ed. São Paulo: Roca.
- Brady, K. T., & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 22(2), 241-252. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70074-5
- Branco, B. M., Fernandes, F. N., Powell, V. M. B., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, A. M. A., & Lacerda, A. L. T. (2009). Depressão: Considerações diagnósticas e epidemiológicas. In A. L. T. Lacerda, L. C. Quarantini, A. M. A. Miranda-Scippa, J. A. Del Porto (org). *Depressão: Do neurônio ao funcionamento social* (pp. 13-26). Porto Alegre: Artmed.
- Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, método e delineamento de pesquisa. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, J. A. Smith (Orgs). *Métodos de pesquisa em psicologia*. 3. ed. (pp.22-41). Porto Alegre: Artmed.
- Carroll, K. M. (1998). *National Institute on Drug Abuse*. A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. Rockville: NIDA.
- Castro, M. G., & Pedroso, R. S. (2013). Caso Clínico: terapia cognitivo-comportamental de Beck em um dependente de substâncias psicoativas. In R. B. Araujo e Cols. *Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero: Tratando pacientes da vida real* (pp. 129-144). Novo Hamburgo: Sinopsys
- Castro, M. M. L. D., & Passos, S. R. L. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependentes de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (6), 330-335. Obtido em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/330.html>
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1168-1175. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2774.pdf>

- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2000). *Resolução para pesquisa com seres humanos*. Resolução 016/2000, Brasília: CFP. Obtido em http://pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2000_3.pdf
- Cordeiro, D. C., & Diehl, A. (2011). Comorbidades psiquiátricas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 106-118). Porto Alegre: Artmed.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M. C., Pierozan, P. S., Moreira, T. C., Santos, V., Mazoni, C. G., Barros, H. M. T. (2010). Abuso e dependência de maconha: comparação entre sexos e preparação para mudanças comportamentais entre usuários que iniciam a busca por tratamento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 80-85. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010005000004>
- Ferreira Filho, O. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 751-759. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000600010>
- Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Kirchhof. (2012). Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 444-451. Obtido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/29284/19033>
- Figlie, N. B. (2013). Entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental no tratamento do uso de substâncias psicoativas. In N. A. Zanelatto, R. Laranjeira (Orgs.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 273-290). Porto Alegre: Artmed.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2010). Cocaína e crack. In *Aconselhamento em dependência química* (pp. 77-104). São Paulo: Roca.
- Gitlow, S. (2008). *Transtornos relacionados ao uso de substâncias*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do inventário de depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Grella, C. E., Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2008). Semelhanças e diferenças no tratamento, recaída e ciclo de recuperação entre gêneros. *Evaluation Review*, 32, 113-124. Obtido em www.abead.com.br/artigos/arquivos/recaida_ciclo_recuperacao.pdf
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101-108. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>
- Hochgraf, P. B., & Brasiliano, S. (2010). Mulheres e substâncias psicoativas. In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 1025-1041). São Paulo: Atheneu.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno Saúde Pública*, 27(1), 2263-2270. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/19.pdf>
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2013). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O uso de cocaína e crack no Brasil*. Universidade Federal de São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas.
- Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Reynolds, E. K., Daughters, S. B., & Curtin, J. J. (2007). Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(2), 165-175. doi: 10.1037/1064-1297.15.2.165
- Lynch, W. J., Roth, M. E., & Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164(2), 121-137. doi:10.1007/s00213-002-1183-2
- Marchesi, A. (2004). Os alunos com pouca motivação para aprender. In Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. 2 ed., vol. 3. Porto Alegre: Artmed.
- Marinho, J. A. C., Araujo, R. B., & Ribeiro, M. (2012). Manejo da fissura. In M. Ribeiro, & R. Laranjeira. *O tratamento do usuário de crack* (pp 374-388). 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Orgs.). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. 2. ed. (pp. 15-50). Porto Alegre: Artmed.

- Marques, A. C. P. R., & Seibel, S. D. (2010). Fissura (craving). In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 217-229). São Paulo: Atheneu.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, M. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 368-375. doi: 10.1037/h0090198
- Melo, W. V., Oliveira, M. S., & Ferreira, E. A. (2006). Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia*, 10 (1), 91-99. Obtido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/5769>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M., & Ribeiro, L. A. (2012). Troca de sexo por crack. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. (pp. 566-576). Porto Alegre: Artmed.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. M., Oliveira, L. G., Santos, S. A., Júnior, J. C., Pacca, J. C. B., & Lacks, V. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Oliveira, M. S., Laranjeira, R., Araujo, R. B., Camilo, R. L., & Schneider, D. D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologi: Reflexão e Crítica*, 16(2), 265-270. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a06v16n2.pdf>
- Oliveira, M. S., Szupszynski, K. D. R., & DiClemente, C. (2010). Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Psico*, 41(1), 40-46. Obtido em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/7207/525>
- Orsi, M. M., & Oliveira, M. S. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 3-12. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100001>
- Paliwal P., Hyman S. M., & Sinha R. (2008). Craving predicts time to cocaine relapse: further validation of the now and brief versions of the Cocaine Craving Questionnaire. *Drug Alcohol Dependence*, 93(3), 252-259. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18063320>
- Ribeiro, M. (2012). Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In M. Ribeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. (pp. 239-250). Porto Alegre: Artmed.

- Saloma, A. C., Mariyama, T. S., Coêlho, B. M., Sampaio, A. S., Marin, J. C. M., Melo, A. C. M. L., & Rosário, M. C. (2009). Depressão na infância e na adolescência. In A. L. T. de Lacerda, L. de C. Quarantini, A. M. A. Miranda-Scippa, J. A. D. Porto (Eds.). *Depressão: Do neurônio ao funcionamento social* (pp. 49-65). Porto Alegre: Artmed.
- Scheffer, M., & Almeida, R. M. M. (2010). Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 2(3), 1-11. Obtido em http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view
- Seibel, S. D. (2010). Cocaína e crack. In S. D. Seibel (Org.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 217-229). São Paulo: Atheneu.
- Silveira D. X., Fernandes M., Silveira E. D., & Jorge M. R. (2006). Cocaine craving questionnaire: assessing craving among cocaine users in Brazil. *Psychiatry Research*, 142(2), 257-259. Obtido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178106000187>
- Sousa, P. F., Ribeiro, L. C. M., Melo, J. R. F., Maciel, S. C., & Oliveira, M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para a mudança. *Temas em Psicologia*, 21(1), 259-268. Obtido em <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-18>
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Porto Alegre: Artmed.
- Straub, R. O. (2005). Permanecendo saudável. In R. O. Straub. *Psicologia da saúde*. (pp. 193-229). Porto Alegre: Artmed.
- Sussner B., Smelson D. A., Rodrigues S., Kline A., Losonczy M., & Ziedonis D. (2006). The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. *Drug Alcohol Dependence*, 83(3), 233-237. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16384655>
- Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000100005>
- Tiffany, S. T., Singleton E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Dependence*, 34(1), 19-28. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8174499>

- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press. Obtido em <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Q9D83hLYI14C&oi=fnd&pg=PA1&ots=dTqip1y14f&sig=GQ8siNA6fkIbicvkWsKCI70HZHA#v=onepage&q&f=false>
- Wainer, R. & Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In C. S. Petersen, et al (cols). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 170-194). Porto Alegre: Artmed.
- Wolle, C. C., & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 375-382). Porto Alegre: Artmed.
- Zeni, T. C., & Araujo, R. B. (2011). Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 28-33. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n1/v60n1a06>

Considerações finais da dissertação

A prática da pesquisa oportunizou momentos de construção, desconstrução e reconstrução. A trajetória desenvolvida durante o mestrado deu origem a esses dois artigos empíricos e quantitativos. Provocação esta repleta de ousadia por uma temática pertinente e engrandecedora, visto que demandou afeição, disciplina, ética e comprometimento com o que se propôs através do projeto de dissertação. Este planejamento foi sendo remodelado de acordo com as necessidades do momento, entre elas, se deparar com a participação de sujeitos de instituições de saúde públicas e privada, fez com que fosse necessário também investigar essas diferenças juntamente com a dependência de crack e os sexos. Outro desafio foi encontrar serviços que recebessem mulheres dependentes de crack e aceitassem a inserção da pesquisa. Diante dessa jornada, tantas outras instigações surgiram e foram superadas através dos bons pensamentos, orientação pró-ativa e uma perspectiva de que os desafios existem para nos ensinar e promover o crescimento como pessoa e profissional.

Os resultados desta pesquisa, de modo geral, foram relevantes e a pesquisa por si só pode ter promovido nos participantes reflexões a respeito das suas próprias cognições e comportamentos. Sendo assim, os pensamentos podem ter sofrido alguma modificação em relação ao uso de crack em função dos questionamentos solicitados pelos instrumentos da pesquisa com o aumento de cognições em prol da problemática que levou à internação para desintoxicação. As crenças, quando disfuncionais e mal adaptativas, fazem com que o adicto continue utilizando o crack, pois são arraigadas à vida do sujeito e vivenciadas como verdades absolutas. Quando as crenças sobre o abuso da droga sofrem modificações que as tornam mais adequadas, fazem com que o sujeito modifique sua forma de perceber o uso do crack, tornando-se mais reflexivo. Sendo assim, o presente estudo reforça que as técnicas cognitivo-comportamentais devem ser utilizadas no decorrer do tratamento, contribuindo para a motivação do comportamento e modificação cognitiva em relação à substância crack, na busca de um estilo de vida mais saudável.

Ao final deste trabalho, os dados da dissertação proporcionam um delineamento do perfil do dependente de crack de ambos os sexos e sistemas de saúde, bem como aponta as diferenças entre homens e mulheres acerca das comparações entre sintomas de ansiedade e depressão, fissura pelo crack e motivação para mudança do comportamento do sistema público e privado. Evidenciou-se através dos resultados a carência de atenção e cuidado com a saúde da população através de abordagens preventivas e quando essa não for mais capaz de tratamentos focado nas necessidades do dependente de crack.

Verificaram-se diferenças significativas entre instituições e/ou sexos na variável escolaridade, renda familiar, doenças diagnosticadas, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas na família, motivos do consumo de crack, frequência do consumo de pedras de crack, recursos para obtenção do crack, locais de tratamento, processo penal e ato infracional. De acordo com os resultados, os participantes apresentaram sintomas de ansiedade moderada, sintomas de depressão mínima, fissura pelo crack moderada e, no momento da pesquisa, encontravam-se no estágio motivacional de manutenção e pré-contemplação, no entanto o escore de prontidão da amostra total mostrou que estavam desmotivados em relação à mudança do comportamento. Quanto aos sexos, as mulheres apresentaram ansiedade grave e estavam mais motivadas para a mudança do comportamento do que os homens. Verificou-se que os principais preditores de prontidão para mudança foram o sexo feminino, instituição privada e que não tenham vivenciado perdas significativas. Constatou-se que maiores escores de fissura foram encontrados em participantes com baixos escores de prontidão para mudança e com histórico de problemas na fase escolar.

Apesar das limitações, os resultados deste estudo não devem ser generalizados para a população brasileira, mas replicados e ampliados na busca de novos conhecimentos e de um maior entendimento dessa doença. Os instrumentos aplicados foram baseados nas respostas dos participantes e sem confirmações através de exames laboratoriais.

Faz-se necessário que após a alta hospitalar o dependente de crack tenha um plano de ação e adote um tratamento que auxilie na manutenção da abstinência. Também é importante a rede de apoio para auxiliar e motivar o aprender a conviver com a nova condição. Portanto, a fissura, que descontrola o pensamento e comportamento e pode levar à recaída, faz com que o sujeito necessite de estratégias para enfrentar essa demanda orgânica e psíquica, bem como do entendimento dos efeitos no organismo para que assim o dependente químico consiga lidar com a fissura e manejá-la em prol do seu bem-estar.

Hoje, a população brasileira está preocupada com a droga do momento que é o crack, mas muito em breve novos desafios surgirão na área da saúde pública, na qual as drogas conhecidas serão substituídas pelas novas substâncias psicoativas, as drogas sintéticas, que são muito perigosas e devastadoras devido a sua facilidade de comércio e disponibilidade. Diante dessa realidade, precisamos de um tratamento direcionado e específico de acordo com as necessidades dos sexos na dependência de drogas. Um tratamento que leve em conta as questões biológicas, psicológicas, neurológicas, psiquiátricas, enfim, a dimensão global do ser humano em questão, na busca de intervenções focadas em atitudes positivas em prol da mudança de comportamento.

Referências

- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Castro, D. S. (2011). Cocaína e Crack. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 170-179). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010a). Cocaína e crack. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira. *Aconselhamento em dependência química* (pp. 77-94). 2. ed. São Paulo: Roca.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Mantovani, M. F. (2013). Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 468-474. Obtido em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148536201300030007
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: Fundamentos teóricos, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens atuais*, 3. ed. (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Kirchhof. (2012). Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 444-451. Obtido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/29284/19033>
- Formiga, L. T., Santos, R. C. S., Dumcke, T. S., & Araujo, R. B. (2009). Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 29(2), 120-126. Obtido em <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/8403>
- Freire, S. D. (2011). Implicações práticas no tratamento psicoterápico da dependência química. In I. Andretta, & M. da S. Oliveira (Orgs.). *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freire, S. D., Santos, P. L., Bortolini, M., Moraes, J. F. D., & Oliveira, M. S. (2012). Intensidade de uso do crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 221-226. Obtido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000400005>

- Gitlow, S. (2008). *Transtornos relacionados ao uso de substâncias*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Hochgraf, P. B., & Brasiliano, S. (2010). Mulheres e substâncias psicoativas. In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 1025-1041). São Paulo: Atheneu.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 96-98. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2013). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O uso de cocaína e crack no Brasil*. Universidade Federal de São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas.
- Luz Junior, E. (2004). Dependência química. In P. Knapp (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 280-298). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(6), 212-218. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. In Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Obtido em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl.II), 88-95. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>
- Wolle, C. C., & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 375-382). Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência**TERMO DE ANUÊNCIA**

Porto Alegre, 01 de MARÇO de 2013.

Na condição de COORDENADOR
do Serviço de ENSINO e PESQUISA do(a) CLINICA PINEL (nome da instituição), declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “Motivação para mudança do comportamento em dependentes de crack: diferenças entre os sexos”. O projeto será desenvolvido pela mestrandia de Psicologia Clínica da UNISINOS, Iracil Rosinda Pires Soares (CRP07/20151), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti (CRP07/1571).

O serviço de psicologia do(a) CLINICA PINEL (nome da instituição) está disposto a receber e apoiar o projeto de pesquisa, que será submetido ao Comitê de Ética da UNISINOS. Após a aprovação, a coleta de dados poderá ser iniciada com nosso respaldo.

Além disso, reitero que a realização da pesquisa e coleta dos dados, através desta instituição, não implica em nenhum tipo de vínculo empregatício da orientadora e de sua orientanda com esta instituição.

Edson Pontre [Assinatura]
CRP 7963

[Nome do profissional responsável]

[92.675.586/0001-02]

Carimbo

ASSOCIAÇÃO ENCARNACIÓN BLAYA

RUA SANTANA, 1455
SANTANA - CEP 90040-373

PORTO ALEGRE - RS

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa/UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****RESOLUÇÃO 022/2013**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 13/014 **Versão do Projeto:** 20/03/2013 **Versão do TCLE:** 20/03/2013

Coordenadoras:

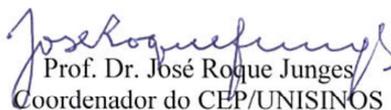
Pesquisadora: Iracil Rosinda Pires Soares.

Título: Motivação para mudança do comportamento em dependentes de crack: diferenças entre os sexos.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 20 de março de 2013.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Iracil Rosinda Pires Soares, sou mestranda em Psicologia do Programa de Pós-Graduação na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e como exigência parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica estou desenvolvendo o projeto intitulado Motivação para mudança do comportamento em dependentes de crack: diferenças entre os sexos, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sílvia Pereira da Cruz Benetti.

O estudo tem como objetivo investigar diferenças motivacionais para mudança do comportamento e os sintomas de ansiedade e depressão entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack. Acredita-se que a realização deste estudo poderá contribuir para a construção de estratégias de tratamento específico, voltadas para as diferenças entre os sexos, bem como para a construção de políticas públicas de proteção e prevenção ao uso do crack.

Em função da importância deste estudo, gostaríamos de convidar você para colaborar neste trabalho. Para isto, sua colaboração consiste em participar de uma entrevista semiestruturada para levantamento de dados sociodemográficos e do padrão de consumo de substâncias psicoativas. Além disso, serão aplicados instrumentos para avaliar aspectos emocionais e de motivação para mudança de consumo de drogas. Durante a aplicação, você receberá orientação e poderá esclarecer suas dúvidas em qualquer momento diretamente com a pesquisadora. As informações obtidas são muito importante para conhecermos as necessidades dos sujeitos na dependência química. Queremos ressaltar que suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anônima, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhum momento do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados poderão ser publicados em revistas e eventos científicos.

A participação nessa pesquisa é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá interromper sua participação ou recusar-se a responder a qualquer pergunta. Esta pesquisa também não lhe acarretará custo ou quaisquer compensações financeiras. A pesquisa não implica em prejuízos no tratamento caso o participante opte em desistir do estudo. O único prejuízo em participar da pesquisa será a disponibilização de tempo para preenchimento dos instrumentos e devolução dos resultados. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir com a pesquisa na área da psicologia, no que se refere à ampliação dos conhecimentos acerca da dependência de crack, bem como das diferenças entre os sexos. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o participante.

Em caso de dúvidas, favor contatar com Iracil Rosinda Pires Soares, telefone: (54)91571487, e-mail: iracilsoares@yahoo.com.br ou Prof.^a Dr.^a Sílvia Pereira da Cruz Benetti, telefone: (51)99644877, e-mail: spcibenetti@gmail.com.

São Leopoldo, ____ de _____ de 2013.

Iracil R. P. Soares

Prof.^a Dr.^a Sílvia P. da C. Benetti

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 21 / 03 / 13
.....
.....

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome do Participante

Assinatura do participante

ANEXO D – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa/HPSP

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

A Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, informa que o projeto:

Número: 13002

Título: Motivação para mudança do comportamento em dependentes de crack: diferenças entre os sexos.

Autora: Iracil Rosinda Pires Soares

Foi avaliado e **aprovado**, em reunião conjunta de seus membros, em 29/04/13. Este projeto foi analisado, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP.

Conforme Ofício Circular nº 017/2011/CONEP/CNS/MS de 1º de abril fica assim determinado: "Obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador."

Porto Alegre, 29 de abril de 2013.


Dra. Maria Helena Itaqui Lopes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Psiquiátrico São Pedro

ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/HMD

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO EM DEPENDENTES DE CRACK: DIFERENÇAS ENTRE OS SEXOS

Pesquisador: Iracil Rosinda Pires Soares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13933013.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 313.433

Data da Relatoria: 13/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado. A pesquisa é descrita como quantitativa, transversal do tipo comparativo entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack que estejam internados em instituição para desintoxicação.

Serão selecionados grupos de diferentes faixas etárias, até 60 sujeitos, de ambos os sexos, 30 masculino e 30 feminino.

O critério de inclusão na amostra dos referidos pacientes é ter tido no máximo três internações pelo motivo de desintoxicação, escolaridade mínima 5a. série do EF, e estarem na etapa inicial de desintoxicação desde o momento de entrada na clínica, com um mínimo de sete dias de abstinência para aplicação dos instrumentos.

Serão excluídos da amostra pacientes com diagnóstico de retardo mental e que não sejam diagnosticados como Transtorno por Uso de Substância.

Dentre os instrumentos, serão aplicadas entrevistas e questionários padronizados.

Os dados serão estatisticamente tratados pelo software SPSS versão 18.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar diferenças motivacionais para mudança do comportamento e os sintomas de ansiedade

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 313.433

e depressão entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack.

Objetivo Secundário:

- Identificar os sintomas de depressão e ansiedade em adultos do sexo feminino e masculino;
- Verificar a motivação para mudança de comportamento dependente em adultos do sexo feminino e masculino; Conferir o craving (fissura) por crack em adultos do sexo feminino e masculino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há.

Os pacientes em situação de internação contam com a assistência psicológica e psiquiátrica da própria instituição onde estão internados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está muito bem elaborado, com delineamento metodológico bem estruturado para os objetivos aos quais se propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado eticamente.

Recomendações:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em destaque na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa ζ CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 313.433

proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/HMD**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE**

Eu, Iracil Rosinda Pires Soares, sou mestranda em Psicologia do Programa de Pós-Graduação na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e como exigência parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica estou desenvolvendo o projeto intitulado *Motivação para mudança do comportamento em dependentes de crack: diferenças entre os sexos*, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti. O estudo tem como objetivo investigar diferenças motivacionais para mudança do comportamento e os sintomas de ansiedade e depressão entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack. Acredita-se que a realização deste estudo poderá contribuir para a construção de estratégias de tratamento específico, voltadas para as diferenças entre os sexos, bem como para a construção de políticas públicas de proteção e prevenção ao uso do crack.

Em função da importância deste estudo, gostaríamos de convidar você para colaborar neste trabalho. Para isto, sua colaboração consiste em participar de uma entrevista semiestruturada para levantamento de dados sociodemográficos e do padrão de consumo de substâncias psicoativas. Além disso, serão aplicados instrumentos para avaliar aspectos emocionais e de motivação para mudança de consumo de drogas. Durante a aplicação, você receberá orientação e poderá esclarecer suas dúvidas em qualquer momento diretamente com a pesquisadora. As informações obtidas são muito importantes para conhecermos as necessidades dos sujeitos na dependência química. Queremos ressaltar que suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anônima, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhum momento do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados poderão ser publicados em revistas e eventos científicos, sendo armazenados pela pesquisadora na Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Os documentos serão guardados por cinco anos, após esse período terão um destino ecologicamente correto.

A participação nessa pesquisa é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá interromper sua participação ou recusar-se a responder a qualquer pergunta. Esta pesquisa também não lhe acarretará custo ou quaisquer compensações financeiras. A pesquisa não implica em prejuízos no tratamento caso o participante opte em desistir do estudo. O único prejuízo em participar da pesquisa será a disponibilização de tempo

Comitê de Ética em Pesquisas
AESC - Hosp. Mãe de Deus

para preenchimento dos instrumentos e devolução dos resultados. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir com a pesquisa na área da psicologia, no que se refere à ampliação dos conhecimentos acerca da dependência de crack, bem como das diferenças entre os sexos. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o participante.

Em caso de dúvidas, favor contatar com Iracil Rosinda Pires Soares, telefone: (54)91571487, e-mail: iracilsoares@yahoo.com.br ou Prof.^a Dr.^a Sílvia Pereira da Cruz Benetti, telefone: (51)99644877, e-mail: spcbenetti@gmail.com. Caso ocorra alguma dúvida quanto às questões éticas, entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, localizado na Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPPG), através do endereço Av. Unisinos 950, São Leopoldo/RS, CEP: 93022-000, pelo telefone (51)35011198 ou através do e-mail: cep@unisinos.br

Iracil R. P. Soares

Iracil R. P. Soares
Benetti

Benetti

Prof.^a Dr.^a Sílvia P. da C.

São Leopoldo, ____ de _____ de 2013.

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome

Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisas
AESC - Hosp. Mãe de Deus

ANEXO G – Entrevista Sociodemográfica e Padrão de Consumo de Substâncias Psicoativas

ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA E PADRÃO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Data da Entrevista: _____/_____/_____ Data da internação: _____/_____/_____

Nome: _____

Motivo da internação: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____ Telefone para contato: _____

Endereço: _____

Estado civil: _____ Filhos: _____

Fase do ciclo menstrual: _____

Escolaridade: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Pais: () Casados () Separados () Divorciados () Viúvo(a) () Outros: _____

Irmãos: _____

Renda familiar de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012):

A- () Acima de R\$12.440,00 (Acima de 20 s.m)

B- () De R\$6.220,00 a R\$12.440,00 (Entre 10 e 20 s.m)

C- () De R\$2.488,00 a R\$6.220,00 (Entre 4 e 10 s.m)

D- () De 1.244,00 a R\$2.488,00 (Entre 2 e 4 s.m)

E - () Até R\$1.244,00 (Até 2 s.m)

Quantos dependem dessa renda: _____

Você vive com quem:

1-() Pais 2-() Companheiro(a) 3-() Filhos 4-() Amigos 5-() Sozinho 6-() Outro: _____

Trabalha atualmente? () Sim () Não / Atividade: _____

Você estuda? () Sim () Não / Qual a série? _____

Já reprovou na escola? () Sim () Não / Quantas vezes? _____

Você já foi expulso ou suspenso da escola? () Sim () Não / Por qual motivo? _____

Os seus professores têm(tinham) queixas a seu respeito? () Sim () Não

Quais?

1-() Falta de atenção

2-() Conduta inadequada

3-() Desorganização

4-() Falta de interesse

5-() Não realiza as tarefas escolares

6-() Outros: _____

Você tomou medicamentos nos últimos dias? () Sim () Não / Quais? _____

Relato de doenças clínicas: _____

Relato de perdas significativas: _____

Alguém da sua família tem ou teve problemas com uso de drogas? () Sim () Não/ Indique os familiares e as substâncias: _____

De quais substâncias já fez uso? Com que idade?

() Alcool _____ () Nicotina _____ () Solvente _____ () Maconha _____ () Cocaína _____

() Crack _____ () LSD _____ () Ecstasy _____ () Outros: _____
 Quais estava usando antes da internação?
 () Álcool () Nicotina () Solvente () Maconha () Cocaína () Crack () LSD () Ecstasy
 () Outros: _____

CRACK:

Motivo: _____

Quantas “pedras” utilizava no início: _____

Frequência do uso no último ano:

1-() Todos os dias

2-() 5 a 6 vezes p/ semana

3-() 3 a 4 vezes p/ semana

4-() 1 a 2 vezes p/ semana

5-() 3 a 4 dias por mês

6-() 1 a 2 dias por mês

7-() menos de 1 dia por mês

Quantas “pedras” utilizava antes da internação: _____

Meios para conseguir a pedra: _____

Processo: () Sim () Não

Motivo: _____

Ato Infracional: () Sim () Não

Motivo: _____

Tempo de abstinência do crack:

1-() Não está abstinente

2-() 1 dia

3-() 1 semana

4-() 1 mês

5-() 6 meses

6-() 1 ano

7-() mais de 1 ano

Número de tratamentos e/ou internações: _____

Locais e anos: _____

ANEXO H – Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)

M.I.N.I. Plus

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Data de nascimento: _____

Nome do(a) entrevistador(a): _____

Data da entrevista: _____ Número do protocolo: _____

Hora de início da entrevista: _____ Hora do fim da entrevista: _____

Duração total da entrevista: _____

**MÓDULO L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
(OUTRAS QUE O ÁLCOOL)**

Agora, vou mostrar / ler para você, uma lista de drogas e medicamentos (MOSTRAR / LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO).

L1 a Alguma vez na sua vida, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita/ chapado”? NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tirafome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuasca, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S):

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADO(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

Assinalar

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE SERÁ EXPLORADA ABAIXO, EM CASO DE USO CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS:

L2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou deprimido(a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO). | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM L2?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

- | | | | |
|----|---|---|---|
| L3 | a | <p>Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] nos últimos 12 meses?</p> <p>Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:</p> <p>Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito?</p> <p>Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou deprimido(a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).</p> <p>Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia?</p> <p>Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?</p> <p>Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas?</p> <p>Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?</p> <p>Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?</p> | <p>NÃO SIM 8</p> <p>NÃO SIM</p> |
| | b | <p>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM L3b (SUMÁRIO), nos últimos 12 meses?</p> | <p>NÃO SIM</p> |

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADOS SIM?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], nos últimos 12 meses:

- | | | | | | |
|----|---|--|-----|-----|----|
| L4 | a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “de cabeça feita/chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho/ na escola ou em casa? Isso lhe causou problemas?
(COTAR “SIM” SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS). | NÃO | SIM | 9 |
| | b | Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 10 |
| | c | Por várias vezes teve problemas legais como interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 11 |
| | d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com seus familiares ou com outras pessoas? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 “SIM” EM L4?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE	
SUBSTÂNCIA(S)	
ATUAL	

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

CRONOLOGIA

- | | | | |
|----|---|-------|----|
| L5 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] de forma abusiva? | Idade | 13 |
| | | _____ | |

ANEXO I – Cocaine Craving Questionare – Brief (CCQ-B) para o Crack***Cocaine Craving Questionare – Brief (CCQ-B)*****Versão Brasileira Adaptada para o Crack**

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

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

**ANEXO J – Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*)
para drogas ilícitas**

URICA - DROGAS ILÍCITAS

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação às drogas. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de se sentir.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Extremamente(DE), Discordo(D), Indeciso(I), Concordo(C) e Concordo Extremamente(CE). Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	DE	D	I	C	CE
1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas usam drogas, mas eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria de ter mais ideias de como solucionar o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para	1	2	3	4	5

mudar meu comportamento com relação às drogas.					
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas com as drogas, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.	1	2	3	4	5
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por que perder tempo pensando neles.	1	2	3	4	5
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.	1	2	3	4	5

ANEXO K – Régua de Prontidão para Mudança**Régua de Prontidão para Mudança**

- Como você se sente em relação a sua mudança do comportamento?

0....1....2....3....4....5....6....7....8....9...10	
Nenhuma vontade de mudar	Muita vontade de mudar

- O quão confiante você está de que consegue mudar?

0....1....2....3....4....5....6....7....8....9...10	
Nenhum pouco	Extremamente