

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS- UFAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- ICBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE- PPGCS

LAYSE VELOSO DE AMORIM SANTOS

**ESTUDO PROSPECTIVO DE USUÁRIOS DE CRACK ATENDIDOS EM UM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO DE MACEIÓ, ALAGOAS**

MACEIÓ, ALAGOAS

2018

LAYSE VELOSO DE AMORIM SANTOS

**ESTUDO PROSPECTIVO DE USUÁRIOS DE CRACK ATENDIDOS EM HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO PÚBLICO EM MACEIÓ, ALAGOAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Professor Dr. Cláudio Torres de Miranda.

Maceió, Alagoas

2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

S237e Santos, Layse Veloso de Amorim.
Estudo prospectivo de usuários de crack atendidos em hospital psiquiátrico público em Maceió, Alagoas / Layse Veloso de Amorim Santos. – 2018.
69 f.: grafs.

Orientador: Cláudio Torres de Miranda.
Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 51-61.
Apêndices: 85-86.

1. Crack (Droga). 2. Epidemiologia. 3. Homicídio.
I. Título.

CDU: 613.83



Universidade Federal de Alagoas
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

ICBS - UFAL - Campus A. C. Simões
Av. Lourival Melo Mota, S/N
Cidade Universitária - Maceió-AL
CEP: 57072-900
E-mail: ppgcs9@gmail.com
Fone: 82 3214 1850

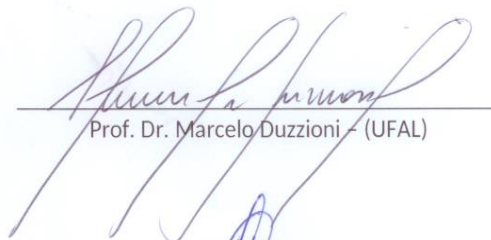
Folha de Aprovação

Layse Veloso de Amorim Santos

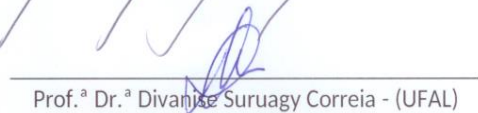
Estudo prospectivo de usuários de crack atendidos em hospital psiquiátrico público em Maceió, Alagoas.

Tese submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 26 de setembro de 2018.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Marcelo Duzzioni - (UFAL)



Prof.ª Dr.ª Divanize Suruagy Correia - (UFAL)



Prof. Dr. Wagner Silva Ribeiro - (London School of Economics)

A boiada seca
Na enxurrada seca
A trovoada seca
Na enxada seca
Segue o seco sem sacar que o caminho é seco
Sem sacar que o espinho é seco
Sem sacar que seco é o Ser Sol
Sem sacar que algum espinho seco secará
E a água que sacar será um tiro seco
E secará o seu destino secará
Ô chuva vem me dizer
Se posso ir lá em cima pra derramar você
Ó chuva preste atenção
Se o povo lá de cima vive na solidão
Se acabar não acostumando
Se acabar parado calado
Se acabar baixinho chorando
Se acabar meio abandonado
Pode ser lágrimas de São Pedro
Ou talvez um grande amor chorando
Pode ser o desabotoado céu
Pode ser pouco meu amor
Segue o seco, Carlinhos Brown

Aos que lutam pelo compromisso social em produzir conhecimento
em tempos de retrocesso político.

E especialmente, aos usuários e seus familiares, que generosamente
compartilharam sua vivência.

Agradecimentos

A família e em especial meu pai Wallace pela disponibilidade de caminhar cada caminho junto ao meu lado. A minha mãe Solange pela base e paixão pela saúde pública de qualidade. A tia Aninha por motivar a escolha da psicologia. A vovó Glorinha pelas preces e desejo que eu voe longe (uma das únicas a amar desapegadamente nessa família nordestina tão típica). E ao meu namorado Ruben pelo afeto constante, mesmo diante da distância física.

Ao professor Cláudio, meu orientador, cuja paciência, leveza, humildade e competência me fez/faz ser bastante invejada na pós graduação. E a doçura e abertura da minha coorientadora Milma Miranda.

As minhas amigas e amigos incríveis, sempre os melhores:

Aos irmãos de sangue Lucas e Luciano e os de coração, Sassá, Airton, Livoca e Polly. Pelo amor e por se fazerem âncora.

A Íris, Myria Camila e Carol pela sintonia de ideias e luta, pela acolhida e por segurar as pontas na minha ausência. Bem como ao Centro de Recuperação e Educação Nutricional - CREN que me fez e faz psicóloga e que também me possibilitou conhecer meu orientador.

Ao Fagner e Patrícia Gomes pelos puxões de orelhas e por mostrar que tudo pode ser muito mais simples do que vejo.

Aos amigos vindos da academia: A Márcia, da graduação me inspira, lembra a militância e paixão com que luta por uma assistência a saúde psicossocial digna.

Ao “Tonho”, “Regis” e “Lú”, amigos que o doutorado me deu e a vida tem mantido.

Ao jardim florido: Renata, Patrícia, Rosiete e Scheila pela paciência e por me amparar em novos caminhos e descobertas.

A Jeú, Jú e Bruno por literalmente caminhar comigo, tentar entender muitas vezes a falta de uma estrutura urbana básica, dividir as angústias e rir diante dos perrengues da coleta dos dados. Ah, e também o google maps a nos nortear. Ao Edilson Souza pela abertura e possibilidade da continuidade do seu estudo. Bem como a toda equipe do HEPR.

Ao Nassib Bueno e Jorge Artur pelo auxílio indispensável com as análises quanti, bem como a Laisa Marcorela e Fernando Colugnati pelas discussões iniciais e contribuições na análise e estruturação do trabalho.

A Fapeal pela bolsa de pesquisa e pelo edital do PPSUS do qual este estudo teve financiamento e as secretarias de Estado e seus profissionais que colaboraram na coleta de dados.

Aos professores Wagner Ribeiro, Ênio Bassi e Mércia Lamenha que contribuíram na Qualificação e aos professores Marcelo Duzzioni, Divanise Suruagy e novamente o professor Wagner que contribuíram na defesa.

Ao mundo que se ampliou depois de conhecer de perto tanto outros mundos de lições, dores e força tão singulares, a todos os participantes, usuários, familiares e serviços envolvidos, minha eterna gratidão.

RESUMO

Introdução: O uso abusivo do crack é um grave problema de saúde pública com repercussões sociais importantes constituindo-se em um fenômeno de difícil manejo, principalmente em populações marginalizadas. A partir de um estudo transversal em 2010 – 2011 foi obtido um perfil de uma amostra de 200 usuários de crack internados para desintoxicação em um hospital psiquiátrico público em Maceió, Alagoas. Em continuidade a este estudo, foi realizada uma reavaliação 5 anos depois. A hipótese foi de que os usuários que tiveram início precoce do uso de crack (antes de 19 anos) teriam piores desfechos após cinco anos

Objetivo: Verificar em uma amostra de usuários de crack internados para desintoxicação, a importância da idade de início do uso da substância em termos dos desfechos 5 anos depois.

Métodos: Estudo longitudinal prospectivo, no qual buscou-se seguir uma coorte de 200 usuários de crack cinco anos após um episódio de internamento para desintoxicação. Para avaliação inicial (2010-2011) foi utilizado o *Addiction Severity Index* (ASI-6). Para a reavaliação (2014-2016) do período transcorrido, utilizou-se um questionário específico para coletar informações referentes aos desfechos selecionados (abstinência, prisão e óbito) e possíveis fatores intervenientes (situação empregatícia, estado civil, além dos fatores sociodemográficos). A análise descritiva foi realizada para a amostra como um todo, e a analítica foi realizada através do uso de regressão logística.

Resultados: Foram obtidas informações de 150 (75%) usuários. A percentagem de respostas obtidas foi diferente para cada variável investigada. Dos 80 usuários que informaram sobre uso atual de crack, 35 (43,2%) estavam abstinentes há 12 meses ou mais. Foi detectado que 11 usuários estavam presos e 23 tinham ido a óbito, sendo 20 (80,7%) por homicídio. Com relação aos desfechos pesquisados através de ajuste feito com regressão logística observou-se que usuários que iniciavam uso de crack até 18 anos de idade tiveram probabilidade maior de ter morte violenta do que os demais (OR = 5,13; IC 95%: 1,29 - 19,88). Com relação a estar em tratamento, solteiros apresentaram maior probabilidade de estar em tratamento (OR= 0,23; IC 95%:0,09 - 0,59). Com relação a apresentar problemas legais, usuários com menor escolaridade apresentaram risco maior (OR= 4,36; IC95%:1,67 - 11,34). Finalmente referente ao desfecho estar abstinente houve associação com estar em união estável (OR= 4,69; IC95%: 01,16 - 18,97).

Conclusões: Na avaliação da amostra como um todo, foi confirmada a hipótese de que o início do uso precoce do crack esteve associado ao desfecho homicídio no curso dos 5 anos de seguimento.

Palavras-chave: Crack/Cocaína; Epidemiologia; Idade de início; Homicídio.

ABSTRACT

Introduction: The abusive use of crack is a serious public health problem with important social repercussions constituting a phenomenon of difficult management, mainly in marginalized populations. From a cross-sectional study in 2010-2011, a profile of a sample of 200 crack users hospitalized for detoxification was obtained in a public psychiatric hospital in Maceió, Alagoas. In continuation of this study, a reevaluation was carried out 5 years later. The hypothesis was that users with early onset crack use (before 19 years) would have worse outcomes after five years

Objective: To verify in a sample of hospitalized crack users for detoxification, the importance of the age of onset of substance use in terms of outcomes 5 years later.

Methods: This was a prospective longitudinal study in which a cohort of 200 crack users was followed five years after an episode of hospitalization for detoxification. For the initial evaluation (2010-2011) the Addiction Severity Index (ASI-6) was used. A specific questionnaire was used to collect information on the selected outcomes (abstinence, prison and death) and possible intervenient factors (employment status, marital status, and sociodemographic factors) for the reevaluation (2014-2016) of the period elapsed. The descriptive analysis was performed for the sample, and the analysis was performed through the use of logistic regression.

Results: We obtained information from 150 (75%) users. The percentage of responses obtained was different for each variable investigated. Of the 80 users who reported on current crack use, 35 (43,2%) were abstinent 12 months or older. It was detected that 11 users were arrested and 23 had died, 20 (80,7%) were homicide. Regarding the outcomes assessed through adjustment with logistic regression, it was observed that users who started using crack up to 18 years of age were more likely to have violent death than others (OR = 5,13; CI 95%: 1,29-19,88). Regarding treatment, singles were more likely to be treated (OR = 0,23; CI 95%: 0,09 - 0,59). In relation to presenting legal problems, users with lower levels of schooling presented greater risk (OR = 4,36, CI95%: 1,67-11,34). Finally referring to the outcome being abstinent there was association with being in stable union (OR = 4,69, CI 95%: 01,16 - 18,97).

Conclusions: In the evaluation of the sample as a whole, it was confirmed the hypothesis that the beginning of crack use was associated to the homicide outcome during the 5 years of follow-up

Keywords: Crack / Cocaine, Epidemiology, Age of onset, Homicide

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1	Entrevistas realizadas e não realizadas no seguimento da amostra inicial de 200 usuários entrevistados no HEPR, Alagoas (2014-2016).	31
Tabela 1.2	Comparação dos dados sócio demográfico dos 200 usuários de crack (2010 -201) com os dados dos 150 usuários identificados na reavaliação de acordo com a idade de início de uso de crack, Alagoas (2014-2016).	32/33
Tabela 1.3	Associação entre abstinência há 12 meses ou mais entre usuários de crack na reavaliação e variáveis sociodemográficas coletadas na admissão, Alagoas (2010-11). (n = 81).	34
Tabela 1.4	Associação entre desfecho abstinência há 12 meses ou mais e variáveis sócio demográficas selecionadas atuais, Alagoas (2014-16).	35
Tabela 1.5	Associação entre abstinência e tratamento atual, Alagoas (2014 – 2016). (n=76).	35
Tabela 1.6	Tratamento e idade de início de uso de crack no momento da entrevista de reavaliação, Alagoas (2014-2016). (n=128).	36
Tabela 1.7	Modalidades de tratamento dos usuários no momento da entrevista de reavaliação, Alagoas (2014-2016). (n=128).	36
Tabela 1.8	Associação entre idade de início de uso de crack e desfechos problema legais e óbito, Alagoas (2014 – 2016). (n=150).	37
Tabela 1.9	Perfil avaliado na internação dos usuários que após a alta evoluíram para óbito e dos que sobreviveram, Alagoas (2010-2016). (n=152*).	38
Tabela 1.10	Comparação entre idade de início de crack e número de usuários que foram a óbito durante o intervalo, Alagoas (2014-2016). (n=23).	39
Tabela 1.11	Causas de morte dos usuários de crack que foram a óbito por idade de início do crack durante o intervalo, Alagoas (2014-2016). (n=23).	39
Tabela 2.1	Regressão logística para abstinência e variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=77).	40
Tabela 2.2	Regressão logística para tratamento atual e variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=112).	41
Tabela 2.3	Regressão logística para Problemas Legais variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=116).	42
Tabela 2.4	Regressão logística multivariada para óbitos violentos e variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=139).	43

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASI-6	<i>Addiction Severity Index</i> versão 6
IML	Instituto Médico Legal
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HAB	Homicídio por Arma Branca de Fogo
HAF	Homicídio por Arma
HEPR	Hospital Escola Portugal Ramalho
SEPREV	Secretaria de Estado de Prevenção à Violência
SERIS	Secretaria da Ressocialização e Inclusão Social
SNC	Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 O uso de droga pela humanidade	17
2.2. O surgimento do crack	17
2.3 A chegada do crack no Brasil	19
2.3.1 Perfil dos usuários de crack no Brasil	20
2.4 Dados epidemiológicos	21
2.5 Idade de início de uso do crack	22
2.6 Estudos prospectivos com usuários de crack	23
3 OBJETIVOS	26
3.5 Geral	26
3.6 Específicos	26
4 MÉTODOS	27
4.1 Desenho de Estudo	27
4.2 Local de Estudo	27
4.3 Participantes	27
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	28
4.4 Variáveis	28
4.5 Fontes de dados /Mensuração	28
4.5.1 Questionário usado na primeira avaliação (2010-2011)	28
4.5.2 Questionário usado na reavaliação (2014-2016)	28
4.6 Viés	29
4.7 Tamanho da amostra	29
4.8 Análise estatística	30
4.9 Aspectos Éticos	30
5 RESULTADOS	31
5.1 Reavaliação da amostra	31
5.2 Reavaliação da amostra por regressão logística multivariada	40
6 DISCUSSÃO	44

7		
	6.1 Limitações deste estudo	51
7	CONCLUSÕES	52
8	OUTRAS INFORMAÇÕES	52
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	
	APÊNDICE 1 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	65
	APÊNDICE 2 – Questionário de reavaliação (2014-2016)	67

1.0 INTRODUÇÃO

Dados mais recentes do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) relataram que aproximadamente 250 milhões de pessoas usaram drogas ilícitas em 2015. Destes, cerca de 29,5 milhões, ou 0,6% da população adulta global, apresenta transtornos decorrentes do uso de drogas, o que inclui a dependência química (UNODC, 2017).

O número de usuários de cocaína por região ao longo das décadas (1998/2009/2014) revelou uma diminuição de usuários na América do Norte e Europa e um aumento de usuários na América do Sul, África e Ásia (UNODC, 2016). E apesar da tendência a diminuição nos primeiros continentes, os dados mais recentes demonstram que a manufatura da cocaína aumentou (UNODC, 2017). Dados do Observatório Europeu (2017) indicam ainda, que a oferta e consumo da cocaína vem apresentando aumento em algumas regiões do sul e oeste deste continente.

Subproduto da cocaína, o crack é administrado por via pulmonar, fumada e, seus efeitos são experimentados de forma mais rápida e intensa (CARLINI et al.,2001). E uma característica que se destaca entre usuários dessa substância é que, seja no Canadá (país desenvolvido) ou no Brasil (país em desenvolvimento), os usuários fazem parte de populações mais marginalizadas socioeconomicamente, com alta proporção de usuários em situação de rua e com envolvimento em situações ilegais (Fischer et al., 2013,2006).

Quanto ao consumo do crack, as estimativas apontam que o Brasil possivelmente é o maior mercado mundial dessa substância, (ABDALLA, et al, 2014; LARANJEIRA, 2014). Em estudo da Fiocruz realizado em 2012 foi calculado em 370 mil o número de usuários de crack no Brasil, sendo que 40% deles se encontravam na Região Nordeste (BASTOS et al., 2014).

Com relação às características da repercussão do uso do crack, Kessler e Pechansky (2008) enfatizaram que independentemente da expansão do uso, o que mais chama a atenção é a velocidade da deterioração da vida mental, orgânica e social do usuário de crack. Os autores relatam ainda a relação indireta com a mortalidade, pois os óbitos estão mais associados à violência do que aos danos que a própria substância ocasiona (KESSLER, PECHANSKY, 2008). Além disso, a cultura do crack produz uma inconsistência do uso de preservativos, o que pode gerar o aumento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (ZEFERINO et al.,2017; OLIVEIRA, NAPPO, 2008), incluindo o HIV.

A utilização do crack no Brasil é uma situação de emergência em saúde que atinge camadas mais jovens da população envolvendo cenas abertas de venda e consumo, progressivamente ampliando os espaços antes mais circunscritos aos grupos economicamente mais vulneráveis (BASTOS, 2012).

Apesar do Brasil ser pioneiro em políticas contra drogas lícitas como o tabaco, o consumo de drogas ilícitas como o crack vem apresentando crescimento em todas as classes sociais sendo consumido por grupos etários cada vez mais jovens (GIGLIOTTI et al., 2014).

O conhecimento sobre os usuários de drogas que procuram serviços especializados proporciona melhores condições para a formulação de propostas para um atendimento mais eficiente (VARGENS, CRUZ, SANTOS, 2011).

No período de 2010 a 2011, foi realizado um estudo transversal com 200 usuários de crack atendidos em um hospital psiquiátrico público do Estado de Alagoas, com o objetivo de descrever o perfil desses usuários (SOUZA, 2012).

Evidências demonstram que o início precoce de uso de drogas contribui para acelerar o surgimento de problemas decorrentes desse uso (CHEN, O'BRIEN, ANTHONY, 2005; GRANT, DAWSON, 1998; ANTHONY, PETRONIS, 1995). O que estimula a necessidade de um maior entendimento sobre as associações entre início do uso da substância e seus desfechos, especialmente em estudos longitudinais.

Em, 2014, iniciou-se o presente estudo: reavaliar a situação dos usuários descritos por Souza em 2010 - 2011, partindo da hipótese de que os usuários que tiveram início precoce do uso de crack (antes de 19 anos) teriam piores desfechos após 5 anos.

2.0 REVISÃO DE LITERATURA

O uso do crack vem se configurando como dito anteriormente e ao longo deste estudo, como um importante problema de saúde pública e social, multifacetado e complexo.

2.1 O uso de drogas pela humanidade e a cocaína

O consumo de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade (NUNES et al., 2010; LABATE et al., 2008; DIAS et al., 2006). Seu uso se fez presente nas mais variadas formas, contextos culturais e funções. Geralmente associadas ao desejo do homem na busca pela alteração do estado de consciência e na tentativa de “dominar a mortalidade, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, intensificar os sentidos ou promover a interação em seu meio social, muitas vezes em um desejo de “consertar a realidade” (NUNES et al., 2010, p.17).

A multiplicidade de significações e utilidades pode ser reforçada nas palavras de Escohotado (1998), ao referir-se que estas substâncias podem servir tanto para entrar em contato com o luminoso, propósito comum as culturas primitivas, assim como mais atualmente com Freud, quando fez uso de cocaína para entrar em contato com o inconsciente.

Apesar do uso de drogas acompanhar o desenvolvimento da humanidade, a transformação de um uso tido como natural “a elevação da categoria de problema social”, é datado mais recentemente, com pouco mais de um século, quando comparado a trajetória milenar do uso de drogas (LABATE et al., 2008, p.25). Para Birman (2007), o crescimento das toxicomanias, contribui para a transformação do sujeito inseguro, desamparado, em cidadão da sociedade do espetáculo, seja pelo narcotráfico, pela farmacodependência, ou pelos psicofármacos.

Como uma das drogas ilícitas mais consumidas mundialmente, a cocaína é uma substância psicoativa derivada da *Erythroxylon coca*, uma planta originária da América do Sul, encontrada ao leste dos Andes e acima da Bacia Amazônica (LEITE, 1999). Remonta a um passado distante, quando há mais de 4500 anos, suas folhas eram utilizadas por índios (FERREIRA, MARTINI, 2011; BAHLS, BAHLS, 2002). Numerosas lendas se referem a ela em associação aos mistérios sagrados da fertilidade, da sobrevivência e da morte, assim como de práticas curativas.

A industrialização possibilitou que a cocaína chegasse aos países desenvolvidos. A cocaína se tornou uma importante “commodity” comercial no período em que as bases científicas da coca e sua produção foram estabelecidas, muito além do século dezanove, ou

seja, o impacto do abuso de cocaína pode ser relacionado aos avanços técnicos do seu comércio (KARCH, 1999).

Escohotado (1998) enfatiza um movimento quase frenético de propagandas da cocaína. Ferreira, Martini (2011), destacaram seu uso e prescrição por Freud e outros médicos, na busca pela cura de diversos males, já que esta substância era tida como um fármaco milagroso. Porém, diante das evidências de seu alto poder dependógeno, a cocaína passou a ser rechaçada. (FERREIRA, MARTINI, 2011).

Alguns anos depois a cocaína iria servir de base para a manufatura de outra variedade dessa substância: o crack, um subproduto da cocaína, mais barato e com efeitos mais intensos e devastadores (VAUGHN et al.,2010, INCIARDI et al., 2006).

2.2 O surgimento do crack

Os principais relatos sobre o uso do crack datam do início da década de 80, nos Estados Unidos (KESSLER, PECHANSKY, 2008; CORNISH, O'BRIEN, 1996), onde socioetnógrafos relataram um novo modo de consumo da cocaína, caracterizado pela inalação do vapor expelido da combustão de pedras manufaturadas ao aquecer a pasta básica acrescida de bicarbonato de sódio (KESSLER, PECHANSKY, 2008; FIGLIE, LARANJEIRA, BORDIN, 2004). Ao serem aquecidas, provocam a precipitação de cristais de cocaína (estalos), de onde surge seu nome (FIGLIE, LARANJEIRA, BORDIN, 2004). Outros autores relatam que o início do uso do crack ocorreu na América latina, nas ilhas do Caribe (HAMID, 1992), introduzindo uma nova forma do uso de cocaína, fumável.

Como a cocaína acentua a ação da noradrenalina e dopamina, ela é classificada como uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC). Portanto, é capaz de aumentar o estado de vigília e da motricidade, produzir agitação, euforia, ansiedade e, em grandes doses, pode gerar ações perturbadoras do SNC, causando delírios e alucinações (CARLINI et al., 2001). Observa-se que a relação entre as formas típicas de administração da cocaína (injetável, aspirada ou fumada) e os efeitos experimentados são distintas. Carlini et al.,(2001) pontuaram que, ao ser fumada, a riqueza de vasos sanguíneos e a extensão do pulmão, acarreta uma absorção quase instantânea da substância, chegando muito rapidamente a circulação do cérebro, produzindo seus primeiros efeitos em cerca de 10 a 15 segundos-efeitos mais rápidos e estimulantes (DUALIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; KESSLER, PECHANSKY, 2008). Em contrapartida, os primeiros efeitos experimentados pelas outras vias são de 3 a 5 minutos para cocaína injetada e cerca de 10 a 15 minutos para a forma aspirada. Porém a duração segue respectivamente cerca de 5, 20 e 45 minutos, para as

diferentes modalidades. A curta duração pela via fumada é decisiva para a repetição do seu uso, contribuindo para uma maior dependência. A necessidade de vivenciar os efeitos de intensa euforia, poder e prazer, gera um desejo compulsivo pela repetição da ingestão (nova “pipada”), o que denomina-se fissura ou *Craving*. Contribuindo para o desenvolvimento da dependência nos usuários de crack (CARLINI et al.,2001; FERRI et al., 1997).

CARLINI et al., (2001) também ressaltam que após esse uso que gera tanto prazer, também provoca efeitos como insônia, hiperatividade, falta de interesse sexual, perda de apetite e conseqüentemente de peso e fissura. Enquanto que o uso crônico, gera cansaço e depressão, diminuição dos cuidados pessoais básicos, como higiene (RUI, 2014; NAPPO,1996). O uso crônico pode ainda despertar o que os usuários chamam de “noia” (CARLINI, et al.,2001), que é a vivência de paranoias, que geram muito medo nos usuários, intensificam a agitação e contribui para comportamentos agressivos. Rui (2014) relatou que “noia” também era usado nas ruas de forma pejorativa para identificar usuários extremamente debilitados pelo uso crônico de crack (noias também são muito criticados pelos seus pares, ressalta a autora).

Desde os primeiros registros, o uso do crack foi associado a comunidades pobres e minorias étnicas (SMART, 1991). Cornish & O’Brien (1996) destacaram a relação da droga com raça e etnia, relatando que americanos afrodescendentes abusavam duas vezes mais de crack do que americanos brancos. Nos Estados Unidos, observa-se que as conseqüências do uso de crack entre a população negra parecem ser mais graves quando comparadas a outras etnias (ZAPOLSKI, BALDWIN, LEJUEZ, 2017).

Apesar do crack não ser uma das drogas mais utilizadas, os perigos associados a um padrão de uso compulsivo e a frequência de envolvimento com atividades violentas (OTEO PÉREZ et al., 2014; CHAVES et al., 2011; BENNETT, HOLLOWAY, FARRINGTON, 2008; OLIVEIRA, NAPPO, 2008; RIBEIRO et al., 2006; NAPPO, GALDUROZ, NOTO,1996) e sexuais de risco (NAPPO, SANCHEZ, OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA, NAPPO, 2008; DUAILIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; AZEVEDO, BOTEGA, GUIMARAES, 2007; RIBEIRO et al., 2006), sobretudo para obtenção de dinheiro ou droga, geram problemas de saúde pública e sociais (NAPPO, SANCHEZ, RIBEIRO, 2012).

Bastante característico do usuário de crack, a fissura pelo uso da substância pode levar o indivíduo a transgredir suas próprias regras de conduta (CHAVES et al.,2011; RIBEIRO, SANCHEZ, NAPPO, 2010; SCHÖNNESSON, 2008; NAPPO, GALDURÓZ, NOTO, 1994). O crack adquire um lugar de extrema importância na vida dos usuários. A urgência pelo

consumo contribui para rebaixar seus valores, tornando-os vulneráveis a atividades que colocam em risco sua integridade moral e física, pois o que está em jogo é a obtenção de mais droga: “Para a pessoa em fissura, perder a família, gastar altas quantias (...) descuidar do próprio corpo, nada parece tão ruim quanto não usar crack” (CHAVES et al.,2011, p.5).

2.3 A chegada do crack ao Brasil

Bastos (2012) relata que não há na história brasileira, uma situação semelhante à mobilização de diversos setores para o enfrentamento do crack. Ele destaca ainda que, parte desse ineditismo, deve-se ao fato de ser uma substância de ação especialmente rápida, frequentemente associada ao consumo abusivo/dependente, que afeta particularmente segmentos jovens da população (incluindo crianças e adolescentes) e de uma visibilidade inédita enquanto cena pública de venda e consumo, ao extravasar o espaço das comunidades pobres e ganhar novos espaços urbanos, contíguos aos espaços de circulação das classes médias e dos meios de comunicação. Alguns autores chegam a denominar a situação como epidemia do crack (ANDRADE, et al.,2011; OLIVEIRA, NAPPO, 2008; RIBEIRO et al.2006; RIBEIRO et al., 2004).

Os registros apontam que o crack aporta em território nacional no final da década de 80, com o forte apelo de ter custo inferior ao das demais substâncias psicotrópicas já conhecidas, com efeito mais devastador (FIGLIE, LARANJEIRA, BORDIN, 2004). Ficou disponível a partir de 1991 na cidade de São Paulo (NAPPO, GALDURÓZ, NOTO, 1996). Uchôa (1996) referiu que a primeira apreensão da droga no país consta nos arquivos da Divisão de Investigações sobre Entorpecentes (DISE), registrada na cidade de São Paulo em 1990. Este mesmo autor traçou uma trajetória do uso do crack, enfatizando também sua associação a pessoas de baixa renda e de forma mais gradual, sua imersão em diversas classes sociais. Uma particularidade destacada foi o fato do crime organizado do Rio de Janeiro ter envidado esforços para impedir sua entrada na cidade. A causa principal referia-se ao receio de que essa substância atrapalhasse a lucrativa venda de cocaína e maconha, pois o uso do crack estava atrelado a ideia de rápida mortalidade, o que dificultaria a construção de um mercado consumidor estável.

Nappo, Galduróz e Noto (1996) identificaram em estudo etnográfico, em que a totalidade dos entrevistados relatou facilidade em encontrar crack em São Paulo nos anos 90. A oferta abundante de crack foi relatada como superior à da maconha, facilitando seu consumo. Eles relataram ainda sobre a recorrência de encontrar apenas crack nos locais de

compra de drogas, o que contribuía para a substituição da forma de uso da cocaína (aspirada para a fumada). Os autores destacam então, que o excesso de disponibilidade era uma estratégia de lucro dos traficantes, pois, embora o crack se configure inicialmente como de consumo mais barato, sua manutenção não é. Nesse sentido, Rui (2014) destaca que o crack atualmente é visto mais como capital de giro, pois diferentemente das drogas mais consumidas (maconha e cocaína em pó), ele é vendido diariamente.

Oliveira e Nappo (2008) observaram a transição da qualidade do crack ao longo dos anos. Em São Paulo, após quase 2 décadas da chegada do crack, praticamente não houve alteração do valor da pedra (de R\$5,00 a R\$20,00), em contrapartida, observou-se a perda em qualidade, nítida por suas características físicas, consistência, coloração e efeitos. O crack está mais pastoso, com diluentes que variam de farinha, a bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, mármore e até fezes de animais. Esta perda de qualidade, somadas a maior disponibilidade do crack e ao medo de contaminação pelo HIV, foi decisivo para a diminuição do número de usuários de cocaína injetável (INCIARDI, et al.,2006).

Oliveira e Nappo (2008) relataram que esse acréscimo gera preparações impuras, com menor potencial aditivo, contribuindo para a manutenção do uso e existência de usuários de longo prazo. Contudo, segundo os autores, as possíveis interações do crack com os novos aditivos ainda não estão esclarecidas, o que possibilita maiores riscos à saúde física e mental ao usuário.

Esse contexto que ora interditava o crack, ora disponibilizava; seus intensos efeitos e baixo custo, foi decisivo para sua dispersão pelo território brasileiro, nas diferentes classes sociais, tornando-se, como referem Kessler e Pechansky (2008) um grave problema de saúde pública com enorme impacto social e familiar, além de ser uma droga de difícil tratamento.

2.3.1 Perfil dos usuários de crack ao Brasil

Os usuários de crack brasileiros de maneira geral são predominantemente do sexo masculino, negro/pardo, jovem, provenientes de famílias pobres, com baixa escolaridade, situação empregatícia caracterizada por subempregos ou mesmo desempregados (BASTOS, BERTONI et al., 2014; FISHER et al., 2013; DUALIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; SANCHEZ, NAPPO, 2002; NAPPO, CARLINI et al., 2001; NAPPO, GALDURÓZ, NOTO, 1994). Sendo assim, apresentam-se como um grupo bastante vulnerável socialmente.

Fischer et al.,(2013) enfatizam que esses usuários (tanto no Brasil como no Canadá) pertencem a populações predominantemente excluídas da sociedade. Essa marginalização dos usuários de crack é visível no grande número de usuários que moram em assentamentos

subnormais ou em situação de rua (CHAVES et al., 2011; RAUPP, ADORNO, 2011; MALTA et al., 2008).

As transformações vêm apontando para um aumento do número de usuárias do sexo feminino. Embora a prevalência do uso de crack seja maior no sexo masculino, as mulheres estão mais vulneráveis em adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como hepatites e HIV, devido a maior exposição do corpo como moeda de troca pela substância ou por dinheiro para comprá-la (ZEFERINO et al.,2017; VERNAGLIA, VIEIRA, CRUZ, 2015; NAPPO, SANCHEZ, OLIVEIRA, 2011; TIMPSON et al.,2011; CORSI et al.,2010; DUAILIBI RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; OLIVEIRA, NAPPO, 2008; CARVALHO, SEIBEL,2009; MALTA et al.,2008).

Observa-se em especial, que a associação do crack ao aumento do comportamento violento é fortemente propagada pelas mídias, que tem sido decisiva na criação de uma cultura do crack. No Brasil a mídia sobre o crack enfatiza os aspectos de criminalização e reforça os estigmas existentes (SALES JORGE, CORRADI-WEBSTER, 2012; ROMANINI, ROSO, 2012; SANTOS et al., 2012; NAPPO, SANCHEZ, RIBEIRO, 2012; VEDOVATTO, 2008).

2.4 Dados Epidemiológicos sobre o consumo de crack

Os dados mais recentes do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) reportam que 255 (5,3%) milhões de pessoas fizeram uso de drogas ilícitas no mundo e, apesar da prevalência global do uso de drogas ter se mantido estável, o número de dependentes químicos tem aumentado no decorrer dos anos (UNODC, 2017), atingindo 29,5 milhões de pessoas em 2015 (UNODC, 2017). Dentre as substâncias ilícitas consumidas mundialmente, a cocaína encontra-se em terceiro lugar, com 17,1 (0,35%) milhões de adultos no globo (UNODC, 2017). Observou-se ainda que a crise dos opioides, as drogas mais consumidas, está apresentando uma diminuição enquanto que a manufatura da cocaína aumentou.

Segundo o Observatório Europeu de Drogas e Toxicomanias (2017), os dados referentes ao uso do crack apontam que 7.400 usuários iniciaram o tratamento na Europa, relatando ser o crack a substância ilícita principal responsável pelas internações médica.

Com relação ao Brasil, em 1993 foi realizado um estudo sobre o uso de crack por crianças de rua na cidade de São Paulo (GALDURÓZ, et al., 1994). Detectou-se uso na vida em 36% das crianças, sendo que 11% delas, utilizavam a substância com regularidade semanal ou diária (NOTO et al.,1994).

Com o passar do tempo, como destacam Dualibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), ocorreu um aumento significativo do consumo de crack na região Nordeste. Consumo esse que era extremamente baixo até 1997 (cerca de 1%) e que em 2003 já apresentava 10,3% em Fortaleza e 20,3%, em Recife, aumento justificado pelos autores devido a maior disponibilidade de derivados da coca nesta região.

Em 2012, houve a publicação do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), que visou estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas na população, a partir de 14 anos, de ambos os sexos responsável por descrever o Brasil como o maior mercado mundial de *crack* e o segundo maior de cocaína. Observou-se que o Brasil representava 20% do consumo mundial do *crack*. Nessa época, o número de brasileiros que já tinham utilizado crack uma vez na vida (1,3% de adultos e 0,8% de adolescentes) foi estimado em quase dois milhões (LARANJEIRA et al., 2012).

Para diminuir os vieses e se aproximar da real estimativa do consumo nacional de crack, foi realizada a maior pesquisa sobre essa substância no Brasil até o momento, cuja coleta compreendeu o período de 2011 a 2012. Denominada como Pesquisa Crack (BASTOS et al., 2014), o perfil dos usuários de crack foi traçado através da realização de entrevistas com 7.381 usuários regulares¹ de crack e/ ou similares nas 26 capitais do país e do distrito federal. O número de usuários regulares foi estimado em 370 mil, sendo aproximadamente 40% da região Nordeste.

Pode-se perceber com o exposto, que quantitativamente o crack não se caracteriza como uma epidemia. O que não obscurece sua situação de emergência em saúde (Bastos et al., 2012).

2.5 Idade de início de uso do crack

Evidências demonstram que o início precoce de uso de drogas (antes da vida adulta), contribui para acelerar o surgimento de problemas decorrentes desse uso (CHEN, O'BRIEN, ANTHONY, 2005; GRANT, DAWSON, 1998; ANTHONY, PETRONIS, 1995).

¹ Uso regular segundo critérios da Organização Panamericana de Saúde, OPAS, que caracteriza uso regular como consumo de no mínimo 25 dias em 6 meses (REIS, 2014, p.44).

Chen, Storr e Anthony (2009) buscaram novas evidências sobre a relação entre o início de uso de drogas na adolescência e o risco do desenvolvimento de características clínicas de dependência química, utilizando um banco de dados de Pesquisas Nacionais dos Estados Unidos sobre Uso de Drogas e Saúde (*United States National Surveys on Drug Use and Health*). Os resultados apontaram que todas as drogas avaliadas (maconha, cocaína incluindo crack, álcool, inalantes e medicamentos analgésicos e ansiolíticos) com exceção dos alucinógenos, foram estatisticamente significantes, apresentando um maior risco para o desenvolvimento de problemas clínicos após 24 meses do primeiro uso quando comparados aos seus homólogos adultos (11 aos 17 anos e ≥ 18 anos). As estimativas não se alteraram após ajuste para sexo e raça/etnia. Também foi identificado quanto ao uso de cocaína/crack, um risco excessivo entre usuários adolescentes para "problemas emocionais" (RR = 2,4; p = 0,005) e atividades reduzidas (RR = 1,9; p = 0,01).

Como o uso de crack é relativamente recente, tendo cerca de três décadas em território nacional, é comum encontrar referências de que a idade de início do uso de crack tenha um início mais tardio que as demais drogas (PIANCA et al.,2015; LEITE, OLIVEIRA, CRUZ, 2015; JORGE et al., 2013; DIAS, ARAÚJO, LARANJEIRA, 2011): “(...)as drogas começou com a maconha né, com o álcool, aí depois de alguns anos eu comecei a usar a cocaína e depois o crack, o crack veio por último...(...) (JORGE et al., 2013: 2914)

Jorge et al., (2013) enfatizam a multiplicidade de fatores que levam os usuários a iniciar o uso de crack, incluindo questões farmacológicas da substância, a necessidade em experimentar novas sensações, a busca pela intensidade do prazer; seja por questões sociais, seja pela obtenção de uma droga mais nova, por estar na moda (necessidade do consumo), fácil acesso e baixo custo especialmente quando comparada com a cocaína aspirada.

2.6 Estudos prospectivos com usuários de crack

Diversos autores se debruçaram em estudos de seguimento/follow-up com usuários de crack, com os mais variados temas: usuários e padrões de consumo de longo prazo (FALCK, WANG, CARLSON, 2008; FALCK et al., 2007; SIEGAL, RAPP, 2002); histórico de tratamento ou egressos de instituições de tratamento (DIAS, et al., 2008, 2011; RIBEIRO et al, 2007; HSER et al., 2006; GODLEY, et al., 2004; HAROCOPOS, DENNIS et al., 2003; GOSSOP et al., 2003); mortalidade (RIBEIRO et al, 2006, 2004); avaliação de intervenção pré-tratamento (WECHSBERG et al., 2007); procura por dispositivos de tratamento (SIEGAL

et al.,2002); prevalência de transtornos psiquiátricos (FALCK et al., 2004) e nova geração de usuários de crack (BUSTER et al., 2009);

Dentre os estudos com usuários egressos de instituições de saúde, Harocopos e Dennis (2003) acompanhou 100 usuários de crack oriundos de centro de crise durante 18 meses. Os autores identificaram como variáveis preditivas de abstinência, a conclusão de programa de reabilitação; a avaliação dos usuários durante o estágio motivacional de ação (utilizando-se de estratégias de prevenção de recaída); ter buscado tratamento em períodos iniciais do abuso de substância e ter frequentado grupos de autoajuda. Ao passo que pouco contato com serviços de assistência e menores taxas de adesão foram variáveis preditivas do uso de crack (ao longo dos 18 meses). Foi sugerido pelos autores que as medidas de prevenção de recaída sejam singularizadas, construídas com base em experiências individuais ao invés de basearem-se em condutas padronizadas.

Com relação ao estudo de follow-up com egressos, Godley et al., (2004) buscaram identificar os grupos de trajetória de recaída entre grupos de adolescentes americanos após alta de tratamento para abuso de Álcool e Outras Drogas (AOD) mais de 30 meses, enfatizando a importância da investigação de padrões de recuperação longitudinais mais complexos, propondo a existência de 5 subgrupos: 1. baixo uso de AOD com dias em ambiente controlado; 2. baixo uso de AOD com altos dias de uso em ambiente controlado; 3. uso moderado / decrescente de AOD; 4. aumentando o uso de AOD e 5. uso consistentemente alto de AOD.

Outro estudo com egressos foi realizado por Gossopo et al., (2003) que através de um follow-up (4-5anos) reuniram 418 egressos usuários de diversos tipos de drogas de 54 agências de tratamento situadas na Inglaterra. Com relação ao uso do crack, pode-se observar que houve redução do consumo durante o primeiro ano de follow-up, ao passo que nos anos seguintes houve uma tendência a retomada do uso. Estes autores problematizam a escolha da variável abstinência como medida predominante ao avaliar resultado de tratamento e propõem um segundo critério que seria a redução na frequência do uso da substância

Falck, Wang, Carlson (2007) avaliaram periodicamente de 1996 a 2005 os dados de 430 usuários de crack para identificar a probabilidade de um fumante de crack se tornar abstinente (mínimo de 6 meses consecutivos) durante o período estudado. Foram identificados 3 grupos baseados em trajetórias distintas: 1.Grupo que não apresentou mudança, caracterizada por uma baixa probabilidade de abstinência; 2. Alguma mudança, caracterizado por uma baixa ou moderada probabilidade de abstinência e o 3. Grupo mudança dramática,

caracterizado por uma alta probabilidade de abstinência. Esse estudo também identificou que os homens e negros eram significativamente menos propensos a se tornarem abstinentes. Os autores concluíram então que o uso de crack persistente por dez anos ou mais parece ser a norma para pessoas que fazem uso dessa substância.

3.0 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Verificar em uma amostra de usuários de crack internados para desintoxicação, a importância da idade de início do uso da substância em termos dos desfechos 5 anos depois.

3.2 Objetivos específicos:

- 3.2.1** Comparar as situações e eventos dos últimos 5 anos de vida dos usuários de crack participantes da avaliação inicial, em termos de perfil sócio demográfico, abstinência, tratamento, status legal e mortalidade;
- 3.2.2** Descrever a evolução dos usuários de crack participantes ao longo do tempo e os desfechos de abstinência, prisão e óbito ao longo dos 5 anos;
- 3.2.3** Descrever as principais causas de óbito entre os usuários de crack.

4.0 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo em que 200 casos de usuários de crack avaliados pelo ASI-6 no período de 2010 a 2011, internados para desintoxicação no Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), em Maceió, Alagoas, foram rastreados e os usuários e/ou familiares localizados foram reentrevistados.

4.2 Local de Estudo

O Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), é o único hospital psiquiátrico público de Alagoas e localiza-se em sua capital, Maceió. É referência para transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A partir dos dados dos prontuários dos 200 usuários de crack avaliados inicialmente, foi construído uma tabela com os dados identificados, separando por bairro e Município, objetivando agilizar o contato telefônico e as visitas domiciliares. Também foram acessadas Instituições onde houvesse possibilidades de obtenção de dados (Instituto Médico Legal - IML, Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPS-Ad, Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social- SERIS e Secretaria de Estado de Prevenção à Violência- SEPREV).

O período da coleta foi de julho de 2014 a setembro de 2016, prazo estendido devido à dificuldade de localização dos usuários.

4.3 Participantes

Como trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, os participantes deste estudo foram os usuários dos quais se pode entrevistar ou identificar algum desfecho importante, entre os 200 usuários de crack iniciais que foram submetidos a avaliação em que se descreveu seu perfil durante episódio de internação para desintoxicação no HEPR no período de 2010 e 2011 (SOUZA, 2012).

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Usuários de crack, maiores de 18 anos, que apresentaram condições de compreender e responder a entrevista. Como critérios de exclusão, não participaram desse estudo usuários de outras substâncias que não incluíssem o crack.

Na entrevista de reavaliação, nos casos em que o sujeito não apresentasse condições de respondê-la, a entrevista foi realizada com o familiar ou conhecido ou foram coletados dados através de prontuários.

4.4 Variáveis

Os principais desfechos estudados foram: óbito, abstinência, situação legal e tratamento. Quanto a exposição foi avaliada a idade de início do uso de crack e como variáveis intervenientes a escolaridade, situação conjugal, vínculo empregatício, possíveis fatores de confusão e modificadores de efeitos.

4.5 Fonte de dados/ Mensuração

4.5.1 Questionário usado na primeira avaliação (2010-2011)

Foi utilizado para caracterização inicial da amostra o ASI-6 (McLELLAN, 2006; KESSLER, PECHANESKY, 2006), instrumento validado no Brasil, por Kessler et al (2012). Instrumento composto por 242 questões divididas em sete áreas: situação de moradia, problemas médicos, emprego/sustento, uso de álcool e drogas, problemas legais, relações sócio familiares, situação psiquiátrica.

4.5.2 Questionário usado na reavaliação (2014-2016)

Para a entrevista de reavaliação, foi utilizado como questionário de acompanhamento, uma adaptação do questionário utilizado na tese de doutorado intitulada: “Estudo Longitudinal que Acompanhou o Percurso de Dependentes de Crack ao longo de 12 Anos: Perfil, Evolução da Coorte, Trajetórias de Consumo e Principais Desfechos após a Alta de um Episódio de Internação”, defendida por Andréa Costa Dias em 2010 e orientada pelo Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP (DIAS, 2010). (Anexo 1).

Para a construção desse questionário, a autora, baseou-se em dois instrumentos internacionais, o *NIDA's Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment* (NIDA, 1993) e o *Canadian Addiction Research Foundation's Directory of Client Outcome Measures for Addictions Treatment Programs* (ARF, 1993). Estes questionários apresentam importantes indicadores referentes ao estudo de álcool e outras drogas, a saber: “demografia, presença e padrão de consumo de variadas substâncias; em 30 dias e 12 meses, situação empregatícia, estudo e modo de sustento, problemas legais, histórico de procura por serviços de tratamento, comportamentos de risco e HIV/AIDS, e participação religiosa” (DIAS, 2010, pg.61).

Além da influência destes instrumentos, também serviu de referência, questões relevantes sobre a dependência química, a partir do questionário desenvolvido para o seguimento desta coorte na etapa de 5 anos. E para finalizar, foram acrescentadas outras informações relevantes, acerca do último episódio de consumo de crack e outras drogas lícitas e ilícitas, seu padrão de uso; comportamento sexual de risco; escolaridade; tipo e período do delito; episódio de overdose e data do último exame de HIV/AIDS (DIAS, 2010).

Quando não foi possível aplicar o questionário, buscou-se coletar essas informações com a fonte entrevistada (dados secundários de entradas de instituições de tratamento, prisão ou IML).

4.6 Viés

Pode configurar-se como viés, o fato da entrevista não ter sido realizada apenas com usuários, o que estava previsto em decorrência da dificuldade de encontrar os sujeitos da pesquisa. Portanto nem todas as respostas foram obtidas. Para isso priorizou-se entrevistados que conhecessem bem o usuário, a fim de minimizar esta questão. A memória por vezes era um dificultador nas respostas, mas não alterou a confiabilidade da obtenção dos desfechos principais (abstinência, tratamento, prisão e óbito).

4.7 Tamanho da amostra

A amostra é de conveniência. Com relação a amostra inicial, como o fluxo de pacientes no HEPR é intenso e a duração do internamento é de cerca de 15 dias (tratamento padrão de desintoxicação), os usuários iam sendo entrevistados à medida em que eles se

internavam (de fevereiro de 2010 a março de 2011). Para a amostra inicial foram selecionados 214 usuários de crack, dos quais 200 concluíram a entrevista.

4.8 Análise estatística

As entrevistas e demais dados dos usuários, foram analisados em conjunto com o primeiro banco de dados de 2010/2011 (SPSS 20.0), para pesquisar a evolução dos usuários. As características dos integrantes do estudo foram descritas a partir de frequências absolutas (n) e porcentagens (%).

Na comparação dos dados a serem investigados, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado verificando-se a associação entre variáveis dicotômicas. Este teste será considerado um nível de significância de 5%.

Para avaliação do efeito simultâneo das variáveis, optou-se pela análise de regressão logística, selecionando como a variável independente principal a idade de início do crack (≤ 18 anos e > 18 anos), as variáveis intervenientes incluem: raça, sexo, escolaridade, estado civil e vínculo empregatício. Como variáveis dependentes: abstinência, tratamento, problemas legais e óbitos violentos.

4.9 Aspectos éticos

Após identificar os usuários de crack participantes ou familiares/conhecidos, os entrevistadores lembraram a participação no estudo anterior, explicavam a nova proposta, e esclareciam quanto ao objetivo da pesquisa. Os entrevistados respondiam o questionário após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 2). Uma vez que o(a) participante não soubesse ler, os entrevistadores faziam a leitura do documento de forma mais simples e objetiva possível, facilitando assim sua compreensão, entregando uma via do documento ao entrevistado.

Esta pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) via pela Plataforma Brasil, sob o protocolo de número nº CAAE: 19057813.3.0000. 5013.

5 . RESULTADOS

Participaram da reavaliação 150 usuários e/ou informantes, dos 200 usuários da amostra inicial, configurando uma perda de 25% da amostra inicial. Estas perdas justificam-se pela dificuldade de acesso ao usuário de droga ilícita, informações incompletas no prontuário inicial ou que não puderam ser atualizadas com o auxílio de outras fontes de informação. Por esta razão o prazo final da coleta foi estendido a fim de aumentar o número de entrevistados, sendo realizada de julho de 2014 a setembro de 2016, ao invés de finalizá-la em 2015. Também é importante destacar que a porcentagem de respostas foi diferente para cada variável investigada, devido a variedade de informantes.

As entrevistas foram realizadas em sua maioria nos domicílios dos usuários e/ou de familiares. Também foram realizadas em centros de tratamento, presídios, shopping centers, locais de trabalho dos entrevistados, na rua ou por telefone. As entrevistas distribuíram-se em 28 bairros de Maceió e 14 Municípios de Alagoas: São Luís do Quitunde, Viçosa, São Miguel dos Campos, Novo Lino, Arapiraca, Atalaia, Marechal Deodoro, Paripueira, Iateguara, Cacimbinhas, Porto Real do Colégio, Jequiá da Praia, União dos Palmares e Penedo.

Os resultados da reavaliação foram relatados de duas maneiras: a primeira (5.1) considerando a amostra como um todo e a segunda (5.2) os resultados da análise de regressão logística.

5.1. Reavaliação da amostra

Como dito anteriormente, foram obtidas informações de 150 (75,0%) usuários. Entre os 50 restantes, 35 (17,5%) usuários ou familiares não foram encontrados e 15 (7,5%) recusaram participação do estudo (tab.1).

Tabela 1.1 Entrevistas realizadas e não realizadas no seguimento da amostra inicial de 200 usuários entrevistados no HEPR, Alagoas (2014-2016).

ENTREVISTAS	n	%
Realizadas	150	75,0
Recusas	15	7,5
Usuários não encontrados	35	17,5
Total	200	100

Dos 150 usuários entrevistados, observou-se que 95 (63,3%) usuários estão vivendo em algum tipo de moradia, sendo em sua maioria 46 (48,4%) em domicílio próprio ou

alugado, seguido de 31 (32,6%) usuários em domicílio cedido ou divido com parentes. Quatro (4,2%) entrevistados não souberam informar a moradia do usuário. Foi identificado também entre estes 95 usuários, que 14 (4,7%) estão em situação de rua.

Outros desfechos relativos aos 150 entrevistados apontaram para 21 (14,0%) usuários mortos (além de mais dois óbitos informados durante recusa de participação), 11 (7,3%) presos e 1 (0,7%) desaparecido (além de mais um desaparecido informado durante recusa).

A tabela 1.2, apresenta um comparativo da amostra original dos 200 usuários (2010-2011) com os usuários identificados nesta reavaliação (2014-2016) em termos de idade de início de uso do crack em dois grupos: ≤ 18 anos e > 18 anos.

Tabela 1.2 – Comparação dos dados sócio demográfico dos 200 usuários de crack (2010 - 2011) com os dados dos 150 usuários identificados na reavaliação de acordo com a idade de início de uso de crack, Alagoas (2014-2016).

Características	Amostra inicial				Amostra da reavaliação				
	Usuários de crack (n=200)				Usuários de crack (n=150)				
	Idade de início de uso de crack				Idade de início de uso de crack				
	≤ 18 anos		> 18 anos		≤ 18 anos		> 18 anos		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	56	88,8	123	89,8	44	91,7	93	89,4	
Feminino	07	11,1	14	10,2	04	8,3	11	10,6	
Raça									
Negra	44	69,8	115	83,9	33	68,8	88	84,6	
Branca	19	30,2	22	16,1	15	31,2	16	15,4	
Estado Civil									
Casado/UE	12	19,0	50	36,5	18	37,5	35	34,3	
Solteiro	51	81,0	87	63,5	27	56,2	64	62,7	
NSI	-	-	-	-	03	6,2	03	3,0	
Escolaridade									
Menos de 8 anos	56	88,9	90	65,7	38	79,2	64	62,7	
Mais de 8 anos	07	11,1	47	34,3	05	10,4	33	32,4	
NSI/Ausente	-	-	-	-	05	10,4	05	4,9	

Continuação da
tabela 2.1

Características	Amostra inicial				Amostra da reavaliação				
	Usuários de crack (n=200)				Usuários de crack (n=150)				
	Idade de início de uso de crack				Idade de início de uso de crack				
	≤18anos		>18 anos		≤18anos		>18 anos		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Empregado									
Sim	12	19,0	41	30,0	12	25,0	36	35,3	
Não	51	81,0	96	70,0	21	43,7	39	38,2	
Aposentado	-	-	-	-	01	2,1	10	9,8	
/Invalidez									
NSI/Ausente	-	-	-	-	14	29,2	17	16,7	
TOTAL	63	31,5	137	68,5	48	32,0	102	68,0	

Na comparação entre os 200 usuários iniciais e os 150 do qual se obteve informações, observa-se que as porcentagens foram semelhantes nos dois momentos de avaliação, excetuando-se as variáveis estado civil, escolaridade e vínculo empregatício entre os usuários que iniciaram o uso precoce de crack (≤ 18 anos). Esses usuários aumentaram o número de uniões estáveis: de 19% na primeira avaliação para 37,5% na reavaliação, diminuíram a porcentagem nas duas faixas de escolaridade: menos de 8 anos de escolaridade foi de 88,9% para 79,2% e mais de 8 anos foi de 11,1% para 10,4% e ficaram mais empregados, de 19% para 25%.

A amostra dos dois grupos revelou um perfil de usuários da raça negra, solteira, com menos de 8 anos de escolaridade e desempregada.

Existe uma relação estatisticamente significativa que não foi apresentada na tabela (tab.1.2) relativa ao percentual de brancos que iniciam o uso antes dos 18 anos (48,4%) sendo significativamente maior que o percentual de pretos (27,7%) ($p = 0,02$).

A média de idade dos usuários no momento da admissão foi de $27,9 \pm 7,6$ (18 a 51 anos) e no seguimento foi de $32,6 \pm 7,9$ (20 a 56). Com relação a média de idade de início do uso do crack, foi de $23,7 \pm 8,1$ (08 a 51 anos).

A tabela 1.3, apresenta a associação entre abstinência ao longo dos últimos 12 meses ou mais e variáveis sociodemográficas.

Tabela 1.3 – Associação entre abstinência há 12 meses ou mais entre usuários de crack na reavaliação e variáveis sociodemográficas coletadas na admissão, Alagoas (2010-11). (n = 81).

		Abstinência (≥ 12 meses)				Total	p
		Sim		Não			
Sexo		n	%	n	%		
	Homem	31	43,7	39	56,3	71	0,83
	Mulher	04	40,0	06	60,0	10	
Idade							
	≤ 30 anos	25	40,3	37	59,7	62	0,34
	> 30 anos	10	52,6	09	47,4	19	
Raça/Etnia							
	Branco	11	61,1	07	38,9	18	0,08
	Negro	24	38,1	39	61,9	63	
Escolaridade							
	≤ 8 anos	25	42,4	34	57,6	59	0,80
	> 8 anos	10	45,4	12	54,6	22	
União estável							
	Sim	12	41,4	17	58,6	29	0,80
	Não	23	44,2	29	55,8	52	
Vínculo Empregatício							
	Sim*	08	38,1	13	61,9	21	0,58
	Não	27	45,0	33	55,0	60	
Problemas legais							
	Sim	21	38,2	34	61,8	55	0,18
	Não	14	53,8	12	46,2	26	
Início de início do uso de crack							
	≤ 18 anos	06	30,0	14	70,0	20	0,17
	> 18 anos	29	47,5	32	52,5	61	
Total		35	43,2	46	56,8	81	

*Entre os abstinentes não foi possível discriminar vínculo empregatício de aposentadoria

A situação de abstinência (≥ 12 meses) cinco anos depois, não está associada a nenhuma das variáveis pesquisadas do momento da avaliação inicial.

A tabela 1.4 apresenta a associação entre abstinência e as variáveis demográficas atuais selecionadas.

Tabela 1.4 - Associação entre desfecho abstinência há 12 meses ou mais e variáveis sócio demográficas selecionadas atuais, Alagoas (2014-16).

		Abstinência (≥ 12 meses)				Total	p
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
União estável	Sim	20	66,7	10	33,3	30	0,00
	Não	14	28,0	36	72,0		
	Total (n=80*)	34	42,5	45	57,5		
Vínculo Empregatício Atual							
	Sim	27	71,1	11	28,9	38	0,01
	Não	01	3,4	28	96,6	29	
	Benefício/aposentadoria por invalidez	06	60,0	04	40,0	10	
Total (n=77*)		34	44,2	34	55,8	77	
Problemas legais							
	Sim	14	41,2	26	59,9	40	0,12
	Não	20	58,8	18	40,1	38	
Total (n=78)		34	43,6	44	56,4	78	

*Entrevistado não soube informar o estado civil de um usuário abstinente.

** Entrevistados não souberam informar o vínculo empregatício de 1 usuário não abstinente e 3 usuários abstinentes.

Em contrapartida, analisando as variáveis do momento atual, pode-se observar que há significância estatística entre estar abstinente (≥ 12 meses) e estar atualmente em união estável ($p < 0,00$) e empregado ($p = 0,01$).

Para analisar o quanto a abstinência estava relacionada ao tratamento atual, foi elaborada a tabela 1.5.

Tabela 1.5- Associação entre abstinência e tratamento atual, Alagoas (2014 – 2016). (n=76).

		Abstinência				Total	p
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
Tratamento Atual	Sim	08	24,2	23	53,5	31	0,01
	Não	25	75,8	20	46,5		
	Total	33	43,4	43	56,6		

Na tabela 1.5, ao contrário do que se poderia supor, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre estar abstinente e não estar em tratamento ($p=0,01$). Apenas 8 (24,2%) usuários abstinentes se mantem em tratamento (sendo 2 em CAPSad, 1 em ambulatório de UBS, 1 em hospital psiquiátrico, 2 CAPS, 1 em tratamento integrado: CAPS e hospital psiquiátrico e 1 Centro Psiquiátrico Jurídico -CPJ).

As duas tabelas a seguir referem-se ao tratamento atual dos usuários no momento da reavaliação, a primeira refere-se a associação entre idade de início do uso de crack e tratamento atual desses usuários (tab.1.6) e a segunda, as modalidades de tratamento (tab.1.7).

Tabela 1.6- Tratamento e idade de início de uso do crack no momento da entrevista de reavaliação, Alagoas (2014-2016). (n=116).

		Idade de início do uso de crack				Total	p
		≤18anos		>18 anos			
		n	%	n	%		
Tratamento Atual	Sim	11	30,5	36	45,0	47	0,50
	Não	25	69,4	44	55,0	69	
Total		36	31,0	80	69,0	116	

Quanto a relação entre tratamento atual e início de uso do crack, não houve relação estatisticamente significativa ($p=0,50$). Apesar da maioria de ambos os grupos não estarem em tratamento no momento da entrevista de reavaliação, pode-se observar uma maior porcentagem entre tratamento e usuários que iniciaram o uso do crack mais tardiamente > 18 anos (45%).

Tabela 1.7- Modalidades de tratamento dos usuários no momento da entrevista de reavaliação, Alagoas (2014-2016). (n=128).

Tratamento	n	%
Não	69	53,9
Sim	47	36,7
Unidade de Acolhimento	17	36,2
Outros	07	14,9
Mais de uma modalidade	06	12,8
Ambulatório	06	12,8
CAPS AD	04	8,5
Hospital psiquiátrico	04	8,5
CAPS	02	4,3
Grupos de autoajuda	01	2,1
Não sabem informar	12	9,4
Total	128	100

Dos 150 usuários reavaliados foram coletadas informações de 128 (85,3%) usuários sobre condições de tratamento atual (exceção-se 21 usuários mortos e 1 desaparecido). Destes, 69 (53,9%) não estavam realizando nenhum tipo de tratamento no momento. Dos 47 (36,7%) que estavam em tratamento, há uma maior porcentagem dos que estão na modalidade Unidade de Acolhimento (36,2%). O item Outros (14,9%) inclui casa de caridade católica, culto de oração, hospital e tratamento na prisão (5 dos 11 presos realizavam tratamento no CPJ).

Com relação ao desfecho problemas legais, a tabela a seguir (tab.1.8) analisa a associação entre a idade início de uso do crack e problemas legais.

Tabela 1.8- Associação entre idade de início de uso de crack e desfecho problemas legais Alagoas (2014 – 2016). (n=150).

	Idade de início do uso de crack				Total	p
	≤18 anos		>18 anos			
	n	%	n	%		
Problemas legais						
	Sim	25	59,5	51	53,1	76
	Não	17	40,5	45	46,9	62
						0,49
Total		42	30,4	96	69,6	138

A associação entre idade de início do uso do crack e problemas legais (detenção e/ou prisão), não apresentou relação estatisticamente significativa ($p=0,49$). Porém pode-se observar uma alta porcentagem de envolvimento criminal entre os participantes dos dois grupos, com maior concentração entre os usuários que iniciaram o uso de crack mais precocemente ≤ 18 anos (59,5%).

As duas tabelas seguintes referem-se a variável óbitos. A tabela 1.10 apresenta uma comparação entre idade de início de uso do crack e o número de óbitos.

Tabela 1.9- Comparação entre idade de início de uso de crack e número de usuários que foram a óbito durante o intervalo, Alagoas (2014-2016). (n=152).

	Idade de início do uso do crack				Total	p
	≤18anos		>18 anos			
	n	%	n	%		
Óbitos	Sim	10	20,8	13	12,5	23
	Não	38	79,2	91	87,5	129
Total		48	31,6	104	68,4	152

Com relação ao número de óbitos por idade de início do uso do crack, não houve relação estatisticamente significativa, embora tenham morrido uma porcentagem maior dos que iniciaram o uso do crack precocemente.

A tabela 1.11 descreve as causas de mortes dos usuários de crack estratificados por idade de início do uso da substância.

Tabela 1.10- Causas de morte dos usuários de crack que foram a óbito por idade de início de uso de crack durante o intervalo, Alagoas (2014-2016). (n=23).

Causas de morte	Idade de início do uso do crack				Total
	≤18anos		>18		
	n	%	n	%	
Não natural/ externas	10	100	11	84,6	21
Homicídio (arma de fogo)	07	70,0	05	45,4	12
Homicídio (arma branca)	02	20,0	01	9,1	03
Homicídio (espancamento)	-		01	9,1	01
Homicídio (não especificado)	01	10,0	03	27,3	04
Queda	-		01	9,1	01
Natural	-	-	01	7,7	01
AIDS	-	-	01	100	01
Motivo não identificado	-	-	01	7,7	01
Total	10	43,5	13	56,5	23

Dos óbitos que ocorreram entre os usuários que iniciaram o uso de crack na faixa etária ≤18 anos, 100% foi decorrente de homicídio, apesar desta também ser a causa principal da outra faixa etária (76,9%). Neste grupo, houve a única morte por causas naturais, um caso decorrente de complicações por AIDS.

A taxa de mortalidade encontrada neste estudo foi de 15,1% (n=152). Dos 23 óbitos identificados na amostra ressalta-se que 21 (91,4%) das mortes ocorreram por causas não naturais, sendo 20 (87,1%) por homicídio, em sua maioria por Perfuração por Arma de Fogo/PAF (52,3%).

Na próxima seção são apresentados os resultados obtidos pela análise de regressão logística

5.2 Reavaliação da amostra por regressão logística multivariada

A presente sessão inicia-se com a tabela 2.1, que apresenta os resultados da análise de regressão logística referentes a abstinência e as variáveis sócio demográficas selecionadas

Tabela 2.1- Regressão logística para abstinência e variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=77).

Variáveis	OR	IC - 95%	p
Idade de início do uso do crack			
≤18anos	0,19	0,03 - 1,43	0,11
>18anos	1	-	-
Sexo			
Masculino	0,73	0,08 - 6,64	0,78
Feminino	1	-	-
Estado Civil			
União estável	4,69	1,16 - 18,97	0,03
Solteiro	1	-	-
Escolaridade			
< 8 anos	1,12	0,25 - 4,96	0,88
> 8 anos	1	-	-
Vínculo empregatício			
Não	0,01	0,00 - 0,12	0,00
Sim	1	-	-

*Nessa regressão o resultado referente a associação entre raça e abstinência foi absurdo (OR=21,40, IC95%: 1,68 - 272,04; p= 0,02), Para corrigir os outros valores, optou-se por manter a variável na análise, retirando-a da tabela.

As variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa com abstinência foi estar em união estável no momento da entrevista, apresentou quase 5 vezes mais chance do usuário estar em abstinência (OR= 4,69; IC95%: 01,16 - 18,97; p= 0,03). Os desempregados apresentaram uma razão de chances inferior a 1 (OR= 0,01; IC95%: 0,00 - 0,12; p <0,00) ou seja, os empregados estão mais abstinentes.

A tabela 2.2 apresenta a regressão logística para tratamento atual e as variáveis sócio demográficas selecionadas.

Tabela 2.2 Regressão logística para tratamento atual e variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=112).

Variáveis	OR	IC - 95%	p
Idade de início do uso do crack			
≤18anos	0,62	0,24 - 1,59	0,32
>18anos	1	-	-
Sexo			
Masculino	2,42	0,56 - 10,46	0,24
Feminino	1	-	-
Raça			
Branca	1,04	0,37 - 2,89	0,94
Negra	1	-	-
Estado Civil			
União estável	0,24	0,09 - 0,59	0,00
Solteiro	1	-	-
Escolaridade			
< 8 anos	0,73	0,28 - 1,87	0,51
> 8 anos	1	-	-
Vínculo empregatício			
Não	1,05	0,44 - 2,52	0,91
Sim	1	-	-

Houve relação estatisticamente significativa apenas para estado civil. Casados apresentaram uma razão de chance inferior a 1 (OR= 0,23; IC 95%:0,09 - 0,59; $p<0,01$) em relação a solteiros para estar em tratamento atual, ou seja, os solteiros se tratam mais.

A tabela 2.3 apresenta a análise de regressão logística para problemas Legais com as variáveis sócio demográficas selecionadas.

Tabela 2.3 Regressão logística para Problemas Legais variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=116).

Variáveis	OR	IC 95%	P
Idade de início do uso do crack			
≤18anos	0,60	0,24 - 1,52	0,28
>18anos	1	-	-
Sexo			
Masculino	1,12	0,32 - 3,92	0,86
Feminino	1	-	-
Raça			
Branca	1,08	0,39 - 2,95	0,88
Negra	1	-	-
Estado Civil			
União estável	0,77	0,32 - 1,83	0,55
Solteiro	1	-	-
Escolaridade			
< 8 anos	4,36	1,67 - 11,34	0,00
> 8 anos	1	-	-
Vínculo empregatício			
Não	2,26	0,97 - 5,27	0,06
Sim	1	-	-

Com relação a problemas legais, a única variável que apresentou relação estatisticamente significativa foi escolaridade. Os usuários com menos 8 anos de estudo, possuem 4,36 vezes mais chance do que os usuários com maior escolaridade, de apresentar problemas legais (OR= 4,36; IC95%:1,67 - 11,34; $p < 0,1$).

A tabela 2.4 apresenta a análise de regressão logística para óbitos violentos e as variáveis sócio demográficas selecionadas.

Tabela 2.4 Regressão logística multivariada para óbitos violentos e variáveis sócio demográficas selecionadas. (n=139).

Variáveis	OR	IC 95%	p
Idade de início do uso do crack			
≤18anos	5,13	1,33 - 19,80	0,02
>18anos	1	-	-
Raça			
Branca	0,25	0,03 - 2,21	0,21
Negra	1	-	-
Estado Civil			
União estável	1,15	0,30 - 4,39	0,84
Solteiro	1	-	-
Escolaridade			
< 8 anos	1,20	0,22 - 6,35	0,83
> 8 anos	1	-	-

Como não houve óbito entre as mulheres optou-se por retirá-las da análise de regressão logística, o que não apresentou problema para as demais variáveis. Outro aspecto importante foi a falta de informações acerca do vínculo empregatício do usuário que foi a óbito.

Na tabela 2.4 houve relação estatisticamente significativa entre idade de início precoce do crack, no qual usuários que iniciaram com ≤ 18 anos apresentou cinco vezes mais chance de ir a óbito violento quando comparados a usuários que iniciaram o uso do crack mais tardiamente (IC 95%: 1,29 - 19,88; $p = 0,02$).

6. DISCUSSÃO

No presente estudo foram investigados os usuários de crack após cinco anos de um episódio de internação para desintoxicação. Os resultados apresentados são discutidos enfatizando os achados mais relevantes, abstinência do crack, tratamento, problemas legais e óbitos.

Com relação aos desfechos pesquisados através de ajuste feito com regressão logística observou-se que usuários que iniciavam uso de crack até 18 anos de idade tiveram probabilidade maior de ter morte violenta do que os demais (OR = 5,13; IC 95%: 1,29 - 19,88). O desfecho estar abstinente apresentou associação com estar em união estável (OR= 4,69; IC95%: 01,16 - 18,97). Com relação a estar em tratamento, solteiros apresentaram maior probabilidade de estar em tratamento (OR= 0,23; IC 95%: 0,09 - 0,59) e, problemas legais foi estatisticamente associado a menor escolaridade (OR= 4,36; IC95%:1,67 - 11,34) .

Foi possível obter informações sobre a evolução de 75% da amostra inicial dos 200 usuários. Chaves et al., (2011) destacam que usuários de crack são um grupo escondido que não quer ser encontrado e para tanto, contaram com a ajuda de *gatekeepers*, informantes-chave que são pessoas do universo dos usuários, como profissionais de saúde, assistentes sociais, ou próprios usuários, ou pessoas da comunidade. Este estudo também contou com a colaboração de um profissional com experiência no Consultório na Rua, dispositivo de cuidado da atenção básica (SUS) que atende a população em situação de rua.

Ainda com relação às perdas no seguimento Harocopos e Dennis (2003) no Reino Unido, também referiram uma perda amostral de 25% (em 18 meses de seguimento). Estes autores enfatizaram a importância da realização de estudos de acompanhamento para obter informações sobre usuários de crack. Porém relatam que este tipo de estudo raramente é realizado devido a dificuldade em rastrear os participantes, o que pode ser minimizado com persistência e a elaboração de estratégias.

É importante salientar que a amostra do presente estudo foi proveniente de uma amostra de tratamento de desintoxicação em um centro de tratamento, por isso os resultados não são representativos de todos os usuários de crack, visto uma importante parcela de usuários dessa substância não terem acesso ao tratamento.

Com relação a esse fenômeno, Cruz et al., (2014) ao compararem usuários adultos-jovens em tratamento e usuários sem tratamento (uso em situação de rua), identificaram que os usuários que estavam em tratamento eram mais brancos, escolarizados, tinham moradia mais estável, menos envolvimento com o tráfico de drogas e mais utilização dos serviços de saúde, enquanto que os usuários que não estavam em tratamento eram mais propensos a estar envolvido na mendicância e utilizar mais os serviços sociais, em comparação com a amostra em tratamento ($p < 0,05$). O que levou os autores a destacarem que o melhor status econômico favorecia a busca por tratamento, bem como a importância de melhorar o acesso ao tratamento entre os usuários de crack marginalizados, que apresentam maiores necessidades de cuidado e menos acesso aos serviços de saúde.

No geral, o perfil dos usuários de crack identificado neste estudo (tab.1.2) está em conformidade com a literatura. Estudos apontam perfis semelhantes, caracterizados por maioria do sexo masculino, jovem, com baixo nível sócio econômico e educacional, desempregado ou vivendo de “bicos”, além de serem usuários de múltiplas drogas (BASTOS, BERTONI et al., 2014; FISHER et al., 2013; DUALIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; SANCHEZ, NAPPO, 2002; NAPPO, CARLINI et al., 2001; GALDURÓZ, NOTO, 1994). Outro dado importante em concordância com a mesma literatura foi a alta percentagem de mortalidade (15,1%) no período de 5 anos, sendo 87% por causas violentas.

Ao reentrevistar os usuários observou-se que a maioria continuou solteira, com baixa escolaridade e desempregada, caracterizando a persistência em situação de vulnerabilidade.

A Pesquisa Nacional de prevalência sobre o uso de crack nas capitais do Brasil (BASTOS, BERTONI et al., 2014), identificou uma prevalência de cor/raça não branca dos usuários de 79,2%, praticamente a mesma percentagem deste estudo, que foi de 80%. A percentagem de usuários do sexo feminino desse estudo foi de 10%, menos da metade do encontrado na pesquisa nacional que foi 21,3%. É possível que parte da explicação dessa diferença seja que as mulheres procuram menos tratamento. A percentagem de solteiros na amostra final (60,7%) também foi praticamente a mesma da amostra nacional (60,6%). Quanto à escolaridade, 30% completou o ensino médio enquanto que na amostra nacional 16,5% o fizeram. Uma hipótese é que os usuários que tem mais escolaridade tem probabilidade maior de procurar tratamento. Esta possibilidade é reforçada pela situação de moradia. Na amostra nacional, pesquisada em cenas abertas de uso, 40% se encontrava em

condição de rua, enquanto na amostra desse estudo, provenientes de um episódio de tratamento, a porcentagem foi de 14,7%.

A maioria dos usuários entrevistados (63,3%) estão vivendo em algum tipo de moradia, sendo 48,4% em domicílio próprio ou alugado e 32,6% em domicílio cedido ou dividido com parentes. Quanto a esta questão, Moura et al., (2014) identificaram que os usuários de crack investigados residiam em anexo as residências dos membros da família, ao contrário do que muitos estudos apontam, sobre um maior número de usuários de crack vivendo em situação de rua (FISHER, et al.,2013; DUAILIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008) e sugerem que este fato pode ser consequência das recentes mudanças no perfil dos usuários de crack no Brasil, pertencentes cada vez mais a grupos socioeconômicos de maior renda, em especial, os que procuram tratamento (OLIVEIRA,NAPO 2008; DUAILIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; CARLINI et al.,2007; NAPPO et al., 1999).

A média de idade de início do uso de crack deste estudo foi de $23,7 \pm 8,1$, próxima as encontradas em estudos com usuários de crack em tratamento ambulatorial $26,4 \pm 8,6$ anos (BOTTI, MACHADO, TAMEIRÃO,2014) e tratamento para desintoxicação: $20,2 \pm 4,2$ (ALVES, ARAÚJO, 2012), $23,9 \pm 6,47$ anos (GUIMARÃES et al., 2008); $22,7 \pm 8,1$ anos,(GUINDALINI *et al.*, 2006); $22,9 \pm 6,9$ anos (FERREIRA FILHO *et al.*, 2003) e 22 anos (DIAS, ARAÚJO, LARANJEIRA, 2011). Neste estudo, 31,5% dos usuários iniciaram o uso de crack até 18anos e 68,5% depois dos 18anos. Bastante semelhante ao estudo de (HORTA et al., 2011) no qual os usuários tratados em CAPS no sul do Brasil, 30,5% iniciou com menos de 18 anos e 69,5% com mais de 18 anos.

Dentre os 81 (54%) usuários que informaram sobre abstinência, 35 (43,2%) estavam abstinentes há pelo menos 12 meses. Dado semelhante ao encontrado no estudo de seguimento de Ribeiro et al., (2007), que ao longo de cinco anos acompanhou 131 usuários de crack egressos de uma experiência de tratamento, dos quais 52 (39,7%) estavam abstinentes.

Na regressão logística abstinência esteve associada a existência de vínculos laborais e afetivos estáveis atuais. Com relação ao desemprego, Ribeiro, Sanchez e Nappo, (2010) referem que existe a tendência de que após alguns meses do uso de droga o usuário não consiga manter uma ocupação regular, tanto pelo fato da perda do interesse pelo trabalho ou pela impossibilidade de seguir às regras. Já Paula et al., (2014) refere a existência de vínculo afetivo como fator protetor que favoreceria a abstinência.

Dias (2010) relata que o estabelecimento de padrões de abstinência só se estabelece após 5 anos da alta, que poderia explicar a baixa porcentagem de abstinência no presente estudo.

Neste estudo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre idade de início de uso do crack entre abstinentes e não abstinentes, assim como no estudo de Dias, Araújo e Laranjeira (2011).

No presente estudo também não se observou associação entre abstinência e variáveis avaliadas durante a entrevista inicial.

McKay et al., (2005) em um estudo de seguimento de usuários de crack nos Estados Unidos, apontaram como único fator preditivo para a manutenção do uso, a auto eficácia, definida como o grau de confiança do participante, que diz respeito à capacidade em lidar com estresse sem usar drogas.

A baixa prevalência de tratamento atual entre os usuários abstinentes chamou atenção. Houve relação estatisticamente significativa ($p=0,01$) entre estar abstinente e não estar em tratamento (tabela 1.5). Apenas 8 (24,2%) usuários abstinentes se mantem em tratamento. Sobre esta questão, Dias (2010) questiona se a tendência a não frequência ao tratamento, também detectada no seu estudo, estaria relacionada a lógica que foca a abstinência como eixo do tratamento que fundamenta muitos serviços de saúde, “Ora, se tratamento é igual a deixar o consumo; logo, se não se faz mais uso da droga não há porque frequentar ou permanecer em tratamento” (DIAS, 2010,p.161) Podemos supor então que uma parte dos abstinentes já teriam encerrado seu tratamento.

Na regressão logística em que o desfecho era estarem em tratamento, a única variável associada de forma estatisticamente significativa foi ser solteiro.

O início precoce do uso de crack relacionou-se a baixa participação em tratamento atual. Embora a diferença não fosse estatisticamente significativa (tab.1.6), a maioria dos usuários que não estava em tratamento tinha iniciado o uso da substância até os 18 anos de idade.

Capistrano et al. (2013) relatam que apesar da tendência ao uso de drogas ser cada vez mais precoce, a busca por tratamento para a reabilitação é característica de indivíduos adultos, em média com 35,2 anos. Outros autores sugerem que as abordagens terapêuticas utilizadas

nos hospitais psiquiátricos e CAPSad, são mais eficazes em pacientes com idades mais avançadas (PEIXOTO et al.,2010; GUIMARÃES et al.,2008).

É interessante ressaltar que a modalidade mais identificada de tratamento no presente estudo foi a Unidade de Acolhimento (36,2%). As UA são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que oferecem acolhimento transitório às pessoas usuárias de álcool, crack e outras drogas, por uma média de seis meses, podendo prorrogar por mais três. No estudo de Dias (2010), foi observado que os tratamentos eram breves e descontinuados. Assim como nesse estudo, a autora também encontrou uma busca majoritária por tratamentos de internação, o que demonstrava uma ausência de serviços extra hospitalares, o que pode estar relacionado a visão social de que o tratamento do usuário de crack é sinônimo de internamento.

No presente estudo, foi identificado uma alta porcentagem de envolvimento com problemas criminais (detenção e prisão) entres os usuários de crack. Esta relação estreita entre crack e criminalidade é destacada em diversos estudos (GABATZ et al., 2013; CARVALHO E SEIBEL, 2009; BENNETT, HOLLOWAY, FARRINGTON, 2008; GUIMARÃES et al.,2008).

Porém, apesar dessa alta porcentagem de envolvimento, não houve associação estatisticamente significante entre início de uso de crack e envolvimento com crimes ($p=0,49$). Já na regressão logística em que o desfecho era a existência de problemas legais detectou-se associação estatisticamente significante entre problemas legais e menor escolaridade.

Botti e Machado (2015) em estudo transversal envolvendo 72 usuários de *crack em situação de tratamento* em Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais buscaram analisar a associação entre comportamento violento nessa amostra. As autoras identificaram que 41,7% dos usuários apresentaram episódios de prisão ou detenção, estando significativamente associadas a escolaridade inferior a 8 anos, ser solteiro, início de uso precoce de drogas (droga ilícita com < 15 anos e de *crack* com ≤ 18 anos).

Ferreira Filho et al., (2003) avaliaram o perfil sócio demográfico e o padrão de uso da cocaína entre 440 usuários de drogas internados em seis hospitais psiquiátricos da maior cidade do sudeste brasileiro. Eles identificaram que 76,2% dos usuários de crack apresentavam antecedentes de prisão, sendo estatisticamente significante quando comparado

aos usuários de cocaína em pó ($p=0,001$), concluindo que os usuários de crack apresentaram pior condição socioeconômica e maior envolvimento com violência e criminalidade.

Carvalho e Seibel (2009) também exploraram a temática crack e criminalidade. Eles avaliaram as práticas de uso de crack e envolvimento com o tráfico, pois dos 39% dos usuários que relataram relações com este tipo de atividade ilegal, 92% eram usuários de crack. O uso desta substância foi estatisticamente associado a ameaças de roubo ($OR=2,97$) e morte ($OR=2,27$). Destacou-se também o alto número de usuários de crack com histórico de prisão anterior. Os autores enfatizam a urgência da prevenção precoce, pontuando a relação entre pobreza, dificuldades educacionais e altas taxas de desemprego estarem estreitamente relacionadas as atividades ilegais.

Em se tratando de violência, dos 23 óbitos identificados neste estudo, 20 (87,1%) ocorreram por homicídio, todos do sexo masculino e em sua maioria na faixa de idade até os 25 anos (56,5%). Entre os usuários que iniciaram o uso de crack mais cedo, observou-se uma taxa de mortalidade na reavaliação de 20,8% em comparação com 12,5% nos que iniciaram depois dos 18 ($p=0,18$). Quando se faz o ajuste por algumas variáveis selecionadas através da Regressão Logística, constata-se que na amostra em estudo, os usuários que iniciaram o uso de crack até os 18 anos têm uma probabilidade mais de 5 vezes maior de morrer assassinado do que os demais usuários.

Diversos estudos enfatizam a relação indireta entre óbito e crack (CHAVES, 2011; RIBEIRO et al., 2008, 2007; OLIVEIRA, NAPPO, 2008; KESSLER, PECHANKY, 2008; SIEGAL et al., 2002). Os usuários, especialmente em decorrência de sua baixa condição sócio econômica e fissura provocadas pela substância, se envolvem mais em situações de risco para obtenção da droga, fazendo com que o homicídio seja a causa do óbito mais comum nessa população.

Ribeiro et al., (2004) foram os responsáveis pelo seguimento de uma coorte em São Paulo, por 5 anos. O acompanhamento dessa coorte que contava inicialmente com 131 usuários, revelou uma mortalidade de 23 óbitos (18,1%). Porém 13 (56,5%) por homicídio, dado inferior ao valor encontrado neste estudo que foi de 20 (87,1%). Na última avaliação dessa coorte, após 12 anos, Dias et al., (2011) identificaram mais 4 óbitos, totalizando 27 (20,6%). Destes, 16 (59,2%) por homicídio.

A projeção da taxa bruta de mortalidade em Alagoas em 2016, ano de encerramento da coleta desse estudo, foi de 6,5% em Alagoas, superior a nacional que foi de 6,1% (Indicadores

Básicos para a Saúde no Brasil, 2008). Observa-se que a taxa de mortalidade do seguimento desse estudo (15,1%) foi superior ao dobro da média deste Estado mesmo não incluindo as faixas etárias de maior risco.

O Atlas da Violência (CERQUEIRA et al., 2017), ao apontar explicações sobre o aumento da violência inclui entre elas o tráfico de drogas particularmente no Nordeste do Brasil. Refere que o mercado ilícito de drogas, que desde 2000, vem propiciando um aumento de renda em especial nas cidades do Norte e Nordeste, no qual pode-se perceber um incremento à prevalência da violência letal, associada a disputa por mercados, para disciplinar devedores e trabalhadores desviantes do narcotráfico.

6.1 Limitações deste estudo

Entre as limitações do estudo é importante salientar que não foi possível obter informações sobre 25% (50 usuários) da amostra inicial. Essa percentagem é um pouco maior do que os 20% do que se aceita em geral como perda em estudos prospectivos (ALTMAN, 2000). Isso pode comprometer em certa medida as conclusões. Contudo, dada as dificuldades encontradas para obter informações prospectivas nesse tipo de população (CHAVES et al., 2011; HAROCOPOS, DENNIS, 2003; SIEGAL et al., 2002), acredita-se que os dados coletados possam ser considerados como positivos, até que sejam ou não confirmados por outros estudos que consigam coletar dados longitudinais com menor percentagem de perda no seguimento.

Outra limitação é que não se obteve todas as informações sobre os 150 usuários reavaliados. Nas entrevistas realizadas apenas com os familiares, não foram respondidas as questões sobre variáveis que estes desconheciam, como por exemplo, se o usuário estava abstinentes. Estas dificuldades provavelmente contribuem para a existência de poucos estudos similares. No Brasil, foram identificados dois grandes estudos de seguimento com usuários de crack: um que objetivou acompanhar os desdobramentos do percurso de vida e das relações de consumo de crack (DIAS et al., 2011; DIAS, 2010; DIAS et al., 2008; 2009; RIBEIRO et al., 2007, RIBEIRO et al., 2006) e que buscou descrever uma coorte retrospectiva e prospectiva de usuários internos, levando em conta a trajetória de tratamento após a alta hospitalar (PEDROSO, KESSLER, PECHANESKY, 2014; PEDROSO, 2014).

Outra limitação refere-se ao fato da falta de informações sobre os usuários mortos.

É bastante complexo obter dados prospectivos em uma população de baixa renda, particularmente em regiões onde a proporção de pessoas com esse nível socioeconômico constitui-se maioria. É um público com alto índice de mobilidade social, além das periferias apresentarem uma infraestrutura que dificulta ainda mais a identificação da moradia dos usuários, incluindo as barreiras impostas pela violência e tráfico.

7.0 CONCLUSÕES

Os resultados da amostra como um todo estão em consonância com a literatura, que revela um perfil predominantemente de usuários do sexo masculino, jovens, negros, com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e desempregados. Pôde-se confirmar a hipótese de que o início do uso precoce do crack (≤ 18 anos) esteve associado ao desfecho homicídio no curso dos 5 anos de seguimento. Esta foi a única variável coletada na admissão que foi preditora de desfecho após 5 anos.

Na avaliação de associação com variáveis coletadas na reavaliação observou-se que a existência de parceiras estáveis e atividade laboral tendem a ser fatores que favorecem a abstinência. O que permite supor que esse desfecho está associado a um maior suporte psicossocial.

A relação estatisticamente significativa também encontrada nesse estudo, que relaciona o baixo número de usuários abstinentes que se mantem em tratamento merece maiores investigações e atenção por parte dos profissionais que compõe a rede de assistência a saúde dos usuários de crack.

Menor grau de escolaridade (< 8 anos) mostrou associação com maior probabilidade de envolvimento com problemas legais. O que reforça a importância do investimento na educação das crianças e adolescentes.

O alto número de homicídios associados ao início precoce do uso do crack identificados no presente estudo, enfatiza a necessidade premente de ações interdisciplinares e intersetoriais, voltadas a promoção da saúde integral dos jovens, bem como de estudos que desenvolvam estratégias de enfrentamento desta realidade.

8.0 OUTRAS INFORMAÇÕES

Este estudo obteve financiamento do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, Renata Rigacci, et al. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive behaviors**, vol.39, n.1, p.297-301, 2014.
- ALTMAN, Douglas G. Statistics in medical journals: some recent trends. **Statistics in medicine**, v.19, n.23, p.3275-3289, 2000.
- ALVES, Gabriel Soares Ledur; ARAUJO, Renata Brasil. A utilização dos jogos cooperativos no tratamento de dependentes de crack internados em uma unidade de desintoxicação. **Rev.Bras.de Medicina do Esporte**, v.18, n.2, p.77-80, 2012.
- ANDRADE, Tarcisio, et al. ‘What a pity!’–Exploring the use of ‘pitolho’ as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. **Drugs: education, prevention and policy**, v.18, n.5, p.382-386, 2011.
- ANDRADE, Arthur G., et al. I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. *Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*, 2010.
- ANTHONY, James C.; PETRONIS, Kenneth R. Early-onset drug use and risk of later drug problems. **Drug and alcohol dependence**, v.40, n.1,p.9-15, Nov.1995.
- ARF. Addiction Research Foundation. Directory of Client Outcome Measures for Addictions Treatment Programs; Canada: ARF, 1993.
- AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BOTEGA, Neury José; GUIMARAES, Liliana Andolpho Magalhães. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo , v. 29, n. 1, p. 26-30, Mar. 2007 .
- BAHLS, Flávia Campos; BAHLS, Saint-Clair. Cocaína: origem, passado e presente. *Interação em Psicologia*,v. 6, n.2, p. 177-181, 2002.
- BASTOS, Francisco I. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n. 6, June, 2012
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; BERTONI, Neilane (orgs). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 224p, 2014.

BENNETT, Trevor; HOLLOWAY, Katy; FARRINGTON, David. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. **Aggression and Violent Behavior**, v.13, n.2, p.107-118, 2008.

BIRMAN, Joel. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 6ªed, 2007.

BORINI, Paulo; GUIMARÃES, Romeu Cardoso; BORINI, Sabrina Bicalho. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **J Bras Psiquiatr**, v.52, n.3, p.171-9, 2003.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida. Comportamento violento entre usuários de crack. **Avances en Enfermería**, v.33, n.1, p.75-84, 2015.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida; TAMEIRÃO, Felipe Viegas. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.14, n.1, 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010.

BUSTER, Marcel CA, et al. Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year follow-up study. **European addiction research**, v.15, n.4, p.179-187, 2009.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery Rev. de Enf.**, n. 17, v. 2, p. 234-241, abr - jun; 2013.

CARLINI, Elisaldo A. et al VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras–2010. *Brasília: SENAD*, 2010.

_____ I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001. São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

_____ II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotropicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil, 2005. CEBRID/SENAD; 2007.

_____. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista Imesc*, 2001, 3: 9-35.

_____. II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Graus-1989. In: *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus-1989*. 1989.

CARVALHO, Heraclito Barbosa de; SEIBEL, Sergio Dario. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*, v.64, n.9, p.857-866, 2009.

CHAVES, Tharcila Viana, et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saúde Pública*, 2011.

CHEN, Chuan-Yu; STORR, Carla L.; ANTHONY, James C. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive behaviors*, v.34, n3: p.319-322, March, 2009.

CORNISH, James W.; O'BRIEN, Charles P. Crack cocaine abuse: an epidemic with many public health consequences. *Annual review of public health*, v.17, n.1, p.259-273, 1996.

CORSI, Karen F., et al. Case management outcomes for women who use crack. *Journal of evidence-based social work*, v.7, n.1-2, p.30-40, 2010.

CRUZ, Marcelo, et al. Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, v.9, n.1, p.1-7, 2014.

_____. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *International Journal of Drug Policy*, v.24, n.5, p.432-438, 2013.

CRUZ, Marcelo Santos. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1851-1859, June 2015.

DIAS, Andréa Costa. *Estudo Longitudinal que Acompanhou o Percurso de Dependentes de Crack ao longo de 12 Anos: Perfil, Evolução da Coorte, Trajetórias de Consumo e Principais Desfechos após a Alta de um Episódio de Internação*. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica.

DIAS, Andréa C., et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of substance abuse treatment*, v.41, n.3, p.273-278, 2011.

_____ Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Substance Abuse*, v.29, n.3, p.71-79, 2008.

DIAS, João Carlos, et al. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: *Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu*, p.313-8, 2006.

DUAILIBI, Lígia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. de Saúde Pública*, v.24, p. 545-557, 2008.

ESCOHOTADO, Antonio. Historia general de las drogas. *Editorial Espasa Calpe, Madrid*, 1998.

FALCK, Russel S., et al. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *The Journal of nervous and mental disease*, v.192, n.7, p.: 503-507, 2004.

FALCK, Russel S.; WANG, Jichuan; CARLSON, Robert G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction?. *Drug & Alcohol Dependence*, v.98, n.1, p.24-29, 2008.

_____ Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction*, v.102, n.9, p.1421-1431, 2007.

FERREIRA FILHO, Olavo Franco, et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.6, p.751-759, 2003.

FERREIRA, Pedro Eugênio M; MARTINI, Rodrigo K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 96-99, June 2001 .

FERRI, Cleusa Pinheiro, et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. *Rev. Ass. Med. Brasil*. P.25-28, 1997.

FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo Ramos; BORDIN, Selma. **Aconselhamento em dependência química**. Editora Roca, 2004.

FISCHER, Benedikt, et al. Crack across the Americas—A massive problem in continued search of viable answers: Exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil). *International Journal of Drug Policy*, v.24, n.6: p. 631-633, 2013.

FISCHER, Benedikt; COGHLAN, Michelle. Crack use in North American cities: the neglected 'epidemic'. *Addiction*, v.102, n.9, p.1340-1341, sept. 2007.

- FISCHER, Benedikt, et al. Crack across Canada: Comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. **Addiction**, v.101, n.12, pg.1760-1770, 2006.
- GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi, et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p.140-146, 2013.
- GALDURÓZ, José Carlos Fernandes, et al. III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras-1993. In: *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras-1993*. União Europeia, 1994.
- _____. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.121, n.6, pg. 231-237, 2003.
- GIGLIOTTI, Analice, et al. Paradigms of public policies for licit and illicit drugs in Brazil. **Substance abuse**, v.35, n.3, p.292-297, 2014.
- GONÇALVES, Janaina R.; NAPPO, Solange A. Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. **BMC public health**, v.15, n.76 p.1-8, 2015.
- GODLEY, Susan H., et al. Thirty-month relapse trajectory cluster groups among adolescents discharged from out-patient treatment. **Addiction**, v.99, n.2, p.129-139, 2004.
- GOSSOP, Michael, et al. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year follow-up results. **Addiction**, v.98, n.3, p.291-303, 2003.
- GRANT, Bridget F.; DAWSON, Deborah A. Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **Journal of substance abuse**, v.10, v.2, p.163-173, 1998.
- GUIMARÃES, Cristian Fabiano, et al. 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). **Rev. de Psiquiat. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.30, n.2, p. 101-108, Aug. 2008.
- HAMID, Ansley. The Developmental cycle of a drug epidemic: The cocaine smoking epidemic of 1981-1991. **Journal of psychoactive Drugs**, v.24, n.4, oct-dec, 1992.
- HAROCOPOS, Alex; DENNIS, Dezlee. Maintaining contact with drug users over an 18-month period. **International journal of social research methodology**, v.6, n.3, p. 261-265, Jul. 2003.

HORTA, Rogério Lessa, et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, v.27, p.2263-2270, 2011.

HSER, Yih-Ing, et al. A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.30., n.3, p.219-226, Apr.2006.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2017/ IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE.147 p, 2017.

INCIARDI, James A., et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. **Journal of psychoactive drugs**, v.38, n.3, p.305-310, 2006.

Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 349 p.: il., 2008.

JORGE, Maria Salete Bessa, et al. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, p. 2909-2918, 2013.

KARCH, Steven B. Japan and the cocaine industry of Southeast Asia, 1864-1944. *Cocaine: Global histories*, **Routledge, London**, p.147-161, 1999.

KESSLER, Felix Henrique Paim et al.,. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 34, n.1, p. 24-33, Mar. 2012.

_____. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. **The American Journal on Addictions**, v.21, n.4, p. 370-380, jul-august, 2012.

KESSLER, Felix Henrique Paim; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, maio/ago 2008.

LABATE, Beatriz Caiuby, et al. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador : EDUFBA, 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo, et al. II LENAD–Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. *São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo*, 2012.

LEITE, Marcelo da Costa. História da cocaína. In: Marcelo da Costa Leite & Arthur Guerra de Andrade (Orgs.), *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento* (p. 15-23). Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEITE, Suelen Cardoso; OLIVEIRA, Michele Mandagará de; CRUZ, Vania Dias. O encontro com o crack: início, tempo, quantidade diária e formas de uso. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 97-104, jun. 2015.

MALTA, Monica et al. Risco frente ao HIV/Aids entre mulheres trabalhadoras do sexo que usam crack no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 830-837, Oct. 2008.

McKAY, James R., et al. Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v.28, n.2, p.S73-S82, Mar. 2005.

NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila M.; RIBEIRO, Luciana Abeid. Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, Sept. 2012.

NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila; DE OLIVEIRA, Lucio Garcia. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance use & misuse**, v.46, n.4, p.476-485, 2011.

NAPPO, Solange A.; GALDURÓZ, José F. Carlos; NOTO, Ana R. Crack Use in São Paulo. **Substance use & misuse**, v.31, n.5, p.565-579, 1996.

NAPPO, Solange Aparecida; GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana R. O uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente?. **Rev ABPAPAL**. p.75-83, Abr/Jun, 1994.

NIDA. National Institute on Drug Abuse. Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment; Rockville, 1993.

NOTO, Ana Regina, et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.69-79, Jan-Fev.2003.

NOTO, Ana Regina, et al. III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras: 1993. In: *III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras: 1993*. União Europeia, 1994.

NUNES, Deise Cardoso, et al. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, loiva, Maria de Boni(org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, p.15-26, 2010.

O'BRIEN, Megan S.; ANTHONY, James C. Risk of becoming cocaine dependent: epidemiological estimates for the United States, 2000–2001. *Neuropsychopharmacology*, vol.30.n.5,p1006-1018, March, 2005.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo, 2017.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. de Saúde Pública**, vol.42, p. 664-671. Mar. 2008.

OTEO PÉREZ, Alberto, et al. Criminal involvement and crime specialization among crack users in the Netherlands. *European addiction research*, v.21, n.2, p.53-62, 2014.

PALAMAR, Joseph J., et al. Powder cocaine and crack use in the United States: An examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and alcohol dependence*, vol.149, p. 108-116, April. 2015.

PAULA, Milena Lima de et al . Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 118-130, Mar. 2014 .

PEIXOTO, Clayton et al., Impacto do perfil clínico e sócio demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). **J. bras. psiquiatr.** n.59, vol.4, p.317-21, 2010.

PIANCA, Thiago G., et al. Transition from first substance use to crack-cocaine: Predictors of faster addiction progression, and clinical characteristics in crack-cocaine adolescents users. *Drug & Alcohol Dependence*, p.156-177, 2015.

RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 5, p. 2613-2622, May 2011.

REIS, Neilane Bertoni dos Quantos usuários de crack e/ou similares existem nas capitais brasileiras? Resultados de um inquérito nacional com a utilização da Metodologia Network Scale-Up. / Neilane Bertoni dos Reis. 104 f, 2014.

RIBEIRO, Marcelo, et al. Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.28, n.3, p.196-202, 2006.

_____. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. **Eur Addict Res**, v13, n.1, p.11-9, 2007.

- _____ . High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction*, v.99, n.9, p.1133-1135, 2004.
- RIBEIRO, Luciana A.; SANCHEZ, Zila M.; NAPPO, Solange A. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health*, v.10, n.1, p. 1-10.,nov. 2010
- ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.32, n.1, p.82-97, 2012.
- RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. Terceiro Nome, 2014.
- SALES JORGE, Jorgina; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v.3, n.1, p.39-48, 2012.
- SANTOS, Paola Lucena dos, et al. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *J Bras Psiquiatr*, v.61, n.4, p.221-6, set, 2012.
- SCHÖNNESSON, Lena Nilsson, et al. A cluster analysis of drug use and sexual HIV risks and their correlates in a sample of African-American crack cocaine smokers with HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, vol.97, n.1, p.44-53, 2008.
- SIEGAL, Harvey A.; LI, Li; RAPP, Richard C. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors*, vol.27, n.3, p.437-449, May-June, 2002.
- SIEGAL, Harvey A., et al. Measuring readiness for change among crack cocaine users: a descriptive analysis. *Substance use & misuse*, Vol.36, n.6-7,p.687-699, 2002.
- SOUZA, Edilson de Moura. *Perfil do usuário de crack em tratamento no Hospital Escola Portugal Ramalho na cidade de Maceió Alagoas*. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde.
- UCHÔA, Marco Antonio. *Crack: o caminho das pedras*. Ática, 1996.
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2017* (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

TIMPSON, Sandra C., et al. Sexual activity in HIV-positive African American crack cocaine smokers. *Archives of sexual behavior*, v.39, n.6, p.1353-1358, 2010.

VARGENS, Renata Werneck; CRUZ, Marcelo Santos; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comparison between crack and other drugs abusers in a specialized outpatient facility of a university hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*, v.19, p. 804-812, 2011.

VAUGHN, Michael G., et al., Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *The American journal of drug and alcohol abuse*, v.36, n.4, p. 181-186, 2010.

VEDOVATTO, Semiramis Maria Amorim. Sobre drogas Nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! In: *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*, p.159-166, 2010.

VERNAGLIA, Taís Veronica Cardoso; VIEIRA, Regina Amélia de Magalhães Senna; WECHSBERG, Wendee M., et al. African-American crack abusers and drug treatment initiation: Barriers and effects of a pretreatment intervention. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, v.2, n.1, p.1- 10, March. 2007.

ZAPOLSKI, Tamika Chere Barkley; BALDWIN, Patrick; LEJUEZ, Carl W. Examining risk for frequent cocaine use: Focus on an African American treatment population. *Substance use & misuse*, v.51, n.7, p.882-891, apr, 2017.

ZEFERINO, Maria Terezinha et al . Similarities and differences in crack cocaine use patterns in Santa Catarina, Brazil: Capital vs. Midwest. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 97-106, Jan. 2017.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável.
Assinatura de todos os pesquisadores na última página e rubrica nas demais)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo ESTUDO PROSPECTIVO DE USUÁRIOS DE CRACK ATENDIDOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO EM MACEIÓ, ALAGOAS recebi d(o,a) Sr(a).

....., d(o,a), responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a avaliar a evolução dos 200 casos de usuários de crack avaliados pelo ASI-6 em 2009-2010 no período de 2010 a 2014
- Que a importância deste estudo é a de contribuir para a formulação de diretrizes para o planejamento de tratamento dos usuários de crack em nosso meio
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer a evolução dos usuários de crack tratados no Hospital Escola Portugal Ramalho em Maceió, Alagoas para aprimorar o atendimento e propor medidas preventivas
- Que esse estudo começará em 01/2014 e terminará em 01/2015
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: 200 casos de usuários de crack avaliados pelo ASI-6 no período de 2010 a 2011 serão rastreados e aqueles que forem localizados serão submetidos a uma nova entrevista. As respostas serão analisadas
- Que eu participarei das seguintes etapas: questionário aplicada por entrevistador
- Que os outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados são as seguintes: entrevista aberta que não fornece resultados tão confiáveis
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: emocional por lembrar-se de eventos incômodos de minha vida
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: estresse emocional
- Que deverei contar com a seguinte assistência: apoio emocional sendo responsável(is) por ela : profissional do Hospital Portugal Ramalho
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: aprimoramento do tratamento do usuário de crack
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: pelo entrevistador e por profissional de saúde mental se for necessário
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

2015
M/M

- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que eu deverei ser ressarcido por todas as despesas que venha a ter com a minha participação nesse estudo, sendo-me garantida a existência de recursos OU Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para o sujeito da pesquisa.
- Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa, podendo ser encaminhado para atendimento no Hospital Psiquiátrico Portugal Ramalho.
- Que eu serei ressarcido quanto a possíveis gastos (como transporte, lanche) que precisar efetuar em minha participação nesta pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto):
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Faculdade de Medicina da UFAL
 Endereço Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n
 Bairro: /CEP/Cidade: Tabuleiro dos Martins - Maceió - AL CEP:57072-900
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Telefones p/contato: 3214-1858

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:
 Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041**

	<p>Laysse Veloso de Amorim Santos LAYSSE VELOSO DE AMORIM SANTOS</p> <p>Milma Pires de Melo Miranda MILMA PIRES DE MELO MIRANDA</p> <p>Claudio Torres de Miranda</p>
<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas) CLAUDIO TORRES DE MIRANDA</p>

Pesquisa de seguimento dos usuários de crack

Hospital Escola Portugal Ramalho - UNCISAL-UFAL

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Nome: _____

Estado Civil: _____

Idade: _____

Registro na pesquisa (cód.auto): _____

Ordem: _____

I. Entrevista:

1. Pessoa entrevistada

() o paciente () terceiros (nome/grau de parentesco): _____

2. Entrevista

() contato telefônico () pessoalmente () domiciliar () HEPR () Outros: _____

3. Condição do paciente no momento da entrevista

Morto ()	Desaparecido ()	Preso ()	Interno ()	Em domicílio ()
<input type="checkbox"/> Acidental <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Suicídio data do óbito: ____/____/____ <i>causa mortis</i> para o entrevistado: _____	A quanto tempo: _____	A quanto tempo _____ motivo: <input type="checkbox"/> Porte <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/> Assalto <input type="checkbox"/> Assassinato <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Detido () Sentenciado Duração _____	A quanto tempo? _____ Onde? <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico <input type="checkbox"/> Hospital clínico <input type="checkbox"/> Unid.de acolhimento <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Próprio(alug/part) <input type="checkbox"/> De parentes <input type="checkbox"/> De amigos <input type="checkbox"/> Situação de Rua <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____
OBS.:				

II. Trabalho e estudo

1. Profissão: _____

2. Trabalhou durante o último ano?

() sim quantos meses? _____

* dentro da sua profissão () sim () não. Com o que? _____

* carga horária: () período integral () meio período

* tipo de emprego () registrado () informal () autônomo () outro _____

* carteira de trabalho(Tipo de vínculo) () sim () não

* faltas no emprego () semanais () mensais () esporádicas () não houve

motivo: () usou *crack* no dia anterior

- () doença ligada ao uso qual? _____
 () ferimentos decorrentes do uso como? _____
 * mudou de emprego? () sim. Quantas vezes? _____ () não
 * quanto recebe? _____
 * queixas do empregador relacionadas ao uso. () sim Quais? _____ () não
 () **não** * a quais atividades se dedicou _____

3.a Escolaridade

- () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo
 () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto Curso: _____
 () Superior Completo curso: _____ () Técnico Curso: _____

3b. Estudou durante o último ano?

- () **sim**
 * tipo de estudo () 1o/2o grau () supletivo () técnico () outro _____
 * faltas no estudo () semanais () mensais () não houve
 motivo: () usou *crack* no dia anterior; () doença ligada ao uso qual? _____ ;
 () ferimentos decorrentes do uso como? _____
 * queixas da escola relacionadas ao uso. () sim Quais? _____ () não
 () **não** * a quê se dedicou _____

III. Status legal

1. Teve problemas com a lei após a internação no HEPR? (mais de uma resposta possível)

- () **sim** * tipo de problema (delito):
 () furto () assalto () assassinato () tráfico () vandalismo () porte () falsificação () prostituição () vender pertences de familiares ou pessoas próximas
 () porte de arma
 () outros _____
 * com que frequência () diária () semanal () mensal () raramente
 período em que cometeu o(s) delito(s): _____
 () **não**

2. Já foi preso/detido após a tratamento no HEPR?

- () **sim** [() preso () detido () ambos]
 * quantas vezes _____ qual(is) ano(s) _____
 * qual o motivo? () porte () tráfico () furto () assalto () assassinato () porte de arma
 () outros _____
 * no total quanto tempo esteve preso desde a alta? _____
 * chegou a ir a julgamento alguma vez? () sim () não
 () **não**

3. Status legal atual (para quem não está preso)

- () sem implicações () condicional () esperando sentença () sentenciado () outro _____

IV. Status financeiro

1. O que fez no último mês para se sustentar?

- () trabalho (registrado/informal) ; () furto, assalto ou fraude ; () benefício (desemprego ou doença) ; () tráfico de drogas/ contrabando ; () dinheiro da família ou do parceiro; () pedir dinheiro na rua; () prostituição; () penhorar ou vender pertences [() próprios () familiares];
 () Outros _____

V. Uso de drogas

1. Uso de drogas desde a alta.

Classe de droga	Via de uso (em qualquer momento após a alta)					1º uso após alta hospitalar (em meses)	Consumo últimos 2 anos (0-3)*	Dias de Consumo nos últimos 12 meses	Dias de Consumo nos últimos 30 dias	Última vez que consumiu (há quantos dias)
	Via Oral	Fumada	Inalada	EV	Outros (especificar)					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1. Álcool										
2. Tabaco										
3. Maconha										
4. Solventes (cola, lança perfume, etc)										
5. Cocaína/ crack										
6. Hipnóticos										
7. Outros remédios (especificar)										
8. OUTROS (especificar)										
9. Misturas (especificar)										

(*) frequência de uso :0 nenhum, 1 uso isolado, 2 vários episódios de uso, 3 uso contínuo ou pesado.

2. Fatores para a recaída

Qual o motivo mais importante para você ter recaído?

VI. Tratamentos

1. Está em tratamento no momento? (mais de uma resposta possível)

sim * onde:

CAPS AD CAPS ambulatório grupos de autoajuda domiciliar

Outro _____

Nome do local: Hospital psiquiátrico Unidade de Acolhimento CAPS AD Outro

* há quanto tempo nesse(s) tratamento(s) atual(is)? _____ Expectativa de tempo? _____

* Maior frequência de comparecimento _____

* está sendo medicado? sim. Com o que? _____ não

não

2. Em quantos tratamentos ambulatoriais diferentes esteve desde a alta?

Número de tratamentos _____

3. Voltou a ser internado após a alta?

sim. Quantas vezes? _____ Tempo total internado? _____

não

4. Necessitou de tratamento médico (clínico) no último ano?

sim Motivo: _____

* atualmente usa alguma medicação sim. Qual? _____ não

não

5. Necessitou procurar algum pronto socorro desde a alta?

sim por quê? _____ **não**

VIII. Suicídio

Pensou em cometer suicídio desde a internação no HEPR (2010/2011)? sim não

Tentou o suicídio desde a internação no HEPR (2010/2011)?

sim, quantas vezes: _____ **não**

IX. Overdose pelo uso de crack:

sim quantas: _____ **não**

X. Comportamento Sexual (período de consumo de crack):

Desde a alta, você usou camisinha em todas as suas relações sexuais? **sim** **não**

OBS.:(Comentários) _____

Já trocou sexo por drogas ou dinheiro: **sim** **não**

HIV

positivo **negativo** Data do último exame: _____ **não sabe**

XI. Participa ou participou de alguma cerimônia/ grupo religioso (igreja, culto, templo)

sim

* qual? _____

* desde quando? _____

* frequência _____

não

Tipo de entrevista:

Informante Colaborativo

Informante dispõe de poucas informações

Informante parece esconder informações

OBS.: _____
