UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

TATIANA DA SILVEIRA MADALENA

USUÁRIOS DE CRACK:
Prevalência e Perfil de Pacientes em Tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTS) na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Coorientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Juiz de Fora
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

TATIANA DA SILVEIRA MADALENA

USUÁRIOS DE CRACK:
Prevalência e Perfil de Pacientes em Tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTS) na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Tatiana da Silveira Madalena.

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Coorientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

da Silveira Madalena, Tatiana .
Usuários de crack: Prevalência e perfil de pacientes em tratamento em comunidades terapêuticas em Juiz de fora/MG / Tatiana da Silveira Madalena. -- 2014.
87 f. : il.

Orientador: Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Coorientador: Telmo Mota Ronzani
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

1. Crack. 2. Comunidades Terapêuticas. 3. Prevalência. 4. Perfil. I. Marcorela Andreoli Sartes, Laisa , orient. II. Mota Ronzani, Telmo, coorient. III. Título.

Tatiana Silveira Madalena

USUÁRIOS DE CRACK: PREVALÊNCIA E PERFIL DE PACIENTES EM TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Tatiana Silveira Madalena

Dissertação defendida e aprovada em 04 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Presidente: Prof. Dr. Carlos Alberto Mourão Junior
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Titular: Profa. Dra. Eroy Aparecida da Silva
UNIFESP

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que me deu forças para chegar até aqui e me faz acreditar a cada minuto que a vida vale a pena sem me deixar perder a fé.

À minha mãe, pelo exemplo de mulher forte e determinada, que sempre acreditou em mim e me apoiou em meus planos e projetos de vida, não me deixando fraquejar.

À professora Laisa que acreditou desde o inicio nesse projeto e em mim, me exigindo sempre o melhor e me mostrando que temos que exigir sempre o melhor de nós mesmos para termos um caminho de sucesso.

Ao meu eterno supervisor clínico e mentor, Heitor Lobo de Mendonça, por sempre ter acreditado na minha escolha clínica e, desde o primeiro período da graduação, ser o exemplo que me mostra, desde então, como ser ética.

Aos meus pacientes, em especial aos das comunidades Terapêuticas, que cederam com muita honestidade e boa vontade seu tempo para essa pesquisa e o meu tempo como profissional ausente compreendendo a importância de todo esse trabalho para minha vida e a deles.

Às amigas e amigos que fiz nesse tempo de mestrado, que sempre estiveram presentes me apoiando e dividindo todos esses momentos de aprendizado comigo.

Em especial, a todos os pacientes que me ensinaram, e ainda me ensinam, ao longo desses oito anos de dedicação

E, por fim, às comunidades terapêuticas e seus dirigentes, que permitiram a realização deste estudo e que mesmo em meio a tantas dificuldades se dedicam de forma intensa a auxiliar dependentes químicos em sua recuperação, mostrando todos os dias como não desistir.

" [...] e ali diante daquele muro, fácil pular e acabar com isso, voltar aquele lugar que conheço e desconheço aonde não preciso ser eu nem ninguém, onde os choros são esquecidos e eu nem preciso de lágrimas, onde o sentir é apenas uma palavra estranha, o vazio de se estar morto em vida, ou ficar e lutar?
Com ajuda ou não, lutar sem certeza de conseguir, acho que vou ao menos tentar [...]"

(Palavras de J., um paciente que viveu por 10 anos na cracolândia e hoje, há 7 anos, sem uso de drogas)

RESUMO

Introdução: Embora substâncias como o álcool e o tabaco venham se destacando como as drogas mais consumidas no Brasil, nos últimos anos existe uma maior preocupação com os usuários de crack. As Comunidades Terapêuticas (CTs) tem se destacado, atualmente, como uma importante aliada da rede de atenção ao usuário de drogas do SUS, porém pouco se sabe a respeito da população atendida nestes serviços. Objetivos: a) Estimar a prevalência de usuários de crack na população que busca tratamento especializado em CTs na cidade de Juiz de Fora; b) Avaliar o perfil dos usuários de crack em tratamento nas CTs e; c) Descrever os sintomas físicos, psicológicos e desfechos de tratamento das CTs. Metodologia: Foram realizados três estudos. No estudo 1 (prevalência), transversal, todos os indivíduos que deram entrada nas CTs num período de dois meses foram entrevistados utilizando o ASSIST e um questionário de dados sociodemográficos. A proporção de usuários de crack foi comparada a de usuários de outras drogas. No estudo 2 (perfil) foram incluídos 72 indivíduos maiores de 18 anos, que preencheram critérios indicativos de dependência de crack, que buscaram tratamento nas CTs. Caracterizou-se como um estudo transversal, em que os indivíduos foram entrevistados utilizando-se os instrumentos ASSIST, ASI6 e questionário sociodemográfico. No estudo 3, foi realizado um estudo longitudinal, em que 42 pacientes das CTs foram acompanhados por um psicólogo semanalmente entre uma a 24 semanas. sintomas físicos, psicológicos e desfechos de tratamento foram anotados em um formulário semi-estruturado. Resultados: No estudo 1, 82,4% fazia uso sugestivo de crack. O estudo 2 mostrou que o perfil principal foi formado por homens, solteiros, com 30 anos, que não trabalha, com defasagem escolar, pertencente à classe média de religião protestante. No estudo 3 a ansiedade foi o sintoma prevalente e junto com a depressão o que mais permaneceu ao longo do tratamento. No início do tratamento, período de maior desistência, se concentraram os sintomas, principalmente tosse e fissura pelo tabaco. Discussão: Com este estudo obteve-se uma compreensão da população usuária de crack que busca tratamento especializado em CTs em Juiz de Fora, possibilitando uma melhor discussão de propostas para a melhoria das intervenções e planos de tratamento para usuários de crack das CTs, pretendendo, com isso, incentivar outros estudos relativos às CTs.

Palavras-chave: Crack, Comunidades Terapêuticas, Prevalência, Perfil

ABSTRACT

Introduction: Although substances such as alcohol and tobacco will be highlighted as the most abused drugs in Brazil in recent years there is a greater concern for crack users. Therapeutic Communities (TCs) has excelled currently as an important ally of attention to the drug user 's public health system, but little is known about the population served in these services. Objectives: a) To estimate the prevalence of crack users in the population seeking specialized treatment in TCs in the city of Juiz de Fora, b) assess the profile of crack users in treatment in TCs and c) Describe the physical, psychological symptoms and treatment outcomes of TCs. Methods: Three studies were conducted. In study 1 (prevalence), transverse, all individuals who entered the TCs within two months were interviewed using the ASSIST and a sociodemographic questionnaire. The proportion of crack users was compared to users of other drugs. In study 2 (profile) 72 patients over 18 years who met criteria indicative of addiction to crack , seeking treatment in TCs were included. Was characterized as a cross-sectional study in which subjects were interviewed using the ASSIST, ASI6 and sociodemographic questionnaire instruments. In study 3, a longitudinal study in which 42 patients TCs were accompanied by a psychologist weekly between one to 24 weeks was performed, physical, psychological symptoms and treatment outcomes were recorded in a semi-structured form. Results: In study 1, 82.4 % had a suggestive use of crack. Study 2 showed that the main profile was formed by men, unmarried, aged 30, who does not work with school delay, belonging to the middle class Protestant religion. In the third study was the most prevalent symptom of anxiety and depression with which remained over the course of treatment. At treatment initiation, a period withdrawal focused symptoms, especially cough and craving for tobacco. Discussion: With this study we obtained an understanding of the user population crack seeking specialized treatment in TCs in Juiz de Fora, enabling a better discussion of proposals for the improvement of interventions and treatment plans for crack users TCs, intending thereby encourage other studies on TCs .

Keywords : Crack, Therapeutic Communities, Prevalence, Profile

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos resultados referentes à prevalência de dependentes de substâncias psicoativas (n = 34) 24

Tabela 2. Frequência e porcentagem de padrão de consumo de drogas nos últimos três meses, fornecido pelo ASSIST (n = 34) 25

Tabela 3. Dados sociodemográficos dos usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas (n = 72) 26

Tabela 4. Padrões de uso de 10 classes de drogas nos últimos 3 meses classificados pelos ASSIST, da amostra geral e de homens e mulheres 27

Tabela 5. Situação de moradia (número de noites) da amostra geral e de homens e mulheres nos 6 meses anteriores a entrada no tratamento 28

Tabela 6. Problemas de saúde na vida e número de dias no último mês relatados entre os usuários de crack da amostra geral e homens e mulheres 29

Tabela 7. Situação de emprego e sustento entre os usuários de crack da amostra geral e de homens e mulheres 30

Tabela 8. Histórico de tratamentos para álcool e outras drogas e padrão anterior de uso de álcool na amostra geral e entre homens e mulheres 30

Tabela 9. Anos de uso regular e uso no último mês de 6 classes de drogas 32

Tabela 10. Histórico e envolvimento nos últimos 6 meses com atividades ilegais da amostra geral e de homens e mulheres 33

Tabela 11. Padrão de relacionamento sociofamiliar com parceiro, parentes ou amigos íntimos e filhos nos últimos 30 dias 34

Tabela 12. Histórico de situações de violência na vida na amostra geral e entre homens e mulheres usuários de crack 35

Tabela 13. Histórico de problemas psiquiátricos e sintomas recentes entre os usuários de crack da amostra geral e entre homens e mulheres 36

Tabela 14. Perfil de gravidade de problemas em sete áreas de avaliação do Addiction Severity Index 6 (ASI 6) 37

Tabela 15. Taxa de incidência de abandono por semana e tempo mediano de permanência no tratamento nas CTs de homens e mulheres e da amostra geral. 42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico da idade média de início de uso de drogas entre os usuários de crack 31

Figura 2. Porcentagem de usuários de crack que apresentaram sintomas físicos ao longo do tratamento nas CTs 38

Figura 3. Porcentagem de usuários de crack que apresentaram sintomas psicológicos/comportamentais ao longo do tratamento nas CTs 39

Figura 4. Porcentagem de usuários de crack que apresentaram sintomas psicológicos ao longo do tratamento nas CTs 40

Figura 5. Porcentagem de usuários de crack que permaneceram no tratamento nas CTs ao longo das semanas 41

Figura 6. Porcentagem de homens e mulheres usuários de crack que permaneceram no tratamento nas CTs ao longo das semanas 42

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 62

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... **Erro! Indicador não definido.**

Anexo 2. Questionário de dados sociodemográficos ..... **Erro! Indicador não definido.**

Anexo 3. ASSIST ..... **Erro! Indicador não definido.**

Anexo 4. Escala de Gravidade de Dependência..... **Erro! Indicador não definido.**

Anexo 5. Formulário Semiestruturado ..... **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASI	Escala de Gravidade de Dependência
ASSIST	Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial- álcool e drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina
COMENS	Conselho Municipal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONENS	Conselhos Estaduais de Entorpecentes
CFM	Confederação Federal de Municípios
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência especializado em Assistência Social
CTs	Comunidades terapêuticas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estrutura de Saúde da Família
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FETEB	Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Lista de Tabelas ..... *vii*

Lista de Figuras ..... *viii*

Lista de Apêndices ..... *ix*

Lista de Anexos ..... *x*

Lista de Abreviaturas e Siglas ..... *xi*

1 INTRODUÇÃO 1
- **1.1 Epidemiologia do uso de crack e outras drogas no Brasil** 1
- **1.2 Crack: Caracterização Geral** 3
- **1.3 Políticas Públicas Brasileiras para a Dependência de Substâncias Psicoativas** 6
- **1.4 Comunidades Terapêuticas como possibilidade de tratamento** 9

2 OBJETIVOS 17
- **2.1 Objetivos Gerais** 17
- **2.2 Objetivos Específicos** 17

3 METODOLOGIA 18
- **3.1 Locais do Estudo** 18
- **3.2 Estudo 1: Prevalência de usuários de crack na população que busca tratamento especializado em CTs** 19
- **3.3 Estudo 2: Perfil de usuários de crack em tratamento em CTs** 19
- **3.4 Estudo 3: Sintomas e desfechos de tratamentos nas CTs** 20
- **3.5 Ética** 20
- **3.6 Instrumentos** 21
- **3.7 Análise dos Dados** 21

4 RESULTADOS 23
- **4.1 Estudo 1: Prevalência de usuários de crack na população que busca tratamento especializado em CTs** 23
- **4.2 Estudo 2: Perfil de usuários de crack em tratamento em CTs** 25
- **4.3 Estudo 3: Sintomas e desfechos de tratamentos nas CTs** 37

5 DISCUSSÃO 43

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 53

REFERÊNCIAS 54

APÊNDICES 61

ANEXOS 64

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia do uso de crack e outras drogas no Brasil

O uso de substâncias psicoativas se tornou um importante problema de saúde pública e tem desafiado os mais diversos profissionais das mais diversas áreas. De acordo com o relatório mundial sobre a Carga Global de Doenças, no Brasil, o alcoolismo destaca-se como principal fator de risco de saúde nacional (Murray, C. J. et al., 2012). De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas, realizado pelo CEBRID em 2005, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes, 22,8% da população já fez uso na vida de alguma droga com exceção do álcool e do tabaco, correspondendo a 10.746.991 pessoas (Carlini et al., 2006). Cerca de 2 milhões fumaram crack, óxi ou merla alguma vez e 1 milhão foram usuários de alguma dessas três drogas no último ano. No entanto, as drogas de maior prevalência de dependência eram o álcool (12,3%) e o tabaco (10,1%). Em relação às drogas ilícitas, 0,8% foram identificados como dependentes. Comparando-se os Levantamentos Domiciliares de 2001 e 2005 (Carlini et al., 2006; Noto et al., 2003), houve um aumento do consumo entre algumas drogas ilícitas e lícitas, entre elas a maconha (6,9% para 8,8%), os benzodiazepínicos (3,3% para 5,6%) e a cocaína (2,3% para 2,9%). O consumo de crack dobrou entre 2001 (0,4%) e 2005 (0,8%). Conforme o levantamento realizado com 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua, o consumo de derivados da cocaína, crack e/ou merla, ainda que tenha feito o uso por uma vez, foi mencionado em todas as capitais brasileiras por cerca de 24,5% deles (Noto et al., 2003).

Com relação à região Sudeste, no II Levantamento Domiciliar, a prevalência de uso de cocaína e derivados foi superior à média brasileira. A porcentagem de uso de cocaína foi de 3,7%, e a de crack de 0,9% nessa região (Carlini et al., 2006). No estudo realizado com

crianças em situação de rua, na capital mineira o consumo de crack relatado foi superior ao da cocaína inalada (Noto et al., 2003).

Embora as substâncias como o álcool e o tabaco se destaquem nos levantamentos epidemiológicos como as drogas mais consumidas e com maiores porcentagens de dependentes, tanto no Brasil, como em outros países, recentemente, o uso de crack tem sido enfatizado na mídia como *uma epidemia*. Associado a isto, o Governo brasileiro lançou o *Programa de Enfrentamento ao Crack* autenticando o que tem sido apresentado. No entanto, existe uma discussão com relação a este fato, no sentido de que os estudos epidemiológicos de relevância nacional, realizados até então não corroboram tal epidemia. Um levantamento mais recente realizado com mais de 50.000 estudantes do ensino médio e fundamental das 27 capitais brasileiras, demonstrou que não houve aumento das taxas de uso de crack (Nappo, Sanchez, & Ribeiro, 2012). Em 2013, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizou um levantamento nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal sobre o uso regular de crack e/ou similares (Bastos & Bertoni, 2013). O estudo encontrou uma estimativa de 2,28% de usuários de drogas ilícitas (com exceção da maconha), sendo que 0,81% deles são usuários regulares de crack e/ou similares. Estes dados corroboram os levantamentos anteriores, em que, inclusive, a região Nordeste permanece como a de maior prevalência. Não se pode deixar de considerar que, embora sejam percentualmente baixos, quando comparados às drogas lícitas, isso representa 35% (370 mil pessoas) da amostra de usuários de drogas ilícitas.

Por outro lado, estudos realizados com população clínica têm destacado o aumento da procura de tratamento especializado por usuários de crack, especialmente nos últimos anos (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). De acordo com o *Projeto Diretrizes para Abuso e Dependência de crack*, realizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2011a), os serviços ambulatoriais especializados para tratamento da dependência começaram a sentir o impacto do crescimento do consumo do crack a partir do início dos anos 90 (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2011a). Um estudo realizado por Ferri, Laranjeira, Silveira, Dunn e Formigoni (1997) mostrou que a procura por tratamento por esta droga passou de 17% em 1990 para 64% em 1993. Outros estudos também mostraram que a procura por tratamento ambulatorial passou a variar entre 50% e 80% em diferentes serviços (Bastos et al., 1988; Dunn, Laranjeira, Silveira, Formigoni, & Ferri, 1996; Fochi, Moraes, Chiaravalloti, Gandolfi, & Ferreira, 2000; Laranjeira, Dunn, Rassi, Mitsushiro, & Fernandes, 1998; Noto et al., 2003). Poucos estudos foram encontrados sobre esta estimativa em Comunidades Terapêuticas. Caitano e Souza (2011) avaliaram o número de internações por crack em um Centro de

Atenção Psicossocial e três Comunidades Terapêuticas (CTs) de Araranguá/SC entre os anos de 2004 a 2010. Identificaram um aumento que variou entre 219% a 249% entre as instituições estudadas.

Os dados mostram, no entanto, que há ainda incerteza com relação a porcentagem atualizada de pessoas que buscam tratamento para dependência de cocaína/crack nos serviços de saúde em geral e principalmente nas CTs, demonstrando haver necessidade de maiores informações.

1.2 Crack: Caracterização Geral

O crack é uma droga estimulante, derivada da cocaína, cuja via de administração é a fumada. Assim como outras substâncias capazes de provocar dependência, atua no sistema de recompensa cerebral aumentando a atividade da dopamina. Por impedir a recaptação deste neurotransmissor, eleva sua concentração na fenda sináptica. Esta concentração é responsável pela sensação intensa de prazer e euforia. Seu grande potencial gerador de dependência está relacionado ao rápido efeito, causado pela rápida absorção dos pulmões, caindo na circulação sanguínea (World Health Organization [WHO], 2004). Segundo Marques (1999), os efeitos mais frequentemente observados no consumo do crack são: taquicardia, hipertensão, taquipneia (disfunção da frequência respiratória), hipertermia, dilatação das pupilas, tensão muscular, tremores e sudorese intensa.

O consumo de crack é um fenômeno recente, surgido há cerca de 25 anos nos Estados Unidos e há 20 anos no Brasil. No início da década de 80, de acordo com Kessler e Pechansky (2008), os americanos descreveram na literatura científica uma nova e potente forma de uso de cocaína, feita a partir da pasta base de cocaína combinada com bicarbonato de sódio. Segundo os autores, quando esta substância era queimada em um cachimbo, produzia um ruído típico de estalo, recebendo o nome de crack. Os autores relatam também que seu uso nesse formato permitia uma disseminação maciça da substância para o cérebro, obtendo efeitos estimulantes e prazerosos. Dentre seus efeitos, os usuários relatavam que o crack tem um início de ação rápida, de curta duração, produzindo uma “fissura” (*craving*, em inglês) quase incontrolável. Os autores descreveram os relatos iniciais sobre os indivíduos que experimentaram esta droga como “escravos” dos seus efeitos, definhando devido aos danos causados ao organismo.

Nos últimos anos têm crescido o interesse por estudar o perfil do usuário de crack no Brasil. Segundo Oliveira e Nappo (2008), em um dos primeiros estudos no Brasil, o perfil do usuário de crack foi identificado como de maioria homens, jovens, de baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Os efeitos do crack faziam com que fossem raros os usuários que o consumissem uma única vez, prolongando o uso até que se esgotasse física, psíquica ou financeiramente. Segundo as autoras, o consumo de crack se faz de forma que o sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência percam o significado. Neste sentido, destacam que em função da sensação de urgência pela droga e na falta de condições financeiras, o usuário vê-se forçado a participar de atividades ilícitas (tráfico, roubos e assaltos). Mais recentemente, tal situação piorou com a inclusão das mulheres na cultura que, ao trocarem sexo por crack, submetem-se ao risco e contaminação de doenças sexualmente transmissíveis.

van der Meer-Sanchez e Nappo (2007), em um estudo de natureza qualitativa, avaliaram usuários de crack da cidade de São Paulo, e observaram que o padrão de uso mais frequentemente citado foi o compulsivo, caracterizando uma possível dependência da droga. Em comparação com usuários de cocaína em pó, o consumo de crack é caracterizado, segundo as autoras, por maior envolvimento em atividades ilegais, troca de sexo por droga, efeitos adversos mais graves e maiores chances de morar ou ter morado na rua. Além disso, observou-se nos últimos anos, que o uso de crack passou a estar também entre pessoas com maior poder aquisitivo, apesar de ainda ser predominante em classes mais baixas, que encontram dificuldades em custear um tratamento especializado.

Duailibi et al. (2008) realizaram um levantamento bibliográfico dos principais estudos realizados no país. Incluindo os estudos supracitados e outros relativos à populações específicas, este estudo demonstrou, entre outros aspectos, que os usuários de crack apresentam dificuldade na adesão aos tratamentos especializados, pois existe uma resistência em dar continuidade aos diversos estágios de desintoxicação e reabilitação dos mesmos. De acordo com os autores, cresce uma preocupação em estudar o perfil da população usuária de crack no Brasil, pois, conforme já citado, tem sido observado um aumento na procura de tratamento por esses indivíduos.

Segundo Guimarães, Santos, Freitas e Araújo (2008) os estudos que relatam sobre perfil de usuários de crack que buscam tratamento trazem algumas características em comum, como a predominância de solteiros, do sexo masculino, com idades em torno dos 30 anos, bem como envolvimento em atividades ilegais e comportamento sexual de risco. No estudo epidemiológico para identificação do perfil de usuários de crack e/ou similares no Brasil

realizado em 2013 (Bastos & Bertoni, 2013) a maioria eram homens, de 30 anos, solteiros, com baixa escolaridade. Com relação à fonte de sustento o trabalho esporádico foi o mais prevalente, seguido por esmolas e auxílio da família. A prática sexo em troca de drogas foi relatada por 7,5% nessa população.

A dependência de substâncias psicoativas, como o crack, além das características acima, ainda traz prejuízos psiquiátricos e sociais significativos (Humeniuk & Poznyak, 2004). De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria. (2011a) no *Projeto Diretrizes* a prevalência de transtornos psiquiátricos é maior no usuário de crack quando comparado ao usuário de cocaína em pó. Os mais comumente relatados são o Transtorno de Ansiedade e Depressão, atingindo metade dos usuários. Este dado também foi observado em uma revisão de literatura realizada por Duailibi et al. (2008).

Guimarães et al. (2008) avaliaram 30 pacientes internados para desintoxicação de um Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre visando traçar o perfil, comorbidades psiquiátricas e verificar fatores associados à criminalidade entre usuários de crack. Dentre os resultados encontrados, 40% relataram antecedentes criminais, o que esteve associado à fissura, maior sintoma de ansiedade e depressão. No estudo de Bastos e Bertoni (2013), 41,6% dos usuários de crack e/ou similares do Brasil relataram ter sido detido no último ano, especialmente por uso ou posse de drogas.

No estudo de Domingos (2012), 95 clientes usuários de crack e cocaína de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad) de Ribeirão Preto foram avaliados quanto à gravidade de prejuízos psicossociais pelo *Addiction Severity Index* (ASI 6). O autor identificou que o uso de drogas e o suporte familiar e social foram os mais prejudicados entre os clientes, embora todas as outras áreas avaliadas (psiquiátrica, saúde, ocupacional e legal) tenham apresentado algum nível de problemas.

R. L. Horta, B. L. Horta, Rosset e C. L. Horta (2011) avaliaram 95 usuários de crack pacientes em tratamento em três CAPS-ad em Porto Alegre. Dentre os resultados, os autores observaram que a ocorrência de problemas com a polícia/justiça, o desemprego, situações de violência e a vivência de luto por amigos foi um problema comum entre usuários de crack. Transtornos ansiosos ou depressivos também foram relatados neste estudo, tanto como consequência do uso, quanto como antecedente.

1.3 Políticas Públicas Brasileiras para a Dependência de Substâncias Psicoativas

As ações em saúde pública têm um grande efeito na qualidade de vida das populações, em decorrência do acesso e disponibilização de serviços e tecnologias em saúde. De um modo geral, as políticas, as práticas, as técnicas e os instrumentos constituem pautas de ação que são objeto de intervenção da saúde pública (Paim & Almeida-Filho, 1998).

O uso de substâncias constitui-se como um dos fatores de risco para uma grande variedade de problemas de saúde, sociais, financeiros e de relacionamento para os indivíduos e suas famílias. De acordo com A. R. Machado e Miranda (2007), as primeiras políticas do governo brasileiro na área de álcool e outras drogas ocorreram no século XX, sendo criada uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no Brasil. O Brasil optou pela abordagem proibicionista que reafirmava a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. Por volta de 1970, a legislação brasileira sofreu influência da medicina e passou a entender que deveria haver um controle e repressão do uso de drogas. Foram propostos diferentes dispositivos assistenciais, como hospitais psiquiátricos e centros especializados de tratamento. De um modo geral, de acordo com os autores, a abordagem dos problemas ocasionados pelo consumo de álcool e drogas no Brasil é vista como uma questão de saúde há relativamente pouco tempo. Na década de 90, tinha-se uma maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, verificando a quase inexistência de ações destinadas ao enfrentamento deste problema.

Outra influência à política brasileira foi a participação do Brasil na XX Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 1998, onde houve um consenso de que todos os países envolvidos deveriam formular uma política nacional sobre drogas. A partir da preocupação do Setor Público com a questão da droga surgiram os Conselhos Antidrogas, chamados Conselhos de Entorpecentes (Conselho Federal – Confen, Conselhos Estaduais – Conens e Conselhos Municipais – Comens), dedicando-se principalmente ao campo das ações de repressão ao uso e ao de tráfico de drogas. A partir de 1980 os Conselhos passaram a incentivar práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa, com ênfase na redução de danos (Machado, A. R. & Miranda, 2007).

Deste modo, após a participação brasileira na XX Assembleia Geral da ONU, foi criado o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), sendo composto pela Secretaria Nacional Sobre Drogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad),

para desenvolver atividades antidrogas no país. Os dois novos órgãos foram alocados, não no Ministério da Justiça, mas no Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional. Nesse contexto, pode-se destacar a importância da atuação da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) buscando a aplicação das novas formas e metodologias a fim de viabilizar a política de prevenção e tratamento dos indivíduos que abusam de substâncias psicoativas, sob o enfoque da questão de saúde pública, mudando o perfil mais repressivo para o de redução de danos. E em 2005, ocorre a mudança proposta pela Senad da política Antidrogas para Políticas sobre drogas que preconiza a integração das políticas setoriais e a descentralização das ações, com o estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais (Pires, Carrieri, C. G., & Carrieri, G. G., 2008).

Além das políticas sobre álcool e outras drogas instituídas pela Senad, o Brasil possui a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, vinculada ao Ministério da Saúde. Sendo a principal estratégia do Ministério da Saúde a implementação, em larga escala, dos CAPS-ad, regulamentados através da Portaria n. 305, de 30 de abril de 2002e da Portaria n. 816, de 30 de abril de 2002. Além da regulamentação dos CAPS-ad, o Ministério da Saúde também instituiu através da Portaria n. 816, de 30 de abril de 2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Tal Portaria tem como premissa aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais à saúde representados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas. Neste sentido, além das ações de saúde, foi criada a Política Nacional de Assistência Social, que tem na implantação dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e Centros Regionais Especializados da Assistência Social (Creas), uma das principais estratégias de descentralização das ações, destacando o uso indevido de álcool e outras drogas como um dos fatores que podem estar correlacionados à vulnerabilidade das famílias (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005).

Mais recentemente, do ponto de vista legislativo, destacam-se as mudanças constitucionais relacionados às drogas ilícitas, propostas pela Senad. Estas foram expressas através da Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, a qual faz a distinção entre usuários / dependentes de drogas e traficantes, trazendo mudanças importantes. Esta proposta de despenalização do consumo de drogas é considerada um avanço para o enfrentamento deste problema no âmbito da saúde. Também tem destaque o suporte hospitalar à demanda assistencial, por meio de internações de curta duração, em hospitais gerais (Portaria n.

2.629,de 28 de outubro de 2009) evitando a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Embora se possa observar um esforço em ampliar e melhorar a rede assistencial integral para os usuários de álcool e outras drogas, em um recente relatório do Tribunal de Contas da União (2012), demonstrou-se, que a cobertura atual dos CAPS, não somente para álcool e outras drogas, mas também para saúde mental em geral, ainda é insuficiente, pois, segundo dados de um mapeamento realizado pela Senad (2007), há 850 instituições não governamentais atuando na área de álcool e outras drogas no Brasil, e as instituições governamentais perfazem um total de 389. Ou seja, cerca de 67% das instituições voltadas para tratamento não são governamentais. Dentre tais instituições não governamentais, destacam-se as Comunidades Terapêuticas (CTs) que foram se viabilizando neste contexto como uma ferramenta para o tratamento de dependência de drogas no nosso país.

No Brasil, a regulamentação das CTs ocorreu somente em 2001, através da Resolução n. RDC 101, de 30 de maio de 2001, publicada pela Anvisa, conjuntamente com a Senad. Neste contexto, destaca-se ainda a atuação de duas Federações de Comunidades Terapêuticas criadas na década de 90, que são: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract) e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (Feteb). A partir desta resolução, as Comunidades Terapêuticas foram tiradas da *clandestinidade*. No item 2 da Resolução, consta: "[...] Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas." Além disso, foram determinados alguns critérios básicos para a adequação das CTs como exigência de equipe multiprofissional (Resolução n. RDC 101, de 30 de maio de 2001).

Após este período, e com o crescente alarde com relação à suposta epidemia do crack, os tratamentos para dependentes desta droga, têm sido o foco de atenção dos mais diversos setores especialmente tratando-se da discussão sobre internação. Considerando ainda a falta de tratamento suficiente em relação à demanda, as Comunidades Terapêuticas veem tomam lugar de destaque. Neste sentido, em 2011 a Anvisa criou uma nova resolução (Resolução n. RDC 29, de 30 de junho de 2011) que colocou essa modalidade de tratamento como ferramenta na rede complementar do SUS para atendimento a dependentes de substâncias psicoativas. Esta Resolução facilitou a autorização de funcionamento das CTs pela Anvisa uma vez que diminui os critérios de exigência, como por exemplo, de ter apenas um profissional de saúde.

1.4 Comunidades Terapêuticas como possibilidade de tratamento

As CTs são um ambiente de tratamento ainda pouco conhecido do público brasileiro. Existe pouca informação nacional disponível acerca das CTs apesar de já existirem há mais de 40 anos.

Segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003) e o Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010), o tratamento aos usuários de crack e outras drogas deve ser oferecido por uma rede integral de atenção do SUS, incluindo a Atenção Primária à Saúde, Assistência Social, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e, atualmente, a rede complementar, ou seja, as Comunidades Terapêuticas (CTs). Se por um lado esta proposta vem sendo amplamente incentivada, na maioria dos municípios a rede de atenção integral tem apresentado muitas dificuldades.

Embora existam diversas modalidades de tratamento propostas para usuários de drogas, muito se tem discutido sobre a melhor abordagem para dependentes do crack especificamente. Alguns autores apontam a necessidade de que o tratamento para esta população deve ser diferenciado dos demais (Pulcherio, Stolf, Pettenon, Fensterseifer & Kessler, 2010). A dependência de crack tem sido reconhecida como de difícil tratamento, considerando que, principalmente nos casos mais graves, diversas dimensões da vida do indivíduo foram atingidas, com o surgimento de problemas sociofamiliares, psiquiátricos, de saúde, legais e de emprego. Portanto, a abordagem deve pretender incluir avaliação e intervenção em todos esses aspectos, tendo destaque as Comunidades Terapêuticas como possibilidade de tratamento para os usuários do crack (Kessler & Pechansky, 2008).

De acordo com Kalina e Kovadloff (1988), o termo *Comunidade Terapêutica* foi primeiro usado por Maxwell Jones, que dirigia o Hospital de Dingleton, na Escócia. Jones começou a desenvolver esse modelo de tratamento para soldados com traumas decorrentes da II Guerra Mundial. Para solucionar esse problema, convidou vários profissionais distintos para o que chamou de reunião mundial, visando investigar como falar diretamente com seus pacientes em seu próprio "nível", perseverando com a ideia de autoajuda e de ajuda-mútua, fazendo com que todos trabalhassem juntos para ajudarem a si mesmos e aos demais. Sendo assim, a proposta de Maxwell Jones visou produzir uma crítica ao formato do manicômios psiquiátricos.

As CTs surgiram mundialmente dentro de um contexto de críticas ao clássico modelo psiquiátrico juntamente com os psicofármacos e hospitais-dia, assim como as questões suscitadas pela reforma psiquiátrica. Como salientam A. S. T. Silva e R. N. Silva (2006), o pós-guerra era uma época em quem havia necessidade de criação de novos métodos de atenção intensiva de cuidado à saúde, em que se configurava uma urgência sanitária.

Embora Maxwell Jones tenha levado uma proposta diferente de funcionamento para as CTs, baseada na dissipação de hierarquização entre profissionais e pacientes, ainda funcionavam dentro do modelo de asilo. Assim, o italiano Basaglia, considerado crítico mais avançado dos modelos políticos e sociais da psiquiatria clássica, questionou na década de 80 as CTs, considerando-as como uma reciclagem da gestão manicomial (Silva, A. S. T. & Silva, R. N., 2006).

Essa modalidade de atenção foi, inicialmente, utilizada para a atenção a pacientes com transtornos psiquiátricos crônicos e somente depois foi adaptada ao tratamento da dependência de drogas. Nos Estados Unidos, no dia 18 de setembro de 1958, Chuck Deberich e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, buscarem um estilo alternativo de vida. Fundaram em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira CT que se chamou *Synanon*. Este nome é usado por várias novas instituições até hoje. Este grupo adotou um sistema de relacionamento direcionado, em um ambiente de acolhimento e cumplicidade, o que, para os membros do grupo, foi muito terapêutico na época. A experiência se alastrou pela a América do Norte e boa parte da Europa. Neste sentido, as CTs se encaixavam em uma visão mais ampla, destinadas não somente a usuários de drogas, mas de pessoas com outros transtornos crônicos.

No contexto atual do Brasil as CTs são destinadas aos usuários de drogas. Vale destacar que nos últimos anos, houve a implantação dos chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou Residências Terapêuticas (RT), que têm propostas diferentes das CTs. A implantação das RTs ocorreu em função de uma grande preocupação com os indivíduos que viveram um longo período de internação em hospitais psiquiátricos. As RTs são muitas vezes encontradas na literatura, principalmente em países da Europa e EUA, como forma de tratamento para dependentes de drogas também, confundindo-se com CTs. No entanto, elas têm um caráter de residências familiares, instaladas em bairros urbanos que têm como objetivo facilitar a reinserção dos indivíduos ao convívio social, sendo dependentes de drogas ou não (Moreira & Castro-Silva, 2011).

Há ainda muito desconhecimento e preconceito em relação às CTs, principalmente entre os profissionais da área da saúde. No entanto, as CTs difundem-se cada vez mais.

Segundo Serrat (2002), a expansão das CTs no Brasil foi uma resposta à evolução do consumo de drogas, principalmente do crack, associado à escassez de políticas públicas consistentes e abrangentes que conseguissem oferecer melhor assistência e tratamento aos dependentes de drogas de uma maneira geral (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008). A expansão tem sido, geralmente, por iniciativa de ex-usuários de drogas que não contam com os recursos e formação necessários para adequar seu funcionamento aos requisitos exigidos por lei atuais. As CTs são criadas seguindo o modelo daquelas nas quais os fundadores obtiveram recuperação. A seguir abordaremos os principais modelos de tratamento utilizados por estas instituições.

A CT é um programa de aplicação difundido mundialmente. No entanto, apresentam entre si variabilidade quanto às propostas, apresentando pontos em comum e outros bastante divergentes.

Os modelos propostos pelas CTs baseiam-se principalmente no Modelo de Minnesota e no de Synanon. Alguns são utilizados ainda hoje, outros não são seguidos à risca. O Modelo de Minnesota, segue os 12 passos utilizados pelos Alcoólicos Anônimos (AA), porém em regime fechado, sendo considerado como uma versão institucionalizada do AA. O tratamento varia entre as CTs que pode ter duração entre alguns dias até vários meses, sendo predominantemente espiritual, baseado na ajuda mútua e em regime fechado (Damas, 2013). O Modelo de Synanon foi proposto Charles Dederich já comentado anteriormente neste texto. De base analítica, priorizava um modelo comunitário, em que os usuários viveriam em um novo lar, sendo acompanhados ou não pelos familiares. Embora utilizassem alguns preceitos do AA, priorizavam o desenvolvimento da autoconfiança do indivíduo ao invés da confiança em um ser superior. Propunha que o comportamento desviado só poderia ser corrigido por novas formas de convívio e métodos terapêuticos, incluindo a atribuição de culpa e a laborterapia (Damas, 2013; Ribeiro, Figlie, & Laranjeira, 2010).

Um elemento fundamental das propostas das CTs é a laborterapia. Em um estudo realizado dentro de uma CT feminina do Rio Grande do Sul, Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) identificaram que a CT considerava a laborterapia (serviços de manutenção diária da própria casa onde estão residindo) como ponto central do programa terapêutico de qualquer CT. A residente que não a cumprisse adequadamente estaria sujeita a aplicação de medidas educativas. Tais medidas eram encaradas como uma espécie de punição, geralmente implicando na execução de serviços extras dentro da laborterapia diária, o que, segundo os dirigentes, colaboraria para uma aquisição de responsabilidade e convívio social. Segundo uma das portarias que regulamenta o funcionamento dessas instituições, a laborterapia deve

estar estruturada a partir da prática de cuidados cotidianos, que contemplem experiências de reorganização do tempo e do espaço, respeitando as demandas singulares de cada indivíduo.

Além da laborterapia, a vivência comunitária e os desafios que ela suscita são outro aspecto chave, pautados no processo de mútua ajuda. Segundo Baukeland (1995), as CTs devem possuir uma visão básica pautada na ideia humanitária de que todos podem crescer por meio da ajuda dos outros indivíduos ali presentes. Neste sentido, os indivíduos são vistos como capazes de possuir responsabilidade e desenvolver uma maior maturidade. Essa ideia vem do fato de que, de uma maneira geral, os dependentes têm a necessidade de reaprender a viver socialmente sem a dependência da droga. Portanto, a convivência com pessoas que têm o mesmo problema possibilitaria que a troca de experiências colaborasse para o tratamento. As CTs pretendem dar ao indivíduo o direito à reabilitação, em oposição às ideias de marginalização dadas, principalmente, àqueles que consomem drogas ilícitas.

A Resolução n. RDC 101, de 30 de maio de 2001, primeira medida a regulamentar o funcionamento das CTs, enfatiza os efeitos socializantes e terapêuticos da convivência grupal, descrevendo que "o principal instrumento terapêutico de uma CT é a convivência entre os pares que compartilham de uma mesma problemática". Vários aspectos foram alterados posteriormente, mas prevalecendo o principal instrumento terapêutico para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de drogas psicotrópicas sendo a convivência entre os pares. Muitas instituições se dizem comunidades Terapêuticas, mas não respeitam nenhuma das resoluções vivendo de forma clandestina, o que muitas vezes faz com que esse modo de tratamento seja mal visto pelo meio cientifico e de saúde.

Kalina e Kovadloff (1988) definiram que os elementos centrais das CT são:

- 1) A CT é um elemento social. Esse sistema social deve facilitar uma aprendizagem que, em si mesmo, é terapêutica;
- 2) O sistema é uma ordem organizada através das normas de convivência e do enquadramento de tarefas;
- 3) O enquadramento e a normatividade baseiam-se no conceito da abstinência das drogas, enquanto se realiza o aprendizado para lidar com a mesma;
- 4) O trabalho concreto na instituição é a base da disciplina institucional e de uma educação na corresponsabilidade;
- 5) A CT tem hierarquias de acordo com as conquistas que cada residente tenha feito e no conhecimento de si mesmo, no trabalho sobre os outros e nas lideranças que possa ir progressivamente assumindo dentro da própria instituição;

- 6) As mudanças na instituição se concretizam através da mobilidade social, que implica a transmissão de tarefas e de responsabilidades crescentes na CT hierarquicamente;
- 7) A CT é uma sistemática de grupo, onde cada um dos grupos responde a diferentes necessidades dos residentes. Alguns seguem os alinhamentos típicos dos grupos terapêuticos. Outros terão como função atacar os comportamentos negativos para a sobrevivência do grupo e procurarão reforçar as conquistas positivas e a estrutura grupal;
- 8) Há possibilidade de mudança através da função de sustentação que tem a instituição;
- 9) A força terapêutica por excelência é o grupo de pares, a mudança precisa da interação entre os residentes. O paciente recuperado é integrado à equipe técnica funcionando como um modelo de papel útil em todo o projeto terapêutico;
- 10) A família está continuamente envolvida, de modo geral, em três níveis: participando da reunião semanal de terapia e da reunião mensal multifamiliar e, quando bons níveis de recuperação são alcançados, ajudando em projetos preventivos ou integrando a associação de pais, com a finalidade de trabalhar socialmente no tema da toxicomania; e
- 11) A CT fracassará em seus propósitos se o residente não for reconhecido em sua singularidade não apenas por meio de um ato terapêutico individual, mas fundamentalmente através de uma escuta institucional de sua história de vida. Sendo ressaltada ainda pelos autores a abertura das CTs para outros grupos de ajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Amor Exigente; o que possibilita aos internos, através das partilhas de sentimentos e situações, conhecerem as experiências pelas quais os companheiros já passaram.

O uso do dispositivo social deve facilitar a aprendizagem entre todos. Por esta razão, os indivíduos em diversas CTs são denominados “alunos”. Tendo uma organização através de normas de convivência e do enquadramento de tarefas, baseiam-se no conceito da abstinência total das drogas, enquanto se realiza o aprendizado. O trabalho concreto na instituição é a base da disciplina institucional e de uma educação baseada na corresponsabilidade. As CTs têm hierarquias de acordo com as conquistas que cada residente tenha feito e no conhecimento de si mesmo. As mudanças na instituição se concretizam através da mobilidade social, que implica a transmissão de tarefas e de responsabilidades crescentes. É constituída por vários grupos, onde cada um é responsável por uma parte do funcionamento da CT. A força terapêutica por excelência é o grupo de pares, a mudança precisa da interação entre os residentes. A família está continuamente envolvida, de modo geral, participando de reuniões semanais e ou mensais.

Para Kalina e Kovadloff (1988) as CTs, em seu quadro geral de funcionários, devem ser compostas por: psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, médicos, conselheiros, entre outros, na equipe técnica. Segundo Damas (2013), a inclusão desses profissionais trouxe consigo novas técnicas terapêuticas, e algumas apresentam um bom padrão de serviços e organização. Embora a Resolução n. RDC 29, de 30 de junho de 2011, institua a necessidade da presença de ao menos um profissional de saúde, isso nem sempre é encontrado, pelo menos no Brasil. Em muitas delas foram mantidos os padrões e modelos originais, com abordagens fundamentalmente religiosas, sem auxílio profissional, em que a laborterapia é utilizada como exploração do trabalho e, muitas vezes, com uma gestão focada em lucro.

De um modo geral as CTs não seguem um modelo exclusivo ou um programa bem definido o que acaba por dificultar estudos que avaliem a efetividade do tratamento proposto. Embora as CTs sejam uma modalidade muito difundida para o tratamento de usuários de drogas, ainda é pouco estudada, sistematicamente avaliada e seguida por preconceito pelo meio cientifico (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008). Chan et al. (2004) realizaram um estudo sobre a efetividade destas instituições avaliando 447 adultos e 148 adolescentes dependentes de drogas que faziam tratamento em CTs em Nova York, na Califórnia e no Texas. Os resultados demonstraram que os programas reduziram os níveis de uso de drogas e comportamentos criminosos, além de uma melhora no funcionamento psicológico e social dos usuários de drogas. Segundo o autor, há necessidade da compreensão dos elementos inter-relacionados de estrutura (aspectos físico ou organizacional desse ambiente de tratamento) e do processo, ou seja, do que acontece durante o tratamento. Conclui que na recuperação de usuários de drogas, é necessário que a CT se constitua como um instrumento capaz de romper o círculo vicioso consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos procurando evitar a reincidência na dependência de psicoativos retirando-os por algum tempo da sociedade. Apesar desta evidência, pouco se sabe ainda sobre a qualidade do atendimento nesses ambientes, principalmente no Brasil.

Em outros países, alguns estudos foram encontrados que propunham realizar este tipo de avaliação (Bell, 1994; De Leon, 1994; Leite & Vasconcellos, 2003; Machado, A. L. & Veloso, 2011; Soyez, Tatrai, Broekaert & Bracke, 2004). Entretanto, no Brasil a situação é um pouco diferente, sendo raros os estudos relativos às Comunidades Terapêuticas. Em uma avaliação de 26 usuários de drogas em tratamento em CTs do Estado de São Paulo, Sabino e Cazenave (2005) identificaram que a maioria era do sexo masculino (92,3%) e que o primeiro uso de drogas ilícitas havia ocorrido por volta dos 15 anos, sendo a primeira internação por volta dos 28 anos. Além disso, cerca de 50% dos entrevistados já havia tentado outras formas

de tratamento anteriormente. O crack destacou-se como uma das drogas mais consumidas antes da internação. Em outro estudo, relativo ao tratamento oferecido por uma CT para adolescentes, os autores descreveram as principais abordagens de tratamento, bem como avaliaram a opinião de profissionais e adolescentes internados quanto às suas percepções relativas ao tratamento, à reeducação e à convivência na CT (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008).

De acordo com Vergara-Moragues et al. (2013) em países como a Espanha o consumo de cocaína e de seus derivados tem sido motivo de uma grande preocupação, com indicadores epidemiológicos e assistenciais dos mais preocupantes no país. A CT para as pessoas com problemas com substância derivadas da cocaína tem sido indicada quando o tratamento ambulatorial não é suficiente para alcançar os resultados desejados. Em um estudo realizado pelos autores, embora a taxa de recaída tenha sido significativa após o tratamento, as pessoas com intervenção em CTs diminuíram o consumo de substâncias. Os autores relatam que ainda existem muitas lacunas sobre a forma de avaliar o sucesso dessa modalidade de tratamento, mas que seus resultados têm sido considerados para tratar problemas relacionados com dependência de substâncias, como o crack.

No panorama atual o consumo do crack tem ganhado destaque e junto com ele a necessidade de novas abordagens terapêuticas para tratamento dos dependentes desta droga. Neste sentido, diante da discussão atual sobre os problemas relacionados com a dependência de crack, as CTs tomaram um lugar importante na temática sobre drogas no Brasil por dois aspectos. O primeiro está relacionado à política pública, supracitada, destinada aos usuários de drogas. Segundo a *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras drogas* (MS, 2003) e o *Plano Integral de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* (Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010), o tratamento aos usuários deve ser oferecido por uma rede integral de atenção do SUS, incluindo a Atenção Primária à Saúde, Assistência Social, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Se por um lado esta proposta ampliada vem sendo amplamente incentivada, na maioria dos municípios a rede de atenção integral tem apresentado muitas dificuldades. Desta forma, principalmente o programa atual *Crack, É Possível Vencer* enfatiza a participação da rede complementar como as CTs. Segundo Damas (2013), do ponto de vista concreto, as CTs têm funcionado como uma modalidade de tratamento mais acessível para a maioria dos usuários de drogas.

O segundo aspecto relaciona-se às características do dependente de crack. Embora existam diversas modalidades de tratamento propostas e, a institucionalização seja amplamente criticada por vários grupos no panorama atual, muito se tem discutido sobre a

melhor abordagem para os dependentes de crack. Alguns autores apontam a necessidade de que o tratamento para esta população deve ser diferenciado dos demais, sendo as CTs encaradas como uma dessas modalidades diferenciadas de tratamento (Pulcherio et al., 2010). Vale destacar que existe certa divergência de visões quanto ao papel das CTs como uma modalidade de internação, já que muitos defendem que se trata de uma modalidade de tratamento e não de internação. A dependência de crack é de difícil tratamento, considerando que, principalmente nos casos mais graves, diversas dimensões da vida do indivíduo foram atingidas, com o surgimento de problemas sociofamiliares, psiquiátricos, de saúde, legais e de emprego. Portanto, a abordagem pretende incluir avaliação e intervenção em todos esses aspectos.

De acordo com dados da Senad, cerca de 67% das instituições voltadas para tratamento de usuários de drogas não são governamentais. Dentro deste grupo, encontram-se as CTs que foram se viabilizando neste contexto como uma ferramenta para o tratamento de dependência de drogas (Fracasso, 2006).

No Brasil, a regulamentação das CTs ocorreu somente em 2001, através da Resolução n. RDC 101, de 30 de maio de 2001, publicada pela Anvisa, conjuntamente com a Senad. Neste contexto, destaca-se ainda a atuação de duas Federações de Comunidades Terapêuticas criadas na década de 90, que são a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (Feteb). Após este período, no contexto dos alardes do problema do crack já discutido, houve urgência na solução deste problema e as CTs voltam na discussão, sendo proposta a utilização dessa modalidade de tratamento como ferramenta a ser utilizada pelo SUS.

Não foram encontrados estudos que avaliassem a prevalência de usuários de crack ou outras drogas nas CTs e que avaliassem o perfil de maneira ampla, incluindo aspectos sociais e de saúde, ou que avaliassem as diferentes fases de tratamento. Portanto, considerando os aspectos supracitados e, principalmente, o reconhecimento das CTs como uma modalidade de tratamento nas políticas públicas nacionais, torna-se de grande importância a realização de novos estudos sistematizados relativos às CTs, tendo como principal finalidade a melhoria da compreensão sobre a população que chega a esta modalidade de tratamento especializado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Estimar a prevalência de usuários de crack na população que busca tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTs) na cidade de Juiz de Fora/MG;
- Avaliar o perfil dos usuários de crack em tratamento em CTs;
- Descrever os sintomas físicos e psicológicos e desfechos de tratamento das CTs.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de pessoas que preencham critérios indicativos de uso abusivo ou dependência de crack, tendo como referência a população que busca tratamento especializado em três CTs na cidade de Juiz de Fora;
- Descrever o perfil dos usuários de crack em tratamento nas três CTs e comparar os resultados de homens e mulheres, quanto aos aspectos: a) sociodemográficos; b) padrão de consumo do crack e outras drogas; c) histórico e gravidade atual de problemas relacionados ao uso: sociofamiliares, psiquiátricos, de saúde, legais e ocupacionais;
- Descrever os sintomas físicos e psicológicos e desfechos de tratamento ocorridos durante 24 semanas de observação visando identificar: sintomas mais prevalentes, tempo de permanência dos sintomas, períodos de maior tendência ao abandono do tratamento, tempo de permanência nas CTs

3 METODOLOGIA

Considerando os objetivos apresentados, este projeto caracterizou-se por três estudos que foram conduzidos de maneira independente. Os estudos foram realizados em três CTs na cidade de Juiz de Fora (MG). Antes da descrição da metodologia serão descritas as características dos locais do estudo.

3.1 Locais do Estudo

- *Comunidade Terapêutica 1* (feminina): CT feminina, com capacidade para 12 mulheres. A equipe é formada por uma psicóloga e duas estagiárias de psicologia, quatro monitores, uma assistente social, uma educadora física e por visitas quinzenais de um médico psiquiatra. A instituição usa uma abordagem terapêutica mista com modalidades Minnesota (12 passos), espiritual, com equipe técnica multidisciplinar. O tempo de duração possível do tratamento é de até 6 meses. O tratamento pode ser financiado pelo SUS ou particular.
- *Comunidade Terapêutica 2* (masculina): CT masculina, com capacidade para 35 homens. A equipe é formada por uma psicóloga e dois estagiários de psicologia, um assistente social, seis monitores e por visitas mensais dos residentes a um médico psiquiatra externo. A instituição utiliza a abordagem Minnesota, espiritual, com aporte técnico multidisciplinar. O tempo de duração possível do tratamento é de até 9 meses. O tratamento é somente particular.
- *Comunidade Terapêutica 3* (masculina): CT masculina, com capacidade para 25 homens. A equipe é formada por uma psicóloga e uma estagiária de psicologia, um assistente social, cinco monitores e por visitas quinzenais de um médico psiquiatra. A instituição utiliza uma abordagem espiritual, com equipe técnica multidisciplinar. O tempo de duração possível do tratamento é de até 6 meses. O tratamento pode ser financiado pelo SUS ou particular.

A seguir serão apresentadas a metodologia dos três estudos.

3.2 Estudo 1: Prevalência de usuários de crack na população que busca tratamento especializado em CTs

• *Sujeitos*: Foram incluídos todos os indivíduos (34) que iniciaram o tratamento em duas Comunidades Terapêuticas de Juiz de Fora (CT 1 e CT 2), sendo uma masculina e uma feminina, caracterizando uma amostra de conveniência. Foram excluídos os indivíduos reincidentes no mesmo período e aqueles que não aceitaram participar do estudo. Não houve perdas de sujeitos neste estudo.

• *Procedimentos*: Foi realizado um estudo transversal, de natureza quantitativa. Os indivíduos foram entrevistados durante o período de dois meses (junho e julho de 2013), utilizando o instrumento padronizado ASSIST e um questionário sociodemográfico.

3.3 Estudo 2: Perfil de usuários de crack em tratamento em CTs

• *Sujeitos*: Foram incluídos 72 indivíduos, maiores de 18 anos, que buscaram tratamento em três CTs (CT1, CT2 e CT3), e que preencheram critérios indicativos de dependência de crack de acordo com o ASSIST. Neste estudo, 11 indivíduos foram excluídos do estudo por não preencherem os critérios de inclusão, ou por não terem aceitado terminar a entrevista.

• *Procedimentos*: Foi realizado um estudo transversal, com entrevistas realizadas entre agosto de 2012 e maio de 2013 em que os indivíduos foram convidados a participar de uma entrevista utilizando-se um questionário sociodemográfico, e os instrumentos padronizados ASSIST e ASI 6.

3.4 Estudo 3: Sintomas e desfechos de tratamentos nas CTs

• *Sujeitos*: Foram incluídos neste estudo 42 indivíduos que deram entrada no tratamento em três CTs de Juiz de Fora (CT1, CT2 e CT3), entre os meses de setembro de 2012 e maio de 2013. Os participantes tinham idade acima de 18 anos, cuja queixa principal para o tratamento era problemas com o uso do crack. O número de participantes por semana variou, uma vez que a maioria dos casos as observações não duraram 24 semanas. Neste estudo foram perdidos quatro pacientes que deram entrada neste período, porém permaneceram somente um ou dois dias nas instituições, não sendo possível obter informação sobre eles.

• *Procedimentos*: Foi realizado um estudo longitudinal em que os sujeitos foram acompanhados por um psicólogo que trabalha nas CTs, semanalmente, entre a primeira e 24ª semanas de tratamento (6 meses), por este ser o período médio de tratamento das CTs estudadas. O relato dos sintomas e o desfecho do tratamento era feito pelos próprios pacientes ou pelos monitores das CTs para a psicóloga que os anotava em um formulário semiestruturado.

3.5 Ética

Para participação nos estudos, os indivíduos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) redigido de acordo com os critérios do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (n. 131157 – Anexo 1). Além disso, o consentimento das CTs foi formalizado por meio de uma carta de autorização assinada pelos respectivos diretores e/ou coordenadores. Todas as entrevistas foram realizadas em locais isolados estando presentes somente o entrevistador e o entrevistado.

3.6 Instrumentos

Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos abaixo. Os entrevistadores foram devidamente treinados para sua aplicação.

- 1. Questionário de dados sociodemográficos (Anexo 2);
- 2. ASSIST (Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias – versão brasileira, Henrique, De Micheli, Lacerda, Lacerda & Formigoni, 2004) composto por 8 questões sobre o uso de álcool e outras drogas nos últimos três meses. Fornece o padrão de uso de 13 classes de substâncias classificando em baixo risco, uso de risco e indicativo de dependência. Para este estudo o crack foi desvinculado da classe cocaína/crack utilizando-se a mesma pontuação (Anexo 3);
- 3. Addiction Severity Index 6 (ASI 6, versão brasileira – Kessler & Pechansky, 2006, 2012) composto por 252 questões divididas em sete áreas: situação de moradia, problemas médicos, emprego/sustento, uso de álcool e drogas, problemas legais, relações sociofamiliares, situação psiquiátrica. Fornece informações sobre histórico de problemas e problemas atuais ocorridos nos últimos 6 meses e 30 dias, além do perfil de gravidade de problemas em cada área (Anexo 4);
- 4. Formulário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, é composto por 7 sintomas físicos, 14 sintomas psicológicos e 8 desfechos de tratamento (Anexo 5);

3.7 Análise dos Dados

Os dados foram transcritos para um banco de dados para realização das análises estatísticas.

Para o estudo 1 (prevalência) foram realizadas as análises de frequência e porcentagem de cada classe de drogas avaliadas pelo ASSIST e identificada a proporção de usuários de crack em comparação com as outras substâncias.

Para o estudo 2 (perfil) foram realizadas análises descritivas. Para comparação dos resultados entre homens e mulheres sendo utilizados o teste do chi-quadrado (variáveis categóricas) e de Mann-Whitney (variáveis numéricas sem distribuição normal e ordinais).

Para o estudo 3 (sintomas e desfechos) foram realizadas análises descritivas (porcentagem de indivíduos que apresentaram sintomas e desfechos ao longo de 24 semanas) e de sobrevivência (porcentagem de indivíduos que permaneceram no tratamento ao longo do tempo de 24 semanas). Foi realizada também a análise da taxa de incidência de abandono do tratamento da amostra geral e de homens e mulheres.

4 RESULTADOS

Nesta sessão serão apresentados, inicialmente, os resultados do estudo 1 de prevalência seguidos pelos resultados do estudo 2 de perfil e 3 de sintomas e desfechos.

4.1 Estudo 1: Prevalência de usuários de crack na população que busca tratamento especializado em CTs

Durante os dois meses de coleta de dados do estudo de prevalência, 34 indivíduos deram entrada e foram entrevistados nas duas CTs selecionadas para este estudo (uma feminina e uma masculina) na cidade de Juiz de Fora. A Tabela 1, mostra que 67,6% da amostra era do sexo masculino, a média de idade foi de 30,8 anos, 61,8% era da religião protestante, 67,6% tinha pelo menos dois anos de defasagem escolar e 32,4% relataram trabalhar.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos resultados referentes à prevalência de dependentes de substâncias psicoativas (n = 34)

Perfil Sociodemográfico	**Prevalência de dependentes de substâncias psicoativas (N = 34)**
	N (%)
Gênero	
Masculino	23 (67,6)
Feminino	11 (32,4)
Idade (média)	
20 – 59 anos	30,8 ± 10,7
Religião	
Protestante	21 (61,8)
Católico	4 (11,8)
Espírita	2 (5,9)
Umbandista	0
Espiritualista/Esotérico	0
Outros	2 (5,9)
Nenhuma	5 (14,7)
Estuda	2 (5,9)
Defasagem Escolar	
Sem defasagem	5 (14,7)
1 a 2 anos	6 (17,6)
>2 anos	23 (67,6)
Escala Social	
A1	1 (2,9)
A2	3 (8,8)
B1	4 (11,8)
B2	8 (23,5)
C1	13 (38,2)
C2	3 (8,8)
D	2 (5,9)
E	0

Fonte: A autora
Nota: Dados expressos em frequência e porcentagem.

A Tabela 2 apresenta a frequência e porcentagem de padrão de uso de drogas fornecido pelo ASSIST. Observou-se que 82,4% da amostra pontuou como uso sugestivo de dependência de crack, seguido pelo uso sugestivo de dependência de álcool e tabaco, com 29,4% cada um. Além disso, foi observado também que 50% da amostra fazia uso de risco de tabaco e 50% de maconha. Dentre os usuários, 23,5% da amostra pontuou como dependência de cocaína e 26,5% como uso de risco desta droga.

Tabela 2. Frequência e porcentagem de padrão de consumo de drogas nos últimos três meses, fornecido pelo ASSIST (n = 34)

Drogas	Padrão de uso		
	Baixo Risco N (%)	**Uso de Risco N (%)**	**Sugestivo de dependência N (%)**
Tabaco	7 (20,6)	17 (50,0)	10 (29,4)
Álcool	14 (41,2)	10 (29,4)	10 (29,4)
Maconha	15 (44,1)	16 (47,1)	3 (8,8)
Cocaína	17 (50,0)	9 (26,5)	8 (23,5)
Crack	06 (17,6)	0	28 (82,4)
Estimulante	32 (94,1)	2 (5,9)	0
Inalantes	31 (91,2)	3 (8,8)	0
Hipnóticos/Sedativos	28 (82,4)	5 (14,7)	1 (2,9)
Alucinógenos	34 (100,0)	0	0
Opioide	34 (100,0)	0	0

Fonte: A autora.

4.2 Estudo 2: Perfil de usuários de crack em tratamento em CTs

A seguir serão apresentados os resultados relativos ao estudo do perfil dos 72 dependentes de crack entrevistados em três CTs (duas masculinas e uma feminina).

Com relação ao perfil sociodemográfico, observa-se na Tabela 3 que a maioria era do sexo masculino, com idade média de 30 anos, predominantemente da raça parda. Além disso, 60,6% da amostra era solteiro, 60,4% eram de religião protestante e 42,4% encontravam-se com uma defasagem escolar superior a 2 anos. Quanto à classe social, a maioria estava nas classes médias B2 e C1 (18% e 36%, respectivamente).

Por meio das análises que compararam os resultados de homens e mulheres, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das características sociodemográficas. No entanto, observa-se que entre as mulheres houve uma porcentagem maior que se assumiram como católicas, e mais de 72% delas apresentaram defasagem escolar acima de 2 anos, uma tendência bem superior à dos homens.

Tabela 3. Dados sociodemográficos dos usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas (n = 72)

Perfil Sociodemográfico	Usuários de Crack (N = 72)	Homens (N = 54)	Mulheres (N = 18)
Idade	30,0 ± 7,2	29,0 ± 5,9	31,0 ± 10,2
Raça			
Negra/Preta	17 (23,6)	15 (27,8)	2 (11,1)
Branca	16 (22,2)	11 (20,4)	5 (27,8)
Amarela/Oriental	4 (5,6)	2 (3,7)	2 (11,1)
Parda/Mestiça	30 (41,7)	21 (38,9)	9 (50,0)
Indígena	3 (4,2)	3 (5,5)	0
Outros	2 (2,8)	2 (3,7)	0
Estado Civil			
Casado	6 (8,5)	4 (7,4)	2 (11,1)
Vivendo como casado	10 (14,1)	6 (11,1)	4 (22,2)
Viúvo	1 (1,4)	0	1 (5,5)
Divorciado	3 (4,2)	3 (5,5)	0
Separado	8 (11,3)	7 (13,0)	1 (5,5)
Solteiro	43 (60,6)	34 (63,0)	9 (50,0)
Religião			
Protestante	29 (60,4)	25 (46,3)	4 (22,2)
Católico	12 (25,0)	6 (11,1)	6 (33,3)
Espírita	1 (2,1)	1 (1,9)	0
Umbandista	0	0	0
Espiritualista/Esotérico	0	0	0
Outros	2 (4,2)	1 (1,9)	1 (5,5)
Nenhuma	3 (6,3)	1 (1,9)	2 (11,1)
Estuda	2 (2,2)	2 (3,7)	0
Defasagem Escolar			
Sem defasagem	13 (14,1)	9 (16,7)	4 (22,2)
1 a 2 anos	20 (21,7)	19 (35,2)	1 (5,5)
>2 anos	39 (42,4)	26 (48,1)	13 (72,2)
Trabalha	25 (27,2)	23 (42,6)	2 (11,1)
Escala Social			
A1	1 (1,6)	1 (1,6)	0
A2	2 (2,6)	2 (3,7)	1 (5,5)
B1	7 (11,4)	7 (13,0)	1 (5,5)
B2	11 (18,0)	9 (16,7)	5 (27,8)
C1	22 (36,0)	23 (42,6)	4 (22,2)
C2	8 (13,1)	6 (11,1)	3 (16,7)
D	7 (11,4)	4 (7,4)	3 (16,7)
E	3 (4,9)	2 (3,7)	1 (5,5)

Fonte: A autora.
Nota: Dados expressos em frequência e porcentagem

A Tabela 4 descreve a frequência e porcentagem de padrão de uso de drogas fornecidos pelo ASSIST exclusivamente entre os usuários de crack. Como fazia parte do critério de inclusão, 100% pontuaram como uso sugestivo de dependência para crack, seguido pela cocaína (50%), álcool (33,3%), tabaco (29,2%) e maconha 19,2% de dependentes. Em relação às outras drogas observou-se que a maioria dos indivíduos fazem uso de baixo risco.

Quando homens e mulheres foram comparados, não encontramos diferença estatisticamente significante. No entanto, com relação ao uso do álcool, observa-se uma tendência maior das mulheres em manter um padrão de uso de risco, enquanto os homens tendem a dependência.

Tabela 4. Padrões de uso de 10 classes de drogas nos últimos 3 meses classificados pelos ASSIST, da amostra geral e de homens e mulheres

Padrão de uso de drogas	Amostra geral N (%)	Homens N (%)	Mulheres N (%)
Tabaco			
Baixo risco	9 (12,5)	7 (13,0)	2 (11,1)
Risco	42 (58,3)	32 (59,2)	10 (55,6)
Dependência	21 (29,2)	15 (27,8)	6 (33,3)
Álcool			
Baixo risco	18 (25,0)	13 (24,1)	5 (27,7)
Risco	30 (41,7)	21 (39,0)	9 (50,0)
Dependência	24 (33,3)	20 (37,0)	4 (22,2)
Maconha			
Baixo risco	20 (27,8)	14 (25,9)	6 (33,3)
Risco	38 (52,8)	20 (37,0)	8 (44,4)
Dependência	14 (19,4)	10 (18,5)	4 (22,2)
Cocaína			
Baixo risco	9 (12,5)	5 (9,2)	4 (22,2)
Risco	27 (37,5)	20 (37,0)	7 (38,9)
Dependência	36 (50,0)	29 (53,7)	7 (38,9)
Crack			
Baixo risco	0	0	0
Risco	0	0	0
Dependência	72 (100,0)	54 (100,0)	18 (100,0)
Estimulante			
Baixo risco	67 (93,1)	49 (90)	18 (100,0)
Risco	4 (5,6)	4 (7,4)	0
Dependência	1 (1,4)	1 (1,8)	0
Inalantes			
Baixo risco	59 (81,9)	43 (79,6)	15 (8,3)
Risco	11 (15,3)	10 (18,5)	1 (5,5)
Dependência	2 (2,8)	1 (1,85)	1 (5,5)
Sedativos			
Baixo risco	56 (77,8)	41 (75,9)	15 (8,3)
Risco	12 (16,7)	9 (16,6)	3 (16,6)
Dependência	4 (5,6)	4 (7,4)	0
Alucinógenos			
Baixo risco	71 (98,6)	53 (98,1)	18 (100,0)
Risco	1 (1,4)	1 (1,8)	0
Dependência	0	0	0
Opioides			
Baixo risco	72 (100,0)	54 (100,0)	18 (100,0)
Risco	0	0	0
Dependência	0	0	0

Fonte: A autora.

As tabelas a seguir apresentarão os resultados referentes às características das subáreas do ASI 6. Na Tabela 5, são apresentados os resultados sobre a situação de moradia nos 6 meses que antecederam a entrada no tratamento, na amostra geral e uma comparação entre homens e mulheres. Observa-se que 56,9% dos indivíduos informaram ter passado ao menos uma noite internado ou preso nos últimos 6 meses. Os ambientes de moradia mais citados foram o hospital geral (30,1%) e a rua (27,8%).

Poucas análises comparativas entre homens e mulheres foram possíveis devido ao reduzido tamanho da amostra. Foi encontrado um percentual de noites internados ou presos nos últimos 6 meses elevados tanto para homens (35,7%) quanto para mulheres (28,6%). Observa-se que houve semelhança entre os sexos quanto ao número total de noites internados ou presos e também quanto aos ambientes específicos, com exceção do hospital geral em que as mulheres relataram ter ficado significativamente mais noites do que os homens. Dentre aqueles que relataram ter morado em outros locais que não sua residência, os homens tenderam a residir maior número de dias na rua e em delegacia/prisão.

Tabela 5. Situação de moradia (número de noites) da amostra geral e de homens e mulheres nos 6 meses anteriores a entrada no tratamento

Locais de moradia nos últimos 6 meses	**N (%)**	**Amostra geral (N = 72)**	**Homens (N = 54)**	**Mulheres (N = 18)**
Nº noites internado/preso - total	41 (56,9)	20,1 ± 33,9	19,6 ± 35,7	21,3 ± 28,6
Inter. Álcool e drogas	13 (18,1)	6,6 ± 16,0	5,6 ±14,3	9,52 ± 20,5
Hospital Geral	22 (30,1)	2,6 ± 7,1	1,2 ± 2,9	6,4 ± 12,5*
Hospital Psiquiátrico	4 (5,1)	0,7 ± 5,5	0,1 ± 6,30	0
Delegacia/Prisão	7 (9,7)	4,1 ± 20,8	5,5 ± 23,9	0
Pensão Protegida	10 (13,9)	6,5 ± 23,7	6,7 ± 24,5	8,1 ± 21,7
Abrigos	9 (12,5)	2,4 ± 9,4	2,2 ± 10,5	1,5 ± 5,0
Rua	20 (27,8)	8,3 ± 21,6	10,6 ± 24,4	0,8 ± 2,5

Fonte: A autora.
Nota: Dados expressos em média ± desvio-padrão, frequência e porcentagem.
* Difere do grupo de homens pelo teste Mann-Whitney $p < 0,05$

Na Tabela 6 são apresentados os resultados da área de problemas de saúde física. Observa-se que o relato de doenças físicas de uma forma geral foi baixo entre os entrevistados, com exceção de problemas respiratórios com 25%, sendo 12% entre os homens e 6% entre as mulheres. Foram relatados ainda na amostra geral problemas de hipertensão arterial (12,5%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os

gêneros, porém destaca-se que as mulheres tenderam a apresentar maior número de dias com incapacidade para exercer atividades.

Tabela 6. Problemas de saúde na vida e número de dias no último mês relatados entre os usuários de crack da amostra geral e homens e mulheres

Características	**Amostra geral (N = 72)**	**Homens (N = 54)**	**Mulheres (N = 18)**
		Fr (%)	
Hipertensão arterial	9 (12,5)	7 (13,0)	2 (11,1)
Diabetes	1 (1,4)	1 (1,8)	0
Doença Cardíaca	2 (2,8)	2 (3,7)	0
Derrame/Isquemia	0	0	0
Epilepsias	6 (8,3)	5 (9,2)	1 (5,5)
Câncer	0	0	0
HIV/AIDS	2 (2,8)	1 (1,8)	1 (5,5)
Tuberculose	1 (1,4)	0	1 (5,5)
Hepatite	3 (4,2)	1 (1,8)	2 (11,1)
Cirrose	1 (1,4)	1 (1,8)	0
Doença Renal	1 (1,4)	0	1 (5,5)
Problema Respiratório	18 (25,0)	12 (22,2)	6 (33,3)
		Médias ± DP	
Nº dias sintomas - 30 dias	6,7 ± 9,6	6,1 ± 8,8	8,4 ± 11,5
Nº dias incapacitado - 30 dias	4,1 ± 8,6	2,2 ± 6,2	9,6 ± 12,2

Fonte: A autora.

Na Tabela 7, são apresentados os resultados sobre a situação de emprego na amostra geral e uma comparação entre homens e mulheres. A maioria dos indivíduos 63,2% da amostra geral não está trabalhando, embora 28,2% relataram que possuíam emprego formal. No entanto, mais de 80% informam que dependiam da família ou amigos para seu sustento, o que sugere que uma parcela dos usuários que trabalham, não ganha o suficiente para seu sustento. Comparando homens e mulheres, 55,5% das mulheres estão fora do mercado de trabalho e a maioria da amostra de mulheres depende da família para seu sustento.

Embora não tenhamos encontrado diferença estatística, observa-se também que houve diferença entre os sexos quanto a ter trabalhado ou não. De um modo geral, dentre os trabalhadores apenas um era do sexo feminino. O percentual de homens foi significantemente superior em relação à mulher em qualquer forma de trabalho.

Tabela 7. Situação de emprego e sustento entre os usuários de crack da amostra geral e de homens e mulheres

Características	Amostra geral (N = 72)	Homens (N = 54)	Mulheres (N = 18)
Situação de emprego			
Turno Integral	19 (26,8)	18 (33,3)	1 (5,5)
Meio Turno	1 (1,4)	1 (1,8)	0
Desempregado	13 (18,3)	8 (14,8)	5 (27,7)
Fora mercado	27 (38)	17 (31,4)	10 (55,5)
Bicos	11 (5,5)	9 (16,6)	2 (11,1)
Fonte de sustento			
Aposentadoria	1 (1,7)	1 (1,8)	0
Invalidez/Incapacidade	8 (12,9)	7 (12,9)	1 (5,5)
Assistência pública	4 (1,6)	4 (7,4)	0
Família/amigos/sócios	57 (81,4)	40 (74,1)	17 (94,4)
Dinheiro Ilegal	2 (3,3)	1 (1,8)	1 (5,5)
Tem renda suficiente	24 (34,8)	21 (38,8)	3 (16,6)

Fonte: A autora.
Nota: Dados expressos em frequência e percentuais

A Tabela 8 apresenta dados sobre o histórico do uso de álcool. A idade de relato da primeira vez em que sentiu os efeitos do álcool foi em média aos 13 anos. Os indivíduos relatam terem sido tratados pela primeira vez aos 17 anos em média e ter participado de três tratamentos anteriores para o abuso de álcool. Os dados de homens e mulheres não variaram entre os gêneros e em comparação à amostra geral. Com relação à frequência de uso nos últimos 6 meses, mais de 60% relataram ter feito uso entre 3 e 6 vezes por semana ou diariamente. Este padrão foi proporcionalmente semelhante entre homens e mulheres. Não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 8. Histórico de tratamentos para álcool e outras drogas e padrão anterior de uso de álcool na amostra geral e entre homens e mulheres

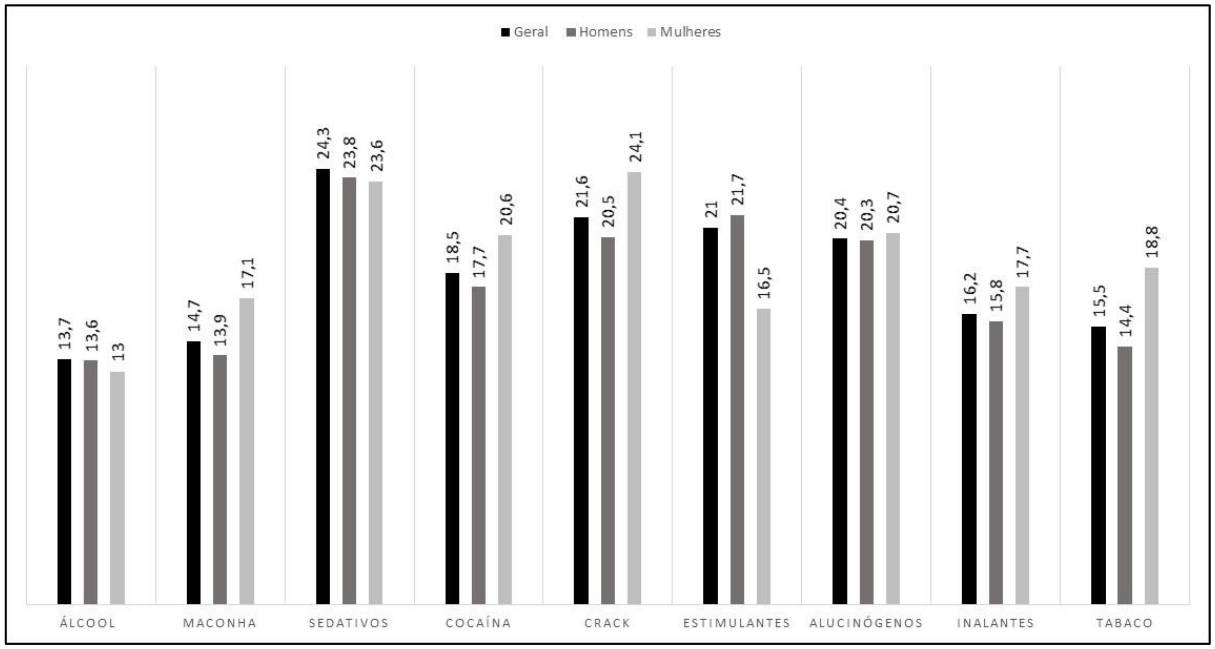
Questões	Amostra Geral (N = 72)	Homens (N = 54)	Mulheres (N = 18)
		Média ± DP	
Nº vezes tratado/ álcool e drogas – vida	3,6 ± 5,2	3,6 ± 4,8	3,2 ± 4,9
Idade 1º tratamento	17,2 ± 12,4	16 ± 12,4	15,7 ± 10,8
Anos de uso regular	6,0 ± 7,3	6,0 ± 6,7	7,0 ± 11,1
Frequência de uso – 6 meses		**Fr (%)**	
Sem uso	9 (12,5)	4 (7,4)	5 (27,8)
1-3 vezes/mês	10 (13,9)	8 (14,8)	2 (11,1)
1-2 vezes/sem	9 (12,5)	8 (14,8)	1 (5,6)
3-6 vezes/sem	22 (30,6)	16 (29,6)	6 (33,3)
Diariamente	22 (30,6)	18 (33,3)	4 (22,2)
Nº dias que bebeu	12,6 ± 12,3	12,0 ± 1,8	10,6 ± 3,4

Fonte: A autora.

Os indivíduos foram questionados sobre os sintomas relacionados ao diagnóstico de abuso ou dependência de álcool apresentados nos últimos 30 dias (fissura, abstinência, problemas psicossociais (Capacidade resolutiva,vínculos pessoais, vínculos institucionais, ética, valores morais, autonomia, autoestima, dificuldade de controlar o uso, entre outros). Identificamos que 48,5% da amostra geral relatou ter dificuldade em controlar o uso de álcool e 47% apresentou problemas psicossociais por abuso de álcool. Observou-se também que os homens apresentam 46,3% de problemas psicossociais e na amostra feminina esse número foi de 33,3%. Entre os homens, 33,3% da amostra apresentou fissura para beber, enquanto que nas mulheres esse número foi de 5,5%. Observou-se que as mulheres tenderam a apresentar uma média de dias com esses sintomas um pouco acima (5 dias) dos homens (2).

Foram realizadas análises observando a idade média de início de uso de drogas entre os usuários de crack. A Figura 1 mostra que os participantes iniciaram seu consumo de drogas em média aos 13,7 anos com o álcool, seguido, em ordem, pela maconha (14,7), tabaco (15,5), inalantes (16,2) e cocaína (18,5). O crack está entre as drogas que foram iniciadas mais tarde, em média aos 21,6 anos, perdendo apenas para os sedativos.

Figura 1. Gráfico da idade média de início de uso de drogas entre os usuários de crack



Fonte: A autora.

Com relação ao envolvimento com outras drogas, a tabela abaixo apresenta os anos de uso regular e número de dias de uso dentro do último mês de 6 classes de substâncias psicoativas (o crack está apresentado separadamente da classe da cocaína e seus derivados). Como esperado, o crack foi a droga de maior consumo dentro dos últimos 30 dias, tanto pelos homens (20,7) quanto pelas mulheres (24,4). Na amostra geral, a média de anos de uso regular (pelo menos 3 vezes por semana) foi de 5,6 anos. Observa-se, no entanto, que a droga de maior tempo de consumo foi a maconha, com média em torno de 9 anos de uso regular, tanto na amostra geral, quanto entre homens e mulheres. Apenas 9 indivíduos afirmaram já terem injetado drogas alguma vez na vida, sendo 6 homens e 3 mulheres.

Quanto ao tabaco (não se encontra na tabela), os participantes informaram terem fumado 21,1 ± 12,6 dias dentro do último mês. Sendo que os homens fumaram 20,4 ± 12,7 dias e as mulheres 23,1 ± 1 dias.

Tabela 9. Anos de uso regular e uso no último mês de 6 classes de drogas

Drogas	**Amostra geral (N = 72)**	**Homens (54)**	**Mulheres (N=18)**
Maconha			
Anos de uso	9,0 ± 7,1	9,0 ± 6,5	9,4 ± 8,8
Nº dias (30 dias)	10,8 ± 12,3	10,6 ± 12,2	11,8 ± 13
Sedativos			
Anos de uso	2,1 ± 3,5	2,7 ± 3,9	1,0 ±1,84
Nº dias (30 dias)	13,3 ± 12,3	13,3 ± 12,9	13,5 ± 11,33
Cocaína			
Anos de uso	5,1 ± 5,4	5,7 ± 5,6	3,2 ± 4,6
Nº dias (30 dias)	8,7 ± 10,2	8,5 ± 9,6	9,4 ± 12,1
Crack			
Anos de uso	5,6 ± 5,0	6,3 ± 5,6	4,0 ± 2,8
Nº dias (30 dias)	21,7 ± 10,6	20,7 ± 10,8	24,4 ± 10,2
Estimulantes			
Anos de uso	1,0 ± 2,5	1,0 ± 2,7	0,2 ± 0,6
Nº dias (30 dias)	0,2 ± 0,5	0,2 ± 0,6	0
Inalantes			
Anos de uso	1,3 ± 3,4	1,5 ± 3,6	0,1 ± 2,0
Nº dias (30 dias)	0,6 ± 4	0,1 ± 0,7	2,3 ± 8,3

Fonte: A autora.
Nota: Dados expressos em média e desvio-padrão

Com relação aos sintomas de preenchimento de diagnóstico de abuso ou dependência de drogas, apresentados nos últimos 30 dias, na amostra geral, 70% apresentaram sintomas de abstinência. Outro dado importante foi que 100% das mulheres tiveram dificuldade em

controlar o uso e na amostra masculina esse número foi de 90,7%. Com relação a problemas psicossociais, 85,7% da amostra geral apresentou dificuldades, não havendo variabilidade entre homens e mulheres. Os usuários relataram ter apresentado estes sintomas em média 15 dias.

Na Tabela 10 são apresentados o histórico e o envolvimento nos últimos 6 meses dos pacientes com atividades ilegais. Em média, os indivíduos tinham 22 anos quando foram presos pela primeira vez. Cerca de 76% da amostra já foi preso ou detido, mesmo que por poucas horas, ao menos uma vez na vida. Os homens tenderam a apresentar uma proporção maior (83,3%) em comparação com as mulheres (55,5%). Observa-se que quase metade da amostra foi presa por porte, venda ou produção de drogas seguida por crimes violentos e roubos. Proporcionalmente, a grande maioria das pessoas que foram presas eram homens. Com relação às atividades recentes, observa-se que a principal delas está relacionada ao envolvimento com situações de violência com ou sem arma, seguida por venda ou fabricação de drogas, roubo e outras atividades como: furtos, falsificação de documentos ou incendiar alguma propriedade. Homens e mulheres tiveram um padrão semelhante quanto a essas atividades. Proporcionalmente as mulheres tenderam a se envolver mais com prostituição do que os homens.

Tabela 10. Histórico e envolvimento nos últimos 6 meses com atividades ilegais da amostra geral e de homens e mulheres

Questões	**Usuários de crack (N = 72)**	**Homens (N = 54)**	**Mulheres (N = 18)**
Detido ou preso	55 (76,4)	45 (83,3)	10 (55,5)
Idade da primeira prisão	22,3 ± 6,6	21,0 ± 7,5	23,0 ± 9,1
Principais motivos das prisões			
Porte de drogas	23 (35,4)	20 (37,0)	3 (16,7)
Venda ou produção de drogas	9 (14,1)	9 (16,7)	0
Roubo	10 (14,9)	7 (13)	3 (16,7)
Crime violento	13 (19,7)	13 (24,1)	0
Atividades ilegais recentes			
Vendeu ou fabricou drogas	24 (33,8)	18 (33,3)	6 (33,3)
Roubou	20 (28,6)	17 (31,5)	3 (16,7)
Furtou/falsificou/incendiou	28 (30,0)	20 (37,0)	8 (44,4)
Ameaçou agrediu alguém	30 (41,7)	23 (42,6)	7 (38,9)
Prostituição	8 (12,7)	5 (9,3)	3 (16,7)

Fonte: A autora.
Nota: Dados expressos em média e desvio-padrão

A Tabela 11 traz os resultados de questões que envolvem a área sociofamiliar tanto na amostra geral quanto entre homens e mulheres. Com relação ao apoio sociofamiliar, a grande maioria dos entrevistados relataram que passaram tempo (89%) e que falaram sobre seus problemas (70,8%) com parceiros, parentes e amigos íntimos dentre do último mês. No mesmo sentido, os pacientes expressaram que, além dessas pessoas, podem contar com ao menos alguma outra pessoa na vida, como padre/pastor, médico, padrinho de AA etc. Por outro lado, também uma grande parcela de homens (72,2%) e mulheres (77,7%) informaram que tiveram problemas de relacionamento e discussões com parceiros, parentes adultos ou amigos íntimos neste período. De maneira geral 32,4% da amostra se relaciona com amigo, parente ou companheiro que também usa alguma droga. Entre as mulheres 44,4% se relaciona com algum usuário de droga e entre os homens o percentual foi de 27,8% que relataram se relacionarem com pessoas com problemas com drogas. As mulheres (22,2%) tenderam a apresentar mais problemas com a guarda de filhos do que os homens (9,2%).

Tabela 11. Padrão de relacionamento sociofamiliar com parceiro, parentes ou amigos íntimos e filhos nos últimos 30 dias

Questões sociofamiliares	**Amostra Geral (N = 72)**	**Homens (N = 54)**	**Mulheres (N = 18)**
Passou tempo	64 (89)	49 (90,7)	15 (83,3)
Falou sobre seus problemas	51 (70,8)	37 (68,5)	14 (77,7)
Pode contar com alguém	67 (93,1)	50 (92,6)	17 (94,4)
Problema de relacionamento/discussão	50 (69,4)	39 (72,2)	14 (77,7)
O seu amigo/parente/companheiro usa álcool/drogas	23 (32,4)	15 (27,8)	8 (44,4)
Problemas com guarda de filhos/conselho tutelar	9 (12,5)	5 (9,2)	4 (22,2)

Fonte: A autora.

A Tabela 12 traz o histórico de violência e traumas vividos pelos usuários de crack ao longo da vida. Mais da metade deles já sofreu agressão física por alguém que conhecia. Na amostra geral 10% relataram já terem sido abusados sexualmente e quando comparados homens e mulheres, 3,7% dos homens já passou por abusos e entre as mulheres esse número foi de 27,8%. De forma geral, 75,5% da amostra viu alguém sendo agredido ou morto.

Tabela 12. Histórico de situações de violência na vida na amostra geral e entre homens e mulheres usuários de crack

Situações de violência	Amostra Geral (N = 72)	Homens (N = 54)	Mulheres (N = 18)
Agressão por conhecido	40 (55,6)	29 (53,7)	11 (61,1)
Abuso sexual	7 (10,0)	2 (3,7)	5 (27,8)
Vítima de crime violento	27(38,6)	20 (37)	7 (38,8)
Situação de risco	51 (75,0)	42 (77,7)	10 (55,5)
Viu alguém sendo agredido ou morto	55 (75,5)	41 (76,0)	12 (66,6)

Fonte: A autora.

Na Tabela 13, são apresentados os resultados sobre área psiquiátrica na amostra geral e uma comparação entre homens e mulheres. Poucos homens e mulheres foram internados ao longo da vida devido a problemas puramente psiquiátricos. Quanto aos sintomas, a maioria dos indivíduos da amostra geral (60%) sentiu sintomas de ansiedade por algum tempo na vida. Homens e mulheres não se diferenciaram nesta proporção. Na amostra geral 39% relataram ter tido dificuldades para dormir no último mês. Entre os homens esse percentual foi de 42,5% e entre as mulheres de 27,8%. Entre as mulheres, 61,1% relataram sintomas depressivos na vida, enquanto a taxa entre os homens foi de 44,4%. Nos últimos 30 dias, 50% das mulheres relataram estarem deprimidas e com relação aos homens esse percentual foi de 29,6%. Ainda nos últimos 30 dias, na amostra geral, 55% relataram ter apresentado sintomas de ansiedade. As taxas entre homens e mulheres ficaram equivalentes.

Entre as mulheres, 50% relataram ter tido pensamentos suicidas ao longo da vida e 33,3% nos últimos 30 dias, contra 13% dos homens. Trinta e nove por cento da amostra geral informou ter tentado suicídio alguma vez na vida, sendo 27,8% das mulheres e 13% dos homens.

Tabela 13. Histórico de problemas psiquiátricos e sintomas recentes entre os usuários de crack da amostra geral e entre homens e mulheres

Problemas psiquiátricos	**Geral**	**Homens**	**Mulheres**
Quantas vezes internado	6 (8,3)	5 (9,3)	1 (5,5)
Idade primeiro tratamento	17,8 ± 9,9	18,7 ± 10,4	15,2 ± 8,8
Recebe pensão por incapacidade	3 (4,2)	3 (5,5)	0
Sintomas			
Problemas com sono últimos 30 dias	28 (39,0)	23 (42,5)	5 (27,8)
Depressão – vida	35 (48,6)	24 (44,4)	11 (61,1)
Últimos 30 dias	25 (41,0)	16 (29,6)	9 (50,0)
Ansiedade – vida	43 (60,0)	33 (61,1)	10 (55,5)
Últimos 30 dias	33 (55,0)	25 (46,3)	8 (44,4)
Delírios ou alucinações – vida	12 (17,0)	10 (18,5)	2 (11,1)
Últimos 30 dias	4 (8,0)	3 (5,55)	1 (5,55)
Pensamentos suicidas	28 (39,0)	19 (35,2)	9 (50,0)
Últimos 30 dias	13 (23,0)	7 (13,0)	6 (33,3)
Tentou suicídio	28 (39,0)	7 (13,0)	5 (27,8)
Últimos 30 dias	13 (23,0)	2 (3,7)	0

Fonte: A autora.

Na Tabela14, são apresentadas as médias dos escores de gravidade nas sete áreas do ASI6. Os escores são gerados por duas questões-chave, respondidas ao final de cada área relativa ao grau de preocupação com problemas naquela área e necessidade de tratamento, avaliadas pelo indivíduo. As respostas podem variar entre 0-nada e 4-extremamente.

As médias obtidas nos escores sobre necessidade de tratamento foram altas nas áreas de drogas (3,8 ± 0,6), emprego (3 ± 1,1,4), sociofamiliar (3,0 ± 1,3), e problemas psiquiátricos (3,1 ± 1,5), moderadas nas áreas álcool (2,2±1,8), traumas (2,4 ± 1,7), problemas com crianças (2 ± 1,8) e baixa na área legal (0,5 ± 1,0).

Na comparação entre homens e mulheres observa-se que as mulheres relataram significativamente maior necessidade de tratamento para problemas com saúde física e maior preocupação com tratamento para o uso de álcool. Com relação às outras áreas as médias foram semelhantes entre os gêneros na amostra geral.

Tabela 14. Perfil de gravidade de problemas em sete áreas de avaliação do Addiction Severity Index 6 (ASI 6)

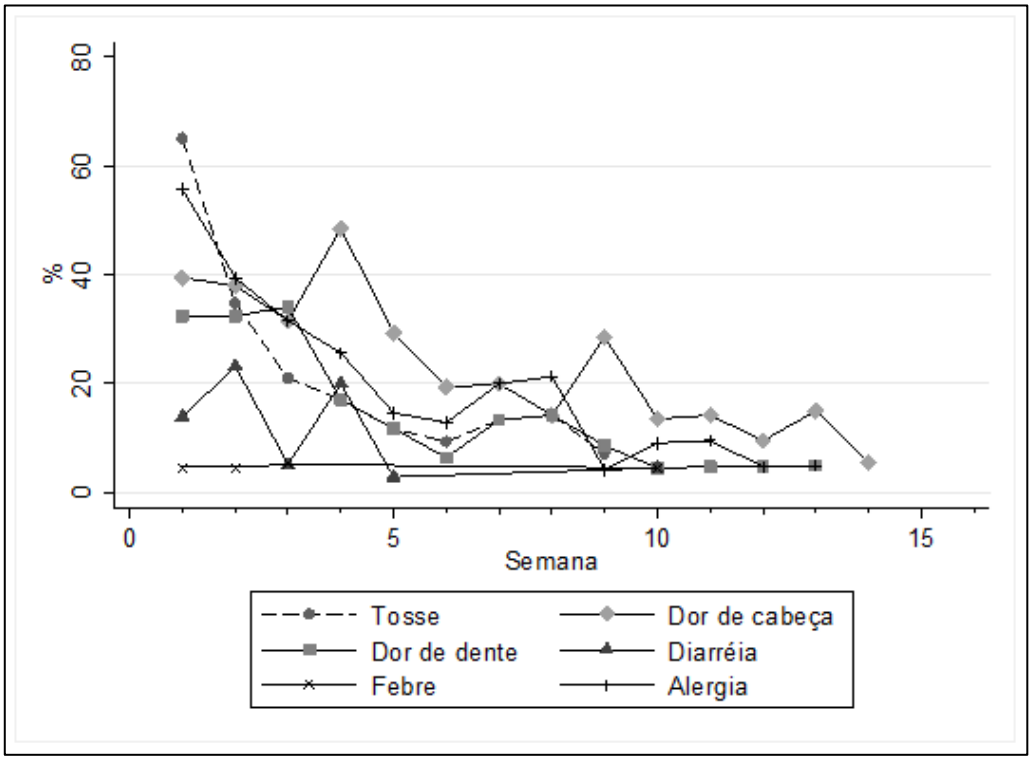
Áreas do ASI 6	Amostra Geral (N = 72)	Homens	Mulheres
Saúde			
Grau de preocupação com problemas	2, 2 ± 1,6	2,1 ± 0,2	2,5 ± 0,3
Necessidade de tratamento	2,6 ± 1,6	2,4 ± 0,2	3,2 ± 0,4*
Emprego			
Necessidade de orientação	3,1 ± 1,4	3,0 ± 0,2	3,1 ± 0,4
Álcool			
Grau de preocupação	1, 5 ± 1,7	1,6 ± 0,3	1,2 ± 0,4
Necessidade de tratamento	2,2 ± 1,8	2,3 ± 0,3	2,0 ± 0,5
Drogas			
Grau de preocupação	3,3 ± 1,2	3,4 ± 0,2	3,3 ± 0,3
Necessidade de tratamento	3,8 ± 0,6	3,9 ± 0,1	3,8 ± 0,2
Legais	0,5 ± 1,0	0,5 ± 0,2	0,4 ± 0,3
Sociofamiliar			
Grau de preocupação	2,4 ± 1,5	2,3 ± 0,2	2,7 ± 0,4
Necessidade de tratamento	3,0 ± 1,3	3,0 ± 0,2	3,3 ± 0,3
Traumas			
Grau de preocupação	2,2 ± 1, 6	2,1 ± 0,2	2,6 ± 0,3
Necessidade de tratamento	2,4 ± 1,7	2,4 ± 0,2	2,6 ± 0,4
Convívio com crianças			
Necessidade de tratamento	2, 0 ± 1,8	2,0 ± 0,3	2,0 ± 0,9
Psiquiátrica			
Grau de preocupação	2, 8 ± 2,8	3,0 ± 0,4	2,2 ± 0,5
Necessidade de tratamento	3,1 ± 1,5	3,2 ± 0,2	3,0 ± 0,4

Fonte: A autora.
Notas: *Difere dos homens pelo teste de Mann-Whitney, $p < 0,05$
Dados em média e desvio-padrão.

4.3 Estudo 3: Sintomas e desfechos de tratamentos nas CTs

Nesta seção serão apresentados os resultados relativos aos sintomas físicos e psicológicos relatados pelos pacientes semanalmente ao longo do tratamento. A Figura 2 traz a porcentagem de indivíduos que apresentaram seis sintomas físicos. Nas primeiras semanas, a tosse e a alergia foram apresentadas por cerca de 60% deles, enquanto 40% tiveram dor de dente e de cabeça. Observa-se que os sintomas físicos foram gradativamente diminuindo ao longo do tratamento cessando na semana 15. A tosse não foi relatada por nenhum paciente após a semana 9.

Figura 2. Porcentagem de usuários de crack que apresentaram sintomas físicos ao longo do tratamento nas CTs

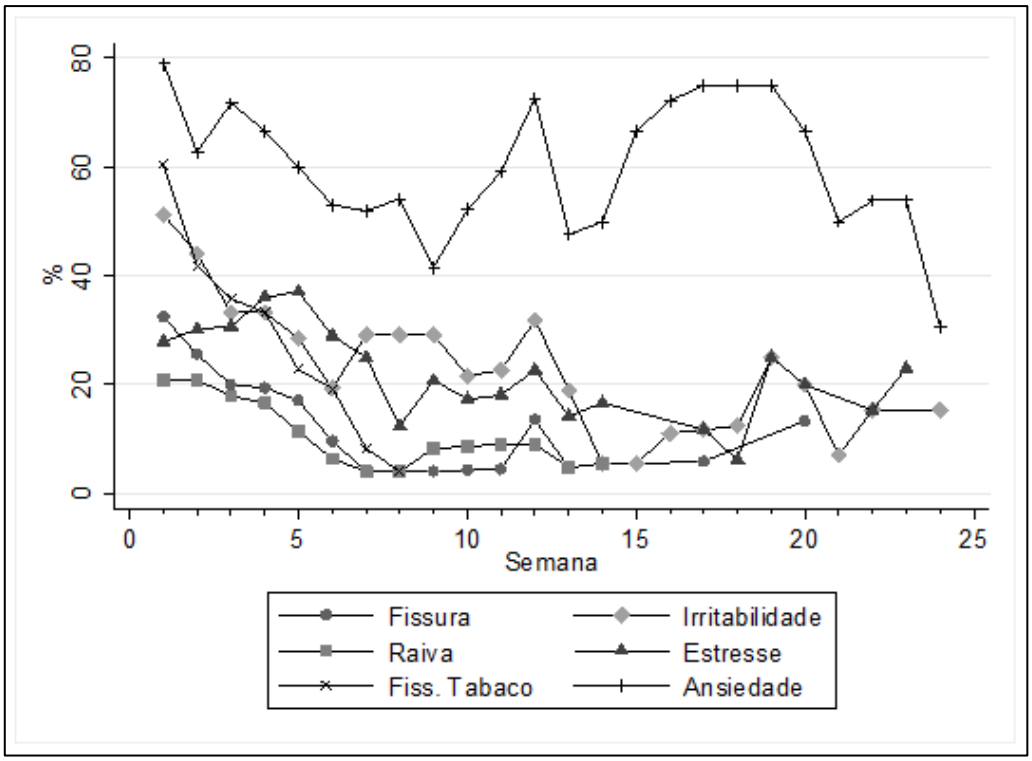


Fonte: A autora.

Para fins didáticos, os sintomas psicológicos/comportamentais foram divididos em duas figuras separadas (3 e 4). Ao todo 13 sintomas desta categoria foram observados entre os pacientes. Na Figura 3 são descritos os sintomas fissura pelo crack, fissura pelo tabaco, ansiedade, irritabilidade, estresse e raiva. De um modo geral os sintomas parecem ter prevalecido entre as primeiras seis semanas, diminuindo gradativamente com uma queda maior entre a 13ª e 15ª semanas. Destaca-se claramente na figura que o sintoma predominante foi a ansiedade, relatada por 80% dos pacientes. Este sintoma permaneceu ao longo das 24 semanas de observação, com um pico entre as semanas 16 e 19. A fissura pelo tabaco foi o segundo sintoma mais relatado, sendo predominante nas primeiras semanas e cessando na oitava. A irritabilidade foi relatada por cerca de 55% dos pacientes na primeira semana, caindo gradativamente com um pico entre a sexta e nona semanas. Assim como a ansiedade, a irritabilidade permaneceu durante as 24 semanas em alguns pacientes. A fissura pelo crack foi relatada por cerca de 35% dos pacientes na primeira semana, caindo gradativamente ao longo das 20 primeiras semanas. O estresse oscilou entre os pacientes ao longo das semanas, aumentando até a sexta semana e diminuindo após este período. Em comparação com a

fissura, o estresse permaneceu em uma porcentagem um pouco maior de pacientes. Em torno de 20% dos pacientes sentiu raiva na primeira semana, emoção que foi gradativamente diminuindo até a sexta semana cessando na 13ª.

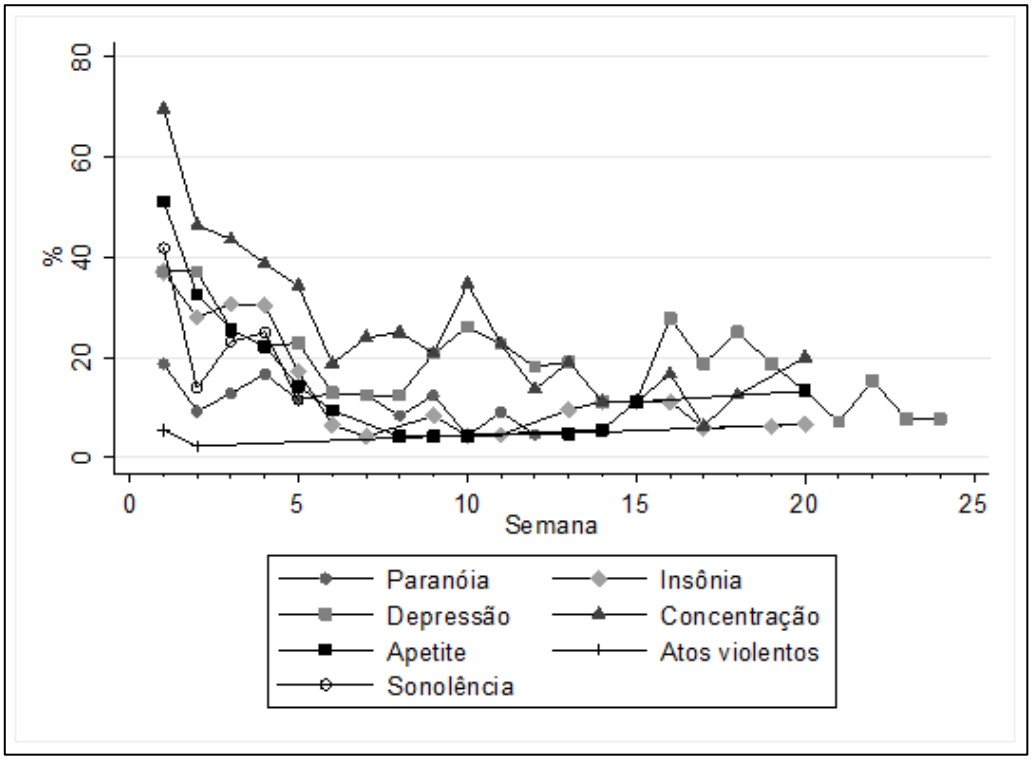
Figura 3. Porcentagem de usuários de crack que apresentaram sintomas psicológicos/comportamentais ao longo do tratamento nas CTs



Fonte: A autora.

Na Figura 4 são descritas as porcentagens de pacientes que obtiveram paranoia, depressão, apetite, sonolência, insônia, problemas de concentração e atos violentos. Neste conjunto de sintomas, os problemas de concentração se destacaram, já que em torno de 70% dos pacientes apresentaram este problema na primeira semana, havendo uma queda considerável a partir da terceira semana. A prevalência de sintomas depressivos girou em torno de 40% na primeira semana e foi o único sintoma observado até a última semana, embora em uma proporção bem menor. Destaca-se também que o apetite e as alterações de sono (insônia ou sonolência), que começaram com porcentagens altas, tiveram um queda importante até a semana 6.

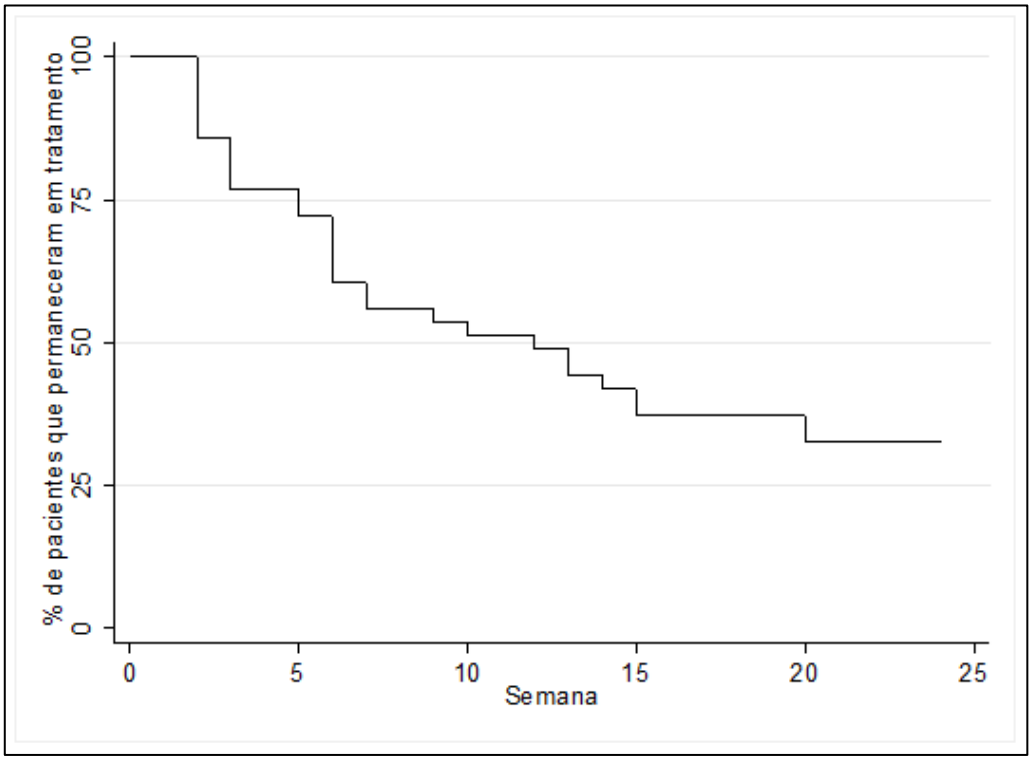
Figura 4. Porcentagem de usuários de crack que apresentaram sintomas psicológicos ao longo do tratamento nas CTs



Fonte: A autora.

As curvas de sobrevivência a seguir apresentam os resultados de desfecho do tratamento, isto é, a porcentagens de pessoas que permaneceram no tratamento durante as 24 semanas de observação, tanto na amostra geral (Figura 5) quanto entre homens e mulheres (Figura 6). Na amostra geral, observa-se pequenos picos nas semanas 1, 3 e 6. Após a 15ª semana apenas um paciente dos que ainda estavam em tratamento abandonou. Em torno de 40% dos pacientes permaneceram até a 24ª semana de observação. Da amostra total de 42 pessoas observadas neste estudo, 4 completaram de fato o tratamento oferecido.

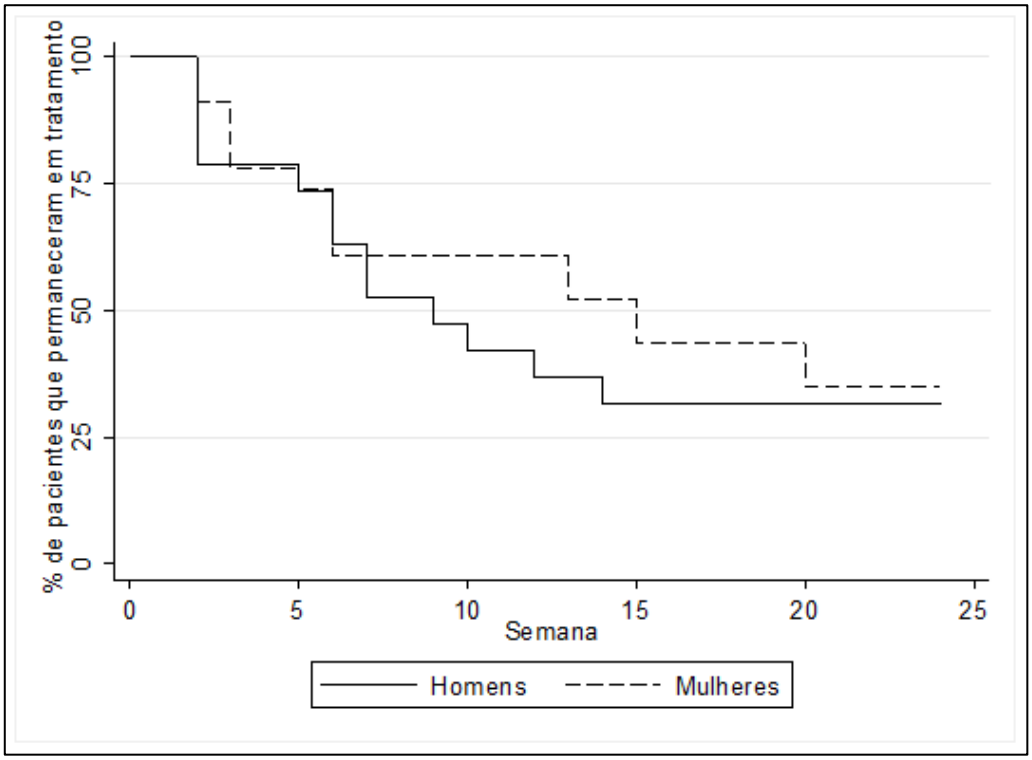
Figura 5. Porcentagem de usuários de crack que permaneceram no tratamento nas CTs ao longo das semanas



Fonte: A autora.

A Figura 6 traz as curvas de sobrevivência (porcentagem) de homens e mulheres que permaneceram no tratamento ao longo de 24 semanas. Observa-se que, de um modo geral, as mulheres tenderam a permanecer mais tempo no tratamento do que os homens. A curva dos homens mostra que nas primeiras semanas houve uma perda em torno de 20% dos pacientes. Entre as mulheres isto também ocorreu, embora de forma mais irregular. Entre a primeira e quarta semanas, houve estabilidade entre os grupos na permanência. A partir deste período, os homens foram gradativamente desistindo do tratamento com um pequeno pico na sexta semana, enquanto as mulheres mostraram-se mais estáveis. Cerca de 30% dos homens permaneceram até o fim do tratamento após a 14ª semana.

Figura 6. Porcentagem de homens e mulheres usuários de crack que permaneceram no tratamento nas CTs ao longo das semanas



Fonte: A autora.

Completando as figuras de desfecho do tratamento, a tabela abaixo mostra a taxa de abandono ocorrida em cada semana, na amostra geral e entre homens e mulheres. A Tabela 15 demonstra que houve uma tendência maior entre os homens de abandonarem o tratamento. No que tange aos dados brutos, observa-se que a mediana de semanas de tratamento entre os homens foi inferior (9 semanas) ao das mulheres (15 semanas).

Tabela 15. Taxa de incidência de abandono por semana e tempo mediano de permanência no tratamento nas CTs de homens e mulheres e da amostra geral.

Variáveis	**Taxa de Incidência (semanal)**	**Tempo Mediano de permanência (em semanas)**
Homens	5,7	9
Mulheres	4,6	15
Total	**5,1**	**12**

Fonte: A autora.

5 DISCUSSÃO

Por meio dos três estudos conduzidos paralelamente neste trabalho foi possível obter uma visão geral sobre os pacientes que fazem tratamento nas Comunidades Terapêuticas estudadas. No Brasil foram encontrados poucos estudos empíricos realizados nas CTs (Machado, L. P., 2011) e nenhum deles se propôs a estudar o perfil dos pacientes.

No estudo 1 tivemos como objetivo principal identificar a prevalência de dependentes de crack que buscaram tratamento nas CTs. Conforme nossa hipótese, a grande maioria dos indivíduos que entraram nas CTs durante os dois meses estudados eram usuários de crack, seguido pelo álcool, cocaína em pó e tabaco. Se por um lado, estudos epidemiológicos que utilizaram amostras não clínicas realizados no Brasil recentemente (Bastos & Bertoni, 2013) demonstraram ser difícil falar em epidemia do crack, por outro, estudos com amostras clínicas veem mostrar que grande parte das pessoas buscam tratamento devido ao uso de crack. Estudos têm destacado que este aumento vem ocorrendo especialmente nos últimos anos (Bastos et al., 1988; Duailibi et al., 2008; Dunn et al., 1996; Fochi et al., 2000; Laranjeira et al., 1998; Noto et al., 2003). Kessler e Pechansky (2008) citam que em um estudo não publicado realizado em centros de tratamento ambulatorial e hospitalar em 4 capitais brasileiras mostrou que 39,4% dos pacientes buscaram o atendimento devido ao uso de crack. Embora alta, esta proporção é bem menor do que a encontrada no presente estudo, em que a prevalência foi acima de 80%. No que tange à prevalência em Comunidades Terapêuticas, no estudo de Caitano e Souza (2011) foi observado um aumento de mais de 200% de internações por crack, entre 2004 e 2010, em três Comunidades Terapêuticas do interior de Santa Catarina. Cruz et al. (2013), ao realizarem um estudo com 160 usuários de crack de bairros de classe baixa do Rio de Janeiro e Salvador constataram que poucos tinham acesso ao sistema de saúde no Brasil, mesmo com a inserção do CAPS-ad para atendimento a essa população.

O estudo 2 teve como objetivos traçar o perfil dos usuários de crack em tratamento nas CTs, bem como identificar possíveis diferenças entre homens e mulheres quanto aos dados sociodemográficos e características de moradia, saúde, emprego/sustento, uso de drogas, problemas legais, relacionamento sociofamiliar e problemas psiquiátricos.

Com relação aos resultados de comparação entre homens e mulheres foram encontradas poucas diferenças utilizando os testes estatísticos, embora as médias possam ser visivelmente diferentes. Vale destacar que este resultado provavelmente se deve ao tamanho reduzido da amostra, principalmente de mulheres, o que dificultou a confirmação de nossa hipótese inicial de que haveria diferença entre os gêneros. Embora haja esse fator limitante, os dados descritivos encontrados dizem bastante sobre a diferença de gêneros.

Os usuários de crack das CTs da cidade de Juiz de Fora apresentaram um perfil sociodemográfico semelhante aos de vários outros estudos. Em sua maioria eram homens, solteiros, com faixa etária de 30 anos, da cor parda ou negra, de religião protestante, pertencentes à classe média, que não trabalhavam, não estudavam e possuíam defasagem escolar. Estudos com amostras clínicas encontraram resultados semelhantes. Em um estudo realizado por Guimarães et al. (2008) no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS), os resultados mostraram uma população formada por jovens adultos, com média de 27,3 anos, maioria do sexo masculino, que frequentaram o ambiente escolar pelo menos por 9,4 anos em média. Garcia, Zacharias, Winter e Sontag (2012) realizaram um estudo em locais de atendimentos de Santa Cruz do Sul/RS, entrevistando 200 indivíduos entre pacientes usuários de drogas e seus familiares. Nesse estudo encontraram uma média de anos estudados similar ao estudo anterior, além da prevalência de usuários de crack do sexo masculino, com faixa etária entre 19 e 32 anos e mais da metade de solteiros. Em outro estudo sobre o perfil de 95 pacientes de três Caps ad da região metropolitana de Porto Alegre predominaram usuários do sexo masculino, adultos jovens, com escolaridade fundamental ou média, sem ocupação regular, mas com renda individual informada (R. L. Horta et al., 2011).

Em outros estudos, em que não foi avaliada uma amostra clínica, o perfil sociodemográfico foi semelhante (Carlini et al., 2006; Carvalho & Seibel, 2009; Oliveira & Nappo, 2008). No levantamento mais recente sobre os usuários de crack e similares do Brasil realizado pela Fiocruz, a maioria também eram homens, com faixa etária de 30 anos, com defasagem escolar (Bastos & Bertoni, 2013). Vale destacar que, quanto à questão escolar, todos os estudos encontrados identificaram que os usuários de crack tinham defasagem escolar, embora a maioria deles frequentaram por alguns anos o ambiente escolar. Este fato nos remete a pensar em programas de prevenção no meio escolar. Bastos e Bertoni (2013)

sugerem que sejam elaborados programas para manter essa população por mais tempo na escola, a fim de reforçar melhores condições psicossociais e programas de prevenção ao uso e abuso de drogas.

Neste estudo, assim como no estudo de R. L. Horta et al. (2011) uma característica que diferenciou dos outros encontrados com amostras não clínicas foi a classe socioeconômica. A maioria dos usuários pertencia à classe média, ao contrário do nível socioeconômico baixo encontrado em outros estudos. Outra preocupação recorrente em estudos sobre os usuários de crack referem-se à sua situação de moradia. Em nosso estudo, observou-se que mais da metade dos indivíduos informaram terem passado ao menos uma noite internado ou preso dentro dos últimos 6 meses, sendo o hospital geral o mais comum entre eles. Grande parte dos entrevistados também informaram ter passado noites na rua. É provável que o número de internações em hospitais gerais sejam em decorrência de problemas causados pelo uso de drogas. Em média, o número de noites internados ou presos nos últimos 6 meses foi elevado tanto entre os homens, quanto entre as mulheres. Entretanto, os homens permaneceram por mais tempo nas ruas, o que vai ao encontro com os resultados encontrados no levantamento epidemiológico de grande porte realizado pela Fiocruz (Bastos & Bertoni, 2013). Neste levantamento, cerca de 40 % dos usuários de crack se encontravam em situação de rua. Eles não moravam, necessariamente, na rua, mas passavam a maior parte do tempo de uso de drogas nela. Segundo estudo realizado por Guimarães et al. (2008), 35% dos entrevistados relataram ter passado um longo tempo nas ruas devido ao uso de crack.

Nesse estudo, toda a amostra pontuou no ASSIST como uso sugestivo de dependência de crack, já era parte do critério de inclusão. Com relação às outras drogas, a cocaína foi a segunda de maior prevalência de dependência, seguida pelo o álcool. Vale ressaltar que, com relação às outras drogas a maioria dos indivíduos fazem uso de risco, como por exemplo com relação a maconha. Na comparação entre homens e mulheres foi observada uma maior tendência das mulheres de manterem um uso de risco de álcool, enquanto os homens tenderam à dependência.

Quanto ao histórico de tratamento, dentre os pacientes, tanto os homens quanto as mulheres tinham histórico anterior de tratamento para uso de drogas, sendo o primeiro deles na adolescência. Ambos os sexos apresentaram anos de uso regular de álcool semelhantes. De um modo geral, nos últimos 6 meses, o padrão de consumo de álcool também foi elevado entre os sexos, no entanto a maioria dos homens mantinha um padrão de consumo frequente, enquanto quase 30% das mulheres não beberam.

No presente estudo, os indivíduos relataram uso de álcool dentro dos últimos 30 dias que foi relativamente semelhante entre homens e mulheres. Ambos os sexos também relataram uso considerável de tabaco, maconha, cocaína e sedativos. Como esperado, o crack foi a droga de maior consumo dentro dos últimos 30 dias, tanto pelos homens quanto pelas mulheres. No entanto, as mulheres tenderam a apresentar uma média maior de número de dias de uso de crack, dentro dos últimos 30 dias.

Com relação aos anos de uso de outras drogas, a de maior tempo de uso foi a maconha. Cocaína e crack também foram utilizadas por alguns anos, sendo que os homens tenderam a utilizar por mais tempo. Vale destacar que entre os homens os anos de uso regular de tabaco foram sete anos superiores aos das mulheres.

Assim como nesse estudo, em outro estudo realizado com usuários de drogas, verificou-se que o uso de álcool e tabaco são consideradas entre as drogas licitas as mais consumidas dos usuários de crack (Baus, Kupek, & Pires, 2002). As relações de uso e abuso de álcool são muito importantes para este estudo, pois a amostra aponta um uso de diversas drogas, o que caracteriza os entrevistados como poliusuários de drogas. A relação de poliusuários e de associação entre uso de álcool e tabaco também é relatada no estudo realizado pela Senad e Fiocruz (Bastos & Bertoni, 2013) onde os usuários de crack eram poliusuários, e as drogas lícitas mais consumidas junto com o crack eram o álcool e o tabaco. No estudo sobre a caracterização de usuários de crack na cidade de São Paulo, Oliveira e Nappo (2008), encontraram uma combinação frequente entre crack, álcool, maconha e cloridrato de cocaína. O álcool foi relatado como paliativo aos efeitos do crack, sendo intercalado com o uso para manutenção do consumo por maior tempo. A maconha era utilizada como paliativo dos efeitos negativos do crack. Já o uso combinado com a cocaína visava aumentar a intensidade e duração dos efeitos positivos.

Na amostra geral estudada, a idade média de início de uso de drogas foi aos 13 anos com uso de álcool, seguindo pela maconha, tabaco e inalantes. O crack junto com os sedativos foram as últimas drogas de experimentação. Quanto ao uso de tabaco a amostra destacou-se com idade de inicio menor entre os homens (14), em comparação com as mulheres (18). Segundo V. A. Silva e Mattos (2004), a adolescência pode ser vista como uma fase marcante de transformações na vida das pessoas e também de grande vulnerabilidade para início de uso de drogas. No estudo realizado com alunos do primeiro e segundo ano do ensino médio de Florianópolis constatou-se que os estudantes bebiam seis ou mais vezes álcool durante o mês, demonstrando uma utilização maior de álcool encontrada na pesquisa realizada em Florianópolis em relação aos nossos resultados (Baus, Kupek, & Pires, 2002).

Por outro lado chama a atenção que esses dados em outros estudos divergem. Por exemplo, no estudo de Guimarães et al. (2008) a idade de relato de início de uso de crack foi em torno dos 14 anos. Os autores salientam que pode haver uma possibilidade do início de uso da droga estar relacionada a fatores sociais como a criminalidade.

Em relação a fontes de renda e sustento, na amostra a maioria dos indivíduos não estava trabalhando, embora quase 30% deles relataram que possuíam emprego formal. No entanto, a maioria informou que dependia da família ou amigos para seu sustento, o que sugere que alguma porcentagem dos usuários que trabalham não ganhavam o suficiente para sustentar a si e seus familiares. A maior parte das mulheres estava fora do mercado de trabalho e quase todas dependia da família para seu sustento. O percentual de homens tendeu a ser superior em relação à mulher em qualquer forma de trabalho. Carvalho e Seibel (2009), em um estudo com 304 usuários de drogas em tratamento de serviços públicos de São Paulo, apontaram que 37% dos homens trabalhavam, mas entre as mulheres, a principal forma de sustento, excluindo a família, era obtido por recursos ilegais. No entanto, em nosso estudo, poucos indivíduos disseram que se sustentavam por meios ilegais. Guimarães et al. (2008) apontam que quase metade dos indivíduos de seu estudo declararam-se autônomos, enquanto que 36,7% estavam desempregados e apenas 20% trabalhavam com carteira assinada antes da internação. Neste estudo não havia a opção de ajuda de família e amigos, mas no que diz respeito ao sustento a maioria era autônomo. No levantamento da Fiocruz, os resultados encontrados foram semelhantes. Mais da metade dos indivíduos trabalhavam de forma autônoma e 12,8% dependiam da família e dos amigos (Bastos & Bertoni, 2013). Em relação aos resultados da diferença entre homens e mulheres também é importante destacar que as mulheres permaneceram por mais tempo internadas e afastadas nos últimos 30 dias por alguma questão de saúde, o que impossibilitaria qualquer forma de trabalho. Domingos (2012) realizou um estudo com 95 usuários de cocaína e/ou crack em tratamento em um Caps ad na cidade de Ribeirão Preto. Dentre os 53 usuários de crack avaliados, 62,3% não trabalhavam, enquanto apenas 11,3% deles possuía um trabalho formal.

De um modo geral, no relato de doenças físicas ocorridas na vida, prevaleceu o problema respiratório crônico, seguido por pressão alta, epilepsia e hepatite. O problema respiratório crônico possivelmente é uma consequência do uso prolongado da cocaína fumada. Este sintoma é bastante comum entre usuários de crack, que chegam a apresentar o denominado *pulmão de crack* (Mançano et al., 2008). No estudo de Domingos (2012) supracitado, as doenças mais citadas também foram problemas respiratórios (15%), pressão alta (15%) e epilepsia (14,2%). Vale destacar que Lange e Hillis (2001) descrevem alguns dos

problemas cardiovasculares encontrados entre usuários de crack, como as arritmias cardíacas e a hipertensão. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2011b), não existe um consenso sobre qual dosagem de crack seja desencadeadora de problemas à saúde do usuário, mas os estudos tem trazido problemas relacionados mais frequentemente à questões de doenças pulmonares, do fluxo coronariano, hipertensão e aneurisma.

Por outro lado, ao contrário do que a literatura aponta, foi baixo o número de pacientes infectados pelo HIV. Pechansky et al. (2006) encontraram perfis muito semelhantes entre o usuário de crack e de cocaína injetável, ao analisar 1.449 usuários de drogas de Porto Alegre. Segundo os autores, estes grupos apresentam um baixo nível socioeconômico e tendência a trocar sexo por droga. Concluíram que estas duas características têm como consequência uma alta taxa de HIV. Contudo, no presente estudo a amostra não era composta por indivíduos de baixo nível socioeconômico, mas pela classe média, o que pode explicar, em parte, esta diferença. Vale ressaltar que no estudo de Domingos (2012) somente 1 usuário de crack era soropositivo. Observou-se também um baixo envolvimento com a prostituição. Não é possível desconsiderar, contudo, uma subnotificação dos casos de HIV entre os pacientes e respostas não verdadeiras durante a entrevista face-a-face.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros, porém destaca-se que as mulheres tenderam a apresentar maior número de dias com incapacidade para exercer qualquer atividade. De acordo com a pesquisa da Senad e Fiocruz (Bastos & Bertoni, 2013) 20,2% das mulheres compareceram a postos de saúde na população brasileira nos 30 dias anteriores à pesquisa por problemas de saúde. Além disso, 10% da amostra estava grávida no momento da entrevista, dado que não foi encontrado no presente estudo.

No estudo de Garcia et al. (2012), os usuários de crack consideraram o uso da droga como algo extremamente prazeroso, mas também muito nocivo à saúde. Os autores destacaram a ambivalência dos usuários em relação ao prazer que a droga traz e os prejuízos a saúde.

Como esperado, a maioria dos pacientes apresentou histórico e envolvimento recente com atividades ilegais, culminando, inclusive com prisões, sendo o principal motivo o porte, venda ou fabricação de drogas. Embora não tenhamos encontrado diferença estatisticamente significante, proporcionalmente, os homens tenderam a apresentar maior histórico de problemas com a justiça do que as mulheres. Por outro lado, ambos os sexos relataram envolvimento recente considerável com atividades ilegais. Em geral, os pacientes não consideraram que têm problemas legais atualmente, o que pode ser explicado pelo fato de não

terem sofrido consequências legais pelas atividades recentes. Estes dados corroboram com alguns estudos que mostram que usuários de crack apresentam envolvimento com atividades ilegais. De acordo com Oliveira & Nappo (2008) o usuário de crack se envolve em atividades ilícitas, pois a fissura pela droga provoca uma busca incessante pela mesma e a realização de atividades ilícitas advém da falta de recursos financeiros para a aquisição do crack. No estudo conduzido pelos autores, onde buscou-se caracterizar o consumo de crack em São Paulo por meio de entrevistas qualitativas com 62 usuários e ex-usuários de crack, os entrevistados relataram as mais diversas formas de atividades ilícitas. Algumas delas também foram relatadas neste estudo como o tráfico, roubos, golpes financeiros, e a prostituição. No entanto, metade das mulheres que foram entrevistadas relataram ter se prostituído em troca do crack. Em nosso estudo, poucos indivíduos se envolveram com prostituição, embora as mulheres tendessem a se envolver mais do que os homens proporcionalmente.

No estudo de Garcia et al. (2012) 78% dos usuários de crack que participaram da análise de perfil relataram ter tido algum tipo de problema com a polícia e terem sidos presos. Em outro estudo, a presença de antecedentes criminais foi observada em 40% da amostra e esteve associada à maior fissura (Guimarães et al., 2008). No estudo de R. L. Horta et al. (2011) 95,8% dos usuários dos Caps ad disseram que tiveram problemas com a polícia ou justiça nos últimos 12 meses.

O padrão de relacionamento social e familiar dos usuários mostrou que eles possuem algum nível de suporte social e que podem contar com parceiros, parentes, amigos ou outra pessoa para o que precisarem. Embora grande parte deles tenham vivido na rua, abrigo ou em alguma instituição por algum período dentro dos últimos 6 meses, a maioria deles vive nas residências com seus familiares. Estes dados diferem de estudos epidemiológicos ou que utilizam amostras não clínicas em que a maioria dos indivíduos vivem na rua. Por outro lado, no estudo de Domingos (2012) a média de suporte familiar e social dos usuários de crack foi estatisticamente superior a dos usuários de cocaína em pó. Os pacientes das CTs estudadas pertencem a classe média, com suporte familiar e muitas vezes são sustentados por eles. Por outro lado, ficou evidente que o nível de conflito com as pessoas com quem convivem também foi elevado em ambos os sexos. Além disso, grande parte dos usuários relataram conviver com algum familiar ou amigo íntimo que também faz uso de drogas. No estudo de Garcia et al. (2012), 62% dos usuários de crack disseram ter algum familiar que também era usuário de drogas. Os pais e avós são ou eram usuários de bebidas, enquanto os irmãos, em sua maioria, usuários de outras drogas. Abordagens de tratamento que incluem o sistema familiar são de extrema importância e têm sido amplamente discutido (Silveira & Silva, E. A.,

2013). Numa pesquisa realizada com pais de adolescentes na cidade de São Paulo demonstrou que a preocupação com o uso de drogas esta entre as três maiores preocupações dos pais em relação aos seus filhos. O estudo apontou para a necessidade de programas de prevenção de uso de drogas entre os adolescentes e a fundamental importância do envolvimento da família, por serem os principais meios sociais onde convivem os jovens (Silva, E. A. et. al., 2006).

Como visto, a maciça maioria dos entrevistados viveram situações de violência em algum momento da vida. Conforme a literatura, as mulheres tenderam a sofrer em maior proporção abuso sexual, embora os homens também o tenham relatado conforme descrito em outros estudos. No Levantamento da Fiocruz/Senad as mulheres mostraram-se mais propensas a atos violentos associados ao uso de drogas. Cerca de 44,5% das mulheres relataram terem sofrido alguma violência sexual na vida e entre os homens esse número foi de 75% na amostra (Bastos & Bertoni, 2013). Estudos têm demonstrado que pacientes em tratamento para abuso de substâncias estão particularmente envolvidos em situações de violência (Murray, R. L. et al., 2008). É possível que grande parte das situações relatadas sejam decorrentes do uso de drogas na rua, do envolvimento com o tráfico de drogas ou de situações precedentes de vulnerabilidade social e familiar a que muitos usuários de drogas são expostos. Em estudo realizado com usuários de drogas em tratamento em Porto Alegre, Kessler et al. (2012b) mostraram que grande parte dos usuários se envolveu em atividades ilegais ou violentas. Neste mesmo estudo, em que o ASI 6 foi utilizado, os usuários de crack apresentaram uma taxa maior de problemas ocupacionais, legais e familiares. No estudo de R. L. Horta et al. (2011) 51,6% da amostra havia apresentado problemas com violência nos últimos 12 meses.

Vale destacar que os pacientes apresentaram índices moderados de traumas e relataram sentir uma necessidade moderada de tratamento (dado pelo perfil de gravidade) para estas questões sobre violência. Estes dados sugerem que é importante questionar sobre isso na avaliação para que as consequências das situações traumáticas vivenciadas possam ser trabalhadas.

Pelo fato de utilizarmos somente o ASI para avaliação psiquiátrica, não foi possível definir um diagnóstico dos pacientes. No entanto, os resultados encontrados mostraram que os pacientes apresentaram, tanto na vida quanto nos últimos 30 dias sintomas associados a transtornos psiquiátricos. Dentre os sintomas, a depressão e a ansiedade foram os mais prevalentes, sendo que as mulheres tenderam a apresentar mais depressão do que os homens. No estudo de Garcia et al. (2012) os sintomas mais presentes encontrados foram também a depressão e a ansiedade. Cerca de 50% da amostra apresentava esses problemas

principalmente no período de abstinência de crack, com escores de depressão de moderado a grave. Em outro estudo cerca de 60% da amostra apresentou grande ansiedade e cerca de 50% apresentou sintomas de depressão (Guimarães et al., 2008).

Nos achados deste estudo, as taxas encontradas de pensamentos suicidas e tentativas de fazê-lo também foram altas, chegando a 50% de pensamentos suicidas entre as mulheres na vida. Estes dados indicam ser de extrema importância o acompanhamento de um médico psiquiatra, psicólogos e demais profissionais de saúde no tratamento dos pacientes das CTs. O que a literatura tem demonstrado é o fato de não se terem profissionais de saúde dentro da maioria das comunidades terapêuticas e esse serem um dos fatores que a colocam em lugar de pouca legitimidade quanto à modalidade de tratamento. Outros estudos também apontaram uma alta prevalência de comorbidades psiquiátricas em usuários de drogas e de crack. Segundo Kessler e Pechansky (2008) a relação do crack com comorbidades psiquiátricas é bastante elevada, com presença, muitas vezes, de transtornos de personalidade e de humor, trazendo a preocupação com a expansão do uso da droga e a velocidade da deteriorização da vida mental do usuário. Outros estudos mostram que no Brasil a depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais observadas em estudos brasileiros com usuários de cocaína e crack (Cruz, 1996; Terra, 2000).

Quanto ao estudo 3 sobre sintomas e desfechos de tratamento, como esperado, nas primeiras duas semanas houve maior concentração de pacientes que apresentaram sintomas físicos e psicológicos. Dentre estes sintomas, a ansiedade destacou-se como a mais prevalente permanecendo em grande parte dos pacientes durante todo o tratamento. Vale ressaltar que os picos de ansiedade identificados entre o 3º e 4º mês de tratamento correspondem ao período de reinserção social, seguindo o método empregado nas comunidades terapêuticas de uma forma geral e em especial nas que participaram desse estudo, o que pode provocar grande ansiedade nos pacientes. Os sintomas depressivos, embora em menor prevalência, também permaneceram em alguns pacientes até o fim do tratamento. Sabe-se que a taxa de comorbidades psiquiátricas em dependentes de drogas é alta, o que pode influenciar em possíveis recaídas no futuro. Como dito anteriormente, estes são os sintomas mais prevalentes em estudos brasileiros.

Estes dados reforçam a importância a presença do médico psiquiatra e psicólogos para o acompanhamento do paciente nas CTs. Com relação à fissura chamou a atenção neste estudo que a fissura pelo tabaco precedesse àquela pelo crack. Algumas razões podem ser exploradas. As CTs não permitem o uso de tabaco durante o tratamento, diferente do que ocorre em outros centros de tratamento como os CAPs-ad, o que leva os indivíduos à fissura

desta droga. No entanto, a maioria dos usuários pontuaram como usuários de risco de tabaco e não de dependência. A fissura é um fenômeno complexo com componentes fisiológicos, cognitivos e emocionais (Marlatt & Donovan, 2009), e uma possível confusão entre a fissura pelo tabaco e pelo crack não pode ser descartada. Alguns estudos relatam que os usuários de crack fazem uso concomitante de tabaco somente no contexto do uso de crack. Conforme citado anteriormente, Oliveira & Nappo (2008) em entrevista com usuários de crack, mostraram que o uso combinado com outras drogas surgiria como a possibilidade de manipular a intensidade ou a duração dos efeitos de crack, seja como paliativo aos efeitos negativos ou com fins de intensificar ou prolongar os efeitos positivos. No entanto, neste estudo não foi citada a combinação com o tabaco. Estes dados são importantes para profissionais de saúde que trabalham diretamente com os usuários de crack, visando incluir no tratamento estratégias para o enfrentamento de tais problemas que podem culminar na recaída. Neste sentido, foi uma surpresa neste estudo que apenas 35% dos usuários relataram fissura por crack na primeira semana.

Por fim, com relação aos dados de desfecho do tratamento observou-se que a taxa de abandono é alta tanto entre homens quanto entre as mulheres, embora tenha sido uma surpresa que as mulheres tenderam a permanecer por mais tempo no tratamento. Menos da metade dos 42 pacientes que iniciaram o tratamento conseguiram completar as 24 semanas de observação. Altas taxas de abandono são relatadas em outros estudos. Garcia et al. (2012) encontraram uma alta taxa de recaídas ou desistência do tratamento nos primeiros meses de tratamento, relatando ser o período mais problemático para o paciente. Esse estudo mostrou que as maiores taxas de abandono do tratamento entre o terceiro e quarto primeiros meses. Estas taxas foram semelhantes nas diversas modalidades avaliadas no estudo como na Estratégia de Saúde da Família, CAPSi, CAPS-ad, CTs e Hospitais de referência. Foi possível observar também que os pacientes tendem a abandonar o tratamento logo nas duas primeiras semanas, que coincidem com o período em que apresentam mais sintomas físicos e psicológicos/comportamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo obteve-se uma compreensão da população usuária de crack que busca tratamento especializado em CTs na cidade de Juiz de Fora/MG. Possibilitando uma abertura para discussão de propostas para a melhoria das intervenções e planos de tratamento oferecidos pelas CTs para usuários de crack, pretendendo com isso incentivar outros estudos relativos às CTs de uma maneira geral.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2011). *Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência: Crack*. Brasília, DF: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina.

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2011). Abuso e dependência:crack. *Revista Associação Medica Brasileira. 58*, 141-153. doi:10.1590/S0104-42302012000200008

Bastos, F. I. M., & Bertoni, N. (2013). *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. Recuperado de http://www.casacivil.gov.br/noticias/estimativa-capitais.pdf

Bastos, F. I. M., Lopes, C. S., Dias, P. R. T. P., Lima, E. S., Oliveira, S. B., & Luz, T. P. (1988). Perfil de usuários de drogas I: Estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ - 1986/1987. *Revista ABP-APAL, 10*(2), 47-52.

Baukeland, M. (1995). *Bonding in a Therapeutic Community* (pp.76-82). Grece: Kethea.

Baus, J., Kupek, E., & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública, 36*, 40-46. doi:10.1590/S0034-89102002000100007

Bell, D. C. (1994). Connection in therapeutic communities. *Substance Use & Misuse, 29*(4), 525-543.

Caitano, A. F., & Souza, S. R. B. (2011). A Evolução do Crack na Região de Araranguá na Última Década. In *1º Seminário De Pesquisa, Extensão e Inovação do IF-SC, Campus Criciúma. Anais* (pp. 177-178). Criciúma: IF-SC.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., Carlini, C. M., Oliveira, L. G., Nappo, S. A., ... Sanchez, Z. V. D. M. (2006). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: Páginas & Letras.

Carvalho, H. B., & Seibel, S. B. (2009). Crack Cocaine Use And Its Relationship With Violence and HIV, *Clinics, 64*, 857-866. doi:10.1590/S1807-59322009000900006

Chan, K. S., Wenzel, S., Orlando, M., Mphil, C. M. A., Mandell, W., Becker, K., & Ebener, P. (2004). How Important are Client Characteristics to Understanding Treatment Process in the Therapeutic Community? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30* (4), 871-891.

Cruz, M. S. (1996) *Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

Cruz, M. S., Andrade, T., Bastos, F., Leal, E., Bertoni, N., Villar, L., ... Fischer, B. (2013). Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *The International Journal of Drug Policy, 24*, 432-438. doi:10.1016/j.drugpo.2013.03.012

Damas, B. F. (2013). Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, 6*(1), 50-65.

Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010 (2010, 21 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1. p. 43.

De Leon, G. (1994). The therapeutic community: Toward a general theory and model. In F. M. Tims, G. De Leon, & N. Jainchill (Eds.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application* (pp. 21-58). (Research Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Domingos, J. B. C. (2012). Fatores associados ao uso de cocaína e/ou crack em clientes de um CAPS-ad (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R.(2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. Saúde Pública, *Cadernos de Saúde Pública, 24*, 545-557. doi:10.1590/S0102-311X2008001600007

Dunn, J., Laranjeira, R., Silveira, D. X., Formigoni, M. L. O. S. & Ferri, C. P. (1996). Crack cocaine: na increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. *Substance Use and Misuse, 31*(4), 519-527.

Ferri, C. P., Laranjeira, R., Silveira, D. X., Dunn, J., & Formigoni, M. L. O. S. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios da cidade de São Paulo, nos anos de 1990 e 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira, 43*, 25-28. doi:10.1590/S0104-42301997000100007

Fochi, E. L., Moraes, M. S., Chiaravalloti, F. N., Gandolfi, D., & Ferreira, E. M. A. (2000). Caracterização de 46 usuários de crack abordados no programa de redução de dados "Tá Limpo". *HB Científica, 7*(2), 664-671.

Fracasso, L. (2006). Tratamento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas. In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [Senad], *Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas* (pp. 28-29). Brasília: Senad.

Garcia, L. E., Zacharias, G. D., Winter, G., & Sontag, J. (2012). Reconhecendo o Perfil do Usuário de Crack de Santa Cruz do Sul [Edição Especial]. *Barbarói, 36*, 83-95.

Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araújo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*, 101-108. doi:10.1590/S0101-81082008000300005

Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P. & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública, 27*, 2263-2270. doi:10.1590/S0102-311X2011001100019

Humeniuk, R., & Poznyak, V. (2004) *Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde* [Versão preliminar 1.1]. (T. M. Ronzani, Trad.). São Paulo: OMS.

Kalina, E., & Kovadloff, S. (1988). *Drogadicção*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*, 96-98. doi:10.1590/S0101-81082008000300003

Kessler, F. H. P., Terra, M. B., Faller, S., Stolf, A. R., Peuker, A. C., Benzano, D. ... Pechansky, F. (2012). Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *The American journal on addictions, 21*, 370-380. doi:10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x

Lange, R. A., & Hillis, L. D. (2001) Cardiovascular complications of cocaine use. *New England Journal of Medicine, 345*(5), 351-358.

Laranjeira, R., Dunn, J., Rassi, R., Mitsushiro, S. S, & Fernandes, M. S. (1998). Seguimento de usuários de crack após dois anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 47*(5), 233-236.

Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. (2006, 24de agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 2.

Leite, S., & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva, 8*,775-782. doi:10.1590/S1413-81232003000300011

Machado, A. L., & Veloso, A. (2011). O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*, 523-532. doi:10.1590/S0102-79722011000300013

Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde, 14*, 801-821. doi:10.1590/S0104-59702007000300007

Machado, L. P. (2011). *Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Mançano, A., Marchiori, E., Zanetti, G., Escuissato, D. L., Duarte, B. C., & Apolinário, L. A. (2008). Complicações pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 34*(5), 323-327. doi:10.1590/S1806-37132008000500012

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção de Recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Marques, A. C.P. R. (1999). Cocaína e Crack: Dos Fundamentos ao Tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, 82-83. doi:10.1590/S1516-44461999000100016

Ministério da Saúde [MS]. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2005*). Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social.

Moreira, M. I. B., & Castro-Silva, C. R. (2011). Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. *Psicologia & Sociedade, 23*, 545-553. doi:10.1590/S0102-71822011000300012

Murray, C. J., Ezzati, M., Flaxman, A. D., Lim, S., Lozano, R., Michaud, C., ... Lopez, A. D. (2012). GBD 2010: a multi-investigator collaboration for global comparative descriptive epidemiology. *Lancet, 380*, 2055-2058. doi:10.1016/S0140-6736(12)62134-5

Murray, R. L., Chermack, S. T., Walton, M. A., Winters, J., Booth, B. M., & Blow, F. C. (2008). Psychological aggression, physical aggression, and injury in nonpartner relationships among men and women in treatment for substance-use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(6), 896-905.

Nappo, A. S., Sanchez, M. Z., & Ribeiro, L. A. (2012). Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública, 28*, 1643-1649. doi:10.1590/S0102-311X2012000900004

Noto, A. R., Galduróz, J. C., Nappo, A. S., Fonseca, A. M., Carline, C. M. A., & Moura, Y. G. (2003). *Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Senad/Cebrid.

Oliveira, L. G., Nappo, S. A. (2008). Caracterização da Cultura de Crack na cidade de São Paulo: Padrão de uso Controlado. *Revista de Saúde Pública, 42*, 664-671. doi:10.1590/S0034-89102008005000039

Paim, J. S., & Almeida, N.-Filho. (1998). Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública, 32*, 299-316. doi:10.1590/S0034-89101998000400001

Pechansky, F., Woody, G., Inciardi, J., Surratt, H., Kessler, F., Von Diemen, L., & Bumaguin, D. B. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil [Supplement 1]. *Drug and Alcohol Dependence, 82,* S109-S113.

Pires, R. O. M., Carrieri, C. G., & Carrieri, G. G. (2008). O Estado frente à temática das drogas lícitas e ilícitas: avanços da nova legislação e desafios frente ao sistema único de saúde. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 4*(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200002&lng=pt&tlng=pt

Portaria n. 305, de 30 de abril de 2002. (2002, 3 de maio). Aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso pejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. *Diário oficial da União*, Seção 1.

Portarias n. 816, de 30 de abril de 2002. (2002, 3 de maio). Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, com fins em Anexo. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

Portaria n. 2.629, de 28 de outubro de 2009. (2009, 30 de outubro). Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em hospitais gerais e incentiva internações de curta duração. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

Pulcherio, G., Stolf, R. A., Pettenon, M., Fensterseifer, D. P., & Kessler, F. (2010). Crack: da Pedra ao Tratamento. *Revista da AMRIGS, 54*(3), 337-343.

Raupp, L. M., & Milnitisky-Sapiro, C. (2008). A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*, 361-368. doi:10.1590/S0102-37722008000300013

Resolução n. RDC 101, de 30 de maio de 2001. (2001, 31 de maio). Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

Resolução n. RDC 29, de 30 de junho de 2011 (2011, 1 de julho). Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*, Seção 1.

Ribeiro, M., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010). Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira. (Orgs.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 588-624). São Paulo: Roca.

Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos em Psicologia. (Campinas), 22*, 167-174. doi:10.1590/S0103-166X2005000200006

Serrat, S. M. (2002). *Comunidades Terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos*. (Entrevista on line). Recuperado de http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm

Silva, A. S. T., & Silva, R. N. (2006). A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão, 26*, 210-221. doi:10.1590/S1414-98932006000200005

Silva, E. A., Micheli, D., Camargo, B. M. V., Buscatti, D., Alencar, M. A. P., & Formigoni, M. L. O. S. (2006). Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. *Psicologia: teoria e prática, 8*(1), 41-54

Silva,V. A. & Mattos, H. F.(2004). Os Jovens são mais vulneráveis às drogas? In M. A. Bessa, & I. Pinsk, *A adolescência e drogas* (pp. 31-44). São Paulo: Contexto.

Silveira, P. S., & Silva, E. A. (2013). Família, Sociedade e Uso de Drogas: Prevenção, Inclusão Social e Tratamento Familiar. In T. M. Ronzani (Org.), *Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas* Públicas (pp. 207-222). Juiz de Fora: UFJF.

Soyez, V., Tatrai, H., Broekaert, E., & Bracke, R. (2004). The implementation of contextual therapy in the therapeutic community for substance abusers: A case study. *Journal of Family Therapy, 26*, 286-305. doi:10.1111/j.1467-6427.2004.00284.x

Terra, M. B. (2000). *Fobia Social e Transtorno de Pânico em Pacientes Dependentes de Substâncias Psicoativas Hospitalizados*. Rio de Janeiro: UFRJ.

Tribunal de Contas da União. (2012) *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* (A. Cedraz, Rel.). Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo.

Van der Meer-Sanchez, Z, & Nappo, S. A. (2007). From the first drug to crack: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. *Substance Use and Misuse, 42*(1), 177-188.

Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Calderón, F. F., García, A. V., Espinosa, P. B., ... García, M. P. (2013). Relación entre la comorbilidad

psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapêutica. *Adicciones, 25*(2), 128-136.

World Health Orgnization [WHO]. (2004). *Neuroscience of psychoative substance use and dependence*. Geneva: WHO.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEIS: DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES, DR. TELMO MOTA RONZANI, PSICÓLOGA TATIANA SILVEIRA MADALENA
ENDEREÇO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3117 / E-MAIL: laisa.sartes@edu.ufjf.br OU madatati@hotmail.com

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "Usuários de Crack: prevalência e perfil de pacientes em tratamento em Comunidades Terapêuticas". Neste estudo pretendemos estimar a prevalência de usuários de Crack em tratamento e traçar o perfil desses indivíduos. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é compreender o perfil das pessoas que fazem uso de Crack e buscam tratamento, podendo tais dados, serem utilizados para auxílio e melhoria no tratamento de outras pessoas.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Após 15 dias de internação, todas as pessoas que fazem uso de Crack serão convidadas a participar do estudo. Se você decidir participar deste estudo, em um primeiro momento, será entrevistado por um psicólogo, que utilizará alguns questionários (ASSIST e a 6ª versão revisada do ASI que avaliam o uso de álcool ou drogas e sua situação social, psiquiátrica, legal, familiar e de emprego). Essas entrevistas deverão durar entre 1 e 2 horas. Você não precisa responder um item de qualquer um desses instrumentos caso se sinta desconfortável para isso. Além disso, se você decidir participar deste estudo, um psicólogo irá anotar semanalmente em seu prontuário os principais sintomas apresentados por você naquele período.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

_____
Assinatura do(a) participante

_____
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br
PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEIS: DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES, DR. TELMO MOTA RONZANI, PSICÓLOGA TATIANA SILVEIRA MADALENA
ENDEREÇO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3117 / E-MAIL: laisa.sartes@edu.ufjf.br OU madatati@hotmail.com

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Usuários de Crack: Prevalência e Perfil de Pacientes em Tratamento em Comunidades Terapêuticas

Pesquisador: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Área temática:

Versão: 1

CAAE:01212612.6.00005147

Instituição Proponente: INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.157

Data da Relatoria: 16/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto possui pertinência e valor científico na área, uma vez que busca contribuir para melhor compreensão a cerca do perfil da população usuária de Crack e outras drogas, que busca tratamento especializado em clínicas e comunidades terapêuticas, com vistas a subsidiar discussões de propostas para a melhoria das intervenções e planos de tratamento adequados a esta população.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos propostos apresentam clareza e compatibilidade com a proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano direto ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa. O único risco que pode ser identificado como possível é um desconforto que pode surgir durante as entrevistas. No entanto, estas serão conduzidas por Psicólogo especializado previamente treinado. Além disso, está explicitado no projeto e no TCLE que o sujeito pode deixar de responder qualquer instrumento que lhe causar desconforto. O TCLE está muito bem formulado, em linguagem acessível, apresentado todos os aspectos necessários para garantir a dignidade e o respeito aos participantes da Pesquisa.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Não há benefícios diretos para os sujeitos, mas o estudo poderá trazer benefícios na medida em que pode subsidiar discussões de propostas para a melhoria das intervenções e planos de tratamento adequados a esta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Projeto bem formulado, de forma clara e objetiva. Apresenta justificativa pertinente, bem como revisão de literatura atual que sustenta os objetivos do estudo e metodologia adequada para cumprir os objetivos do mesmo.
O Projeto consta de dois estudos: o estudo 1, que irá determinar a prevalência de usuários de Crack na população que busca tratamento especializado em Juiz de Fora (utilizará informações dos prontuários dos pacientes); e o estudo 2 que irá avaliar o perfil de usuários de Crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas (entrevistas com instrumentos padronizados e um estudo de seguimento, em que as características avaliadas serão anotadas em um formulário semi-estruturado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável de uma instituição onde será realizada a pesquisa.
O orientador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:
Recomenda-se que o cronograma seja atualizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Sem pendências

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Sem maiores considerações.

JUIZ DE FORA, 25 de Outubro de 2012

_____

Assinador por: Edelvais Keller
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu

Anexo 2 – Questionário de dados sociodemográficos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

1. IDADE_____ ( )
2. SEXO **(1)** Masculino **(2)** Feminino ( )
3. ESTUDA ATUALMENTE **(0)** Não **(1)** Sim ( )
4. DEFASAGEM ESCOLAR **(0)** sem defasagem **(1)** 1 a 2 anos **(2)** >2 anos ( )
5. TRABALHA ATUALMENTE **(0)** Não **(1)** Sim ( )
6. RELIGIÃO **(1)** Protestante **(2)** Católico **(3)** Espírita **(4)** Umbandista **(5)** Espiritualista/Esotérico **(6)** Outros ( )

Posse de itens	**Não tem**	**TEM (QUANTIDADE)**			
		1	**2**	**3**	**4**
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

7. ESCALA SOCIOECONÔMICA (ABIPEME)

Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	**Pontos**	**Nomenclatura atual**
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3a Série Fundamental
Primário completo	1	4a. Série Fundamental
Ginasial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Classificação final

1. Classe A1	42 a 46 pontos
2. Classe A2	35 a 41 pontos
3. Classe B1	29 a 34 pontos
4. Classe B2	23 a 28 pontos
5. Classe C1	18 a 22 pontos
6. Classe C2	14 a 17 pontos
7. Classe D	8 a 13 pontos
8. Classe E	0 a 7 pontos

Pontuação mínima = 0

Pontuação máxima = 46

Soma: _____

Anexo 3 – ASSIST

ASSIST – OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? *(somente uso não prescrito pelo médico)*	**NÃO**	**SIM**
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína	0	3
e. crack	0	3
f. anfetaminas ou êxtase	0	3
g. inalantes	0	3
h. hipnóticos/sedativos	0	3
i. alucinógenos	0	3
j. opioides	0	3
k. outras, especificar	0	3

3. Durante os três últimos meses, com que freqüência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMNALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína	0	3	4	5	6
e. crack	0	3	4	5	6
f. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
g. inalantes	0	3	4	5	6
h. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
i. alucinógenos	0	3	4	5	6
j. opioides	0	3	4	5	6
k. outras, especificar	0	3	4	5	6

- **Se <u>"NÃO" em todos os itens</u> investigue:**
  Nem mesmo quando estava na escola?
- **Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista**
- **Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões**

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

2. Durante os três últimos meses, com que freqüência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMNALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína	0	2	3	4	6
e. crack	0	2	3	4	6
f. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
g. inalantes	0	2	3	4	6
h. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
i. alucinógenos	0	2	3	4	6
j. opioides	0	2	3	4	6
k. outras, especificar	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que freqüência o seu consumo de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)* **resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?**	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMNALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína	0	4	5	6	7
e. crack	0	4	5	6	7
f. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
g. inalantes	0	4	5	6	7
h. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
i. alucinógenos	0	4	5	6	7
j. opioides	0	4	5	6	7
k. outras, especificar	0	4	5	6	7

- **Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões**

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. ou e. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
i. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
k. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que freqüência, por causa do seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)* **, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de**	**NUNCA**	**1 OU 2 VEZES**	**MENSALMENTE**	**SEMNALMENTE**	**DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS**
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína	0	5	6	7	8
e. crack	0	5	6	7	8
f. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
g. inalantes	0	5	6	7	8
h. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
i. alucinógenos	0	5	6	7	8
j. opioides	0	5	6	7	8
k. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* **e não conseguiu?**	**NÃO, Nunca**	**SIM, nos últimos 3 meses**	**SIM, mas não nos últimos 3 meses**
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína	0	6	3
e. crack	0	6	3
f. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
g. inalantes	0	6	3
h. hipnóticos/sedativos	0	6	3
i. alucinógenos	0	6	3
j. opioides	0	6	3
k. outras, especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* **?**	**NÃO, Nunca**	**SIM, nos últimos 3 meses**	**SIM, mas não nos últimos 3 meses**
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína	0	6	3
e. crack	0	6	3
f. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
g. inalantes	0	6	3
h. hipnóticos/sedativos	0	6	3
i. alucinógenos	0	6	3
j. opioides	0	6	3
k. outras, especificar	0	6	3

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	**NÃO, Nunca**	**SIM, nos últimos 3 meses**	**SIM, mas não nos últimos 3 meses**
	0	**2**	**1**

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	**Nenhuma intervenção**	**Receber Intervenção Breve**	**Encaminhar para tratamento mais intensivo**
Tabaco		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Álcool		**0 - 10**	**11 - 26**	**27 ou mais**
Maconha		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Cocaína		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Crack		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Estimulantes tipo anfetamina		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Inalantes		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Hipnóticos/sedativos		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Alucinógenos		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**
Opióides		**0 - 3**	**4 - 26**	**27 ou mais**

Anexo 4 – Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index (ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de adaptação para a língua portuguesa. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques-tão	Grau de Preocupação	Ques-tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 - 1 - 2 - 3 - 4	M24	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Emprego/S.	---	----------	E23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Álcool	D22	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Drogas	D47	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D48	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Legal	L25	0 - 1 - 2 - 3 - 4	---	----------
Família/Soc.	F14	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F15	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Trauma	F38	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F39	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Filhos	F48	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F49	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Psiquiátrica	P20	0 - 1 - 2 - 3 - 4	P21	0 - 1 - 2 - 3 - 4

Códigos para aplicação do instrumento:

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

ASI6

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

Nome do Paciente:_____

G1. Código do paciente: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador: ☐☐☐

ou

G3. Código do Observador: ☐☐☐

G4. Data da Entrevista: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

G5. Data de Admissão: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista: ☐

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

G7. Hora de Início: ☐☐ ☐☐

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

G9. Data de Nascimento: ☐☐ ☐☐ / ☐☐☐☐

(Idade:_____)

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

___1. Negra/Preta
___2. Branca
___3. Amarela/Oriental
___4. Parda/Mestiça
___5. Indígena
___6. Outros
___ 7. Não respondeu

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

G12. Qual o seu estado conjugal? ☐

1 – casado
2 – vivendo como casado
3 – viúvo
4 – Divorciado
5 – Separado
6 – Nunca casou

6 → G14

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

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento? ☐

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

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo
2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas
3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde
4 – Escola/Faculdade
5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego
6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)
7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

Moradia – **As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos** ***6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde_____.***

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

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

A. Últimos 6 meses ☐☐☐ **B.** 30 Dias ☐☐

000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

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

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? **A.** Últimos 6 meses ☐☐☐ **B.** 30 Dias ☐☐

000 → H9

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

A. Últimos 6 meses ☐☐☐ **B.** 30 Dias ☐☐

000 → NOTA

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

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

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

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

[Marque todas que se aplicam]

___1. Sozinho
___2. Cônjuge/Parceiro
___3. Filho(s) < 18anos
___4. Pais
___5. Outros parentes adultos
___6. Outros adultos não-parentes
___7. Não respondeu
___8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? ☐ 1-Sim, 0-Não

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

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

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

[Marque todas que se aplicam]

___1. Nenhum (SUS)
___2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, IPB, Golden Cross, Bradesco Saúde
___3. Convênio público
___4. Convênio militar
___5. Outros (especifique:_____)
___6. Não respondeu

[**NOTA:** Se homem, Pule a M2.]

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

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

	1-Sim 0-Não
M3. Pressão Alta	☐
M4. Diabetes	☐
M5. Doença Cardiaca	☐
M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral)	☐
M7. Epilepsia ou convulsões	☐
M8. Câncer	☐
M9. HIV/AIDS	☐
M10. Tuberculose	☐
M11. Hepatite	☐
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado	☐
M13. Doença renal crônica	☐
M14. Problema respiratório crônico (ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite)	☐
M15. Outro problema ou doença crônica (ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,... -se "Sim" especifique: _____)	☐
M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos? -se "Sim," especifique: _____	☐

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

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

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

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

(M20 – M23) Nos últimos 3*0 dias:*

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

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

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

[**NOTA**: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

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

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

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

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

	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?	☐☐☐ 000 → M27	☐☐
M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física? -não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.	A. ☐☐☐ 000 → M28	B. ☐☐
M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde? ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença. -não inclua tratatamento para álcool/ drogas ou psíquico.	A. ☐☐☐ 000 → E/S	B. ☐☐

Comentários: _____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Emprego/Sustento– As questões seguintes são sobre a sua *educação, emprego e finanças.*

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou? ☐

1 – Ensino Fundamental
2 – Ensino Médio
3 – Ensino Superior (Faculdade)
4 – Bacharelado
5 – Mestrado ou mais
6 – Nenhum

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

E3. Qual é a última série ou ano que você completou? ☐☐

01 = Não alfabetizado
02 = 1ª à 4ª série
12 = 5ª à 8ª série
13 = 1º e/ou 2º ano do E.M.
14 = Ensino Médio completo
15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade
16 = Ensino Superior incompleto
17 = Ensino Superior completo
18 = 1ºà 2º ano de pós-g. (mestrado)
19 = Doutorado completo ou não
20 = Pós-doutorado completo ou não

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

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional? ☐

0 - Não 1 – Meio-Turno - 2 – Turno Integral

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

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

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

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

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

E10. Qual é a sua situação de emprego atual? [Marque uma]

___1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
___2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
___3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho
"dispensa temporária", → E14
___4. Fora do mercado de trabalho
-não trabalha e não procura ativamente por trabalho
___5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

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

[**NOTA:** Marque uma ou duas e passe para E14]

___1. Dona-de-casa/do lar
___2. Estudante
___3. Incapaz
___4. Aposentado
___5. Não procura por trabalho
___6. Procura por trabalho
___7. Institucionalizado
___8. Outro_____

Comentários:_____

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)? ☐☐

Especifique:_____

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

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

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

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

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

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então? ☐☐

Especifique: _____
[**NOTA:** Codifique uma categoria da NOTA E12.]

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

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

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

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

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? R$ ☐☐☐☐☐

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

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

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? ☐
-assistência atual ou adicional

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

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

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

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

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R$ ☐☐☐☐☐
E25b. ...*últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E26. assistência pública? R$ ☐☐☐☐☐
ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas
E26b. ... *últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E27. outra assistência? R$ ☐☐☐☐☐
ex. vale-refeição ou vale-transporte
E27b. ... *últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? – do pai da criança ou ex-cônjuge. R$ ☐☐☐☐☐
E28b. ... *últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E29. atividades ilegais? R$ ☐☐☐☐☐
ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais
E29b. ... *últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E29c. bicos? R$ ☐☐☐☐☐

E29d. ... *últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E30. alguma outra fonte? R$ ☐☐☐☐☐
ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.)
E30b. ... *últimos 6 meses?* R$ ☐☐☐☐☐

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida?
[Marque todas que se aplicam]

___1. Emprego
___2. Aposentadoria
-ex. pensão, seguro social (INSS)
___3. Invalidez / Incapacidade
-ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
___4. Seguro desemprego
___5. Assistência pública ou governamental
-ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
___6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
___7. Família, amigos ou sócios
___8. Dinheiro ilegal
___9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
-ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
___10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique:_____
___11. Nenhuma

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

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

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

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

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

Comentários:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? [ ][ ] 00 → D6
-inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA.

D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? [ ][ ]
- desintoxicação não seguida por tratamento adicional.

D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas? [ ][ ]

Quantos dias você:

	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?	[ ][ ][ ] 000 → D5	[ ][ ]
D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. -exclua medicações para dependência de nicotina.	[ ][ ][ ] 000 → D6	[ ][ ]
D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)?	[ ][ ][ ] [se nunca participou →D8]	[ ][ ]

D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses

Uso de Álcool

D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? [ ][ ] 00 → D10
- exclua períodos sem álcool

D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques[1] por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? [ ][ ] >0 → D11

D10. Você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? [ ] 1-Sim, 0-Não

D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN] [ ][ ]

D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que freqüência você bebia? [ ]
0 – Sem uso (→ D20) 3 - 3-6 vezes por semana
1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
2 - 1-2 vezes por semana

D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? [ ][ ] 00 → D20

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

D14. Quando você bebeu pela última vez? [ ][ ][ ]
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/ homens, 4 p/ mulheres) drinques em um dia? [ ][ ]

D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R$[ ][ ][ ][ ]

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuido ou parado de beber? [ ] 1- Sim, 0- Não

D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? [ ] 1-Sim, 0- Não

D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei? [ ] 1-Sim, 0-Não

D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? [ ] 1-Sim, 0-Não

D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? [ ][ ] 00 → D23

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool? [ ]
0 – Nada 3 - Consideravelemnte
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool? [ ]
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 – Moderadamente

D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)? [ ]
0 - Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4- Extremamente
2 – Moderadamente

Comentários: _____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

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

Pré-A. Você já experimentou ou usou _____(mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?

A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?

B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? –Exclua períodos sem a droga

C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?

D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?

E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0]-somente como prescrito, ou [1]-ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

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

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

Comentários adicionais: _____

_____

_____

_____

_____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

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

		Rota(s) de Administração *De que forma você já usou _____?*	
Problema Primário	**A.** Categoria	**B.** Na vida	**C.** Últimos 30 Dias
D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você **mais** dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?	☐☐ 12 → D37	[marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	[marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____			
Problema Secundário	**A.** Categoria	**B.** Na vida	**C.** Últimos 30 Dias
D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a **2ª maior** dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?	☐☐ 12 → D37	[marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	[marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____			
Problema Terciário	**A.** Categoria	**B.** Na vida	**C.** Últimos 30 Dias
D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a **3ª maior** dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?	☐☐ 12 → D37	[marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	[marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____			

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

Comentários adicionais: _____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? ☐☐

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a freqüência de uso de quaisquer drogas? ☐
0 – Sem uso (→ D45) 3 - 3-6 vezes por semana
1 - 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente
2 - 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? ☐☐ 0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? ☐☐
-00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R$ ☐☐☐☐
-exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? ☐ 1-Sim, 0-Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? ☐ 1-Sim, 0-Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? ☐ 1-Sim,0-Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? ☐ 1-Sim, 0-Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? ☐☐ 00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas? ☐
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas? ☐
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)? ☐
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamete abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano? ☐ 1-Sim, 0-Não
-exclua medicações prescritas e apropriadamente tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas) 0 → D52

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou? ☐☐ Anos ☐☐ Meses
[Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

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

D52. Alguma vez você se injetou drogas? ☐ 1-Sim, 0-Não
[Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção? ☐☐ anos ☐☐ Meses Atrás
-se nunca, codifique N e N
-se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal? ☐☐

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? ☐☐ Anos ☐☐ Meses Atrás
-se nunca, codifique N e N
-se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? ☐☐ 99 → D59
ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
-se nunca experimentou, codifique 99

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente? ☐☐

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)? ☐☐

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? ☐ 1-Sim, 0-Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza? ☐☐

Comentários: _____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Legal – ***As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.***

L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? _____ [ ] 1-Sim, 0-Não; 0 → L18

L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? [ ] 1-Sim, 0-Não; 0 → L7

L3. Que idade você tinha na primeira vez? [ ][ ] >17 → (L7-14)

L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por?
[Marque todas que se aplicam]
___1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
ex. roubo, agressão, estupro
___2. Ato ilícito ligado a drogas
ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
___3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
___4. Infrações praticadas somente por jovens
ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
___5. Outras infrações (Especifique:_____)

L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? [ ][ ] Vezes

L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? [ ][ ] Meses

---

(L7 – L14) ***Desde os 18 anos:***

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____?
[**NOTA:** Se Não, codifique 00 para **A.** e passe para o próximo item]
A. Quantas vezes no total?
B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

	A. Total	**B.** 6 Meses
L7. Porte de drogas? ..... - ou equipamentos de droga (parafernália)	[ ][ ]	[ ][ ]
L8. Venda ou produção de drogas? ..... -vender inclui traficar/ distribuir	[ ][ ]	[ ][ ]
L9. Roubo? ..... - roubo à força, ou sob ameaça de força	[ ][ ]	[ ][ ]
L10. Outros crimes visando lucro? – em loja -fraude venda de objetos roubados,vandalismo, incêndio	[ ][ ]	[ ][ ]
L11. Crime violento? ..... - violência doméstica, estupro, assassinato.	[ ][ ]	[ ][ ]
L12. Armas, prostituição ou jogo? ..... - inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia	[ ][ ]	[ ][ ]
L13. Dirigir alcoolizado? ..... - ou sob efeito de drogas	[ ][ ]	[ ][ ]
L14. Alguma outra infração criminal? ..... - violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc.	[ ][ ]	[ ][ ]

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses
[Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? [ ][ ] Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses

---

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? [ ] 1-Sim, 0-Não
- ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas?

	1-Sim, 0-Não
L19. Investigado em inquérito policial.....	[ ]
L20. Suspensão condicional do processo	[ ]
L21. Aguardando julgamento ou sentença.....	[ ]
L22. Sursis ou em Liberdade condicional.....	[ ]
L23. Participando de um programa de justiça terapêutica	[ ]
L24. Outros ..... - ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena	[ ]

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal? [ ]
0 - Nada
1 - Levemente
2 - Moderadamente
3 - Consideravelmente
4 - Extremamente

(L26 – L30) ***Nos últimos 6 meses:***
Pré-A. Você _____?
[**NOTA:** Se Não, codifique 000 para **A.** e passe para o próximo item]
A. número de dias, últimos 6 meses
B. número de dias, últimos 30 dias

	A. Últ. 6 Meses	**B.** 30 Dias
L26. vendeu ou fabricou drogas? - traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L27. roubou alguém?	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L28. furtou alguma coisa, vendeu objetos roubados, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L28c. roubou em loja	[ ][ ][ ]	
L28d. praticou arrombamento	[ ][ ][ ]	
L28e. roubou veículo a motor	[ ][ ][ ]	
L28f. falsificou	[ ][ ][ ]	
L28g. fraudou	[ ][ ][ ]	
L28h. cometeu vandalismo	[ ][ ][ ]	
L28i. cometeu incêndio (premeditado)	[ ][ ][ ]	
L28j. roubou / danificou propriedade	[ ][ ][ ]	
L29. ameaçou ou agrediu alguém? ..... -com ou sem uma arma; - inclua violência doméstica, estupro e assassinato -exclua roubo	[ ][ ][ ]	[ ][ ]
L29c. ameaçou sem agressão física	[ ][ ][ ]	
L29d. agrediu fisicamente com uma arma	[ ][ ][ ]	
L29e. agrediu fisicamente sem uma arma	[ ][ ][ ]	
L29f. agrediu sexualmente	[ ][ ][ ]	
L29g. assassinou alguém	[ ][ ][ ]	
L29h. outro	[ ][ ][ ]	

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? **A.** Últ. 6 Meses **B.** 30 Dias
-portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc.
[exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]

L30c. carregar uma arma sem licença .....

L30d. prostituição / cafetinagem .....

L30e. jogo ilegal .....

L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?

L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

Família/Social: As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1-Sim, 0-Não
[**NOTA:** Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]

F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros[2] você tem?
-exclua parceiros sexuais/cônjugr, e quaisquer outros familiares adultos.
[**NOTA:** Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:
A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes. ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você: (1 – Sim, 0 – Não)	**A. Parceiro(s)**	**B.Parentes Adultos**	**C.Amigos Íntimos**
F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):			
F4. teve qualquer contato, como telefonemas, cartas ou e-mail (outro) com: -se F3+F4 = 0, Pule para F9			
F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas?			
F6. teve problema de relacionamento c/			
F7. teve qualquer discussão com:			
F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? -inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias			
F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com:			

F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1-Sim, 0-Não

Comentários: _____

---

[2] Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa freqüência e pode contar, sem conotação sexual.

F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1-Sim, 0-Não

F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1-Sim, 0-Não
ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.

F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos?
ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
0 - Nada
1 – Levemente
2 - Moderadamente
3 - Consideravelmente
4 - Extremamente

F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
0 - Nada
1 – Levemente
2 - Moderadamente
3 - Consideravelmente
4- Extremamente

F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
0 - Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 - Consideravelmente
4 - Extremamente

F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)? 1-Sim, 0-Não

F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas? 1-Sim, 0-Não

F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas? 1-Sim, 0-Não

---

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

F19. Você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? 1-Sim, 0-Não
-exclua reuniões de auto-ajuda ou AA

F20. Você fez algum trabalho voluntário? 1-Sim, 0-Não

F21. Você freqüentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1-Sim, 0-Não

F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
0 - Nada
1 – Levemente
2 - Moderadamente
3 - Consideravelmente
4 - Extremamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida. 1-Sim, 0-Não

F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? 0 → F26
-exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26

F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F25. Quando isso aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
-se nos últimos 30 dias, codifique "00 00"

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém que você conhecia? ☐ 0 → F29

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

F28. Quando aconteceu pela última vez? ☐☐ Anos Antes ☐☐ Meses Atrás
-Se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? ☐
- exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas
- exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra
0 → F32

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

F31. Quando aconteceu pela última vez? ☐☐ Anos Atrás ☐☐ Meses Atrás
-se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? ☐ 0 → F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra
-exclua abuso, crimes violentos como descritos acima

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

F34. Quando aconteceu pela última vez? ☐☐ Anos Atrás ☐☐ Meses Atrás
-se nos últimos 30 dias, codifique '00 00

F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? ☐ 0 → NOTA
-exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32

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

F37. Quando aconteceu pela última vez? ☐☐ Anos Antes ☐☐ Meses Antes
-se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

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

F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? ☐
-inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 – Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? ☐
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 – Levemente 4 - Extremamente
2 – Moderadamente

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

F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? ☐☐ 00 → F45

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

Filho 1	☐☐	Filho 6	☐☐
Filho 2	☐☐	Filho 7	☐☐
Filho 3	☐☐	Filho 8	☐☐
Filho 4	☐☐	Filho 9	☐☐
Filho 5	☐☐	Filho 10	☐☐

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

F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? ☐ 1-Sim, 0-Não

F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? ☐☐ Filhos
-inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial

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

F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? ☐ 1-Sim, 0-Não
-codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo

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

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

F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas? ☐
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 – Levemente 4 - Extremamente
2 – Moderadamente

F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo? ☐
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 – Levemente 4 - Extremamente
2 – Moderadamente

F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? ☐
-aconselhamento atual ou adicional
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 – Moderadamente

F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? ☐ 1-Sim, 0-Não

F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1-Sim, 0-Não
[**NOTA**: se nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? ☐ 1-Sim, 0-Não

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? ☐
- teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça
1-Sim, 0-Não

F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1-Sim, 0-Não

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Psiquiátrico: As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ☐☐ Vezes
ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)

P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? ☐ 1-Sim, 0-Não
0 → P4

P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? **A.** Últ. 6 meses ☐☐☐ **B.** 30 Dias ☐☐
000 → P4

P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? ☐
-inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. 0 →NOTA
-também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos
0 - Nenhuma
1 - 1-5 sessões
2 - 6-25 sessões
3 - 26-50 sessões
4 – mais de 50 sessões

P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? **A.** Últ. 6 meses ☐☐☐ **B.** 30 Dias ☐☐
000 → NOTA

[**NOTA:** Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]

P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez? ☐☐ Idade

P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica? ☐ 1-Sim, 0-Não

---

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código para A/B: **0 – Não** **1 – Sim** **2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.**

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., "Sim" pergunte: "Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?" e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 - P17): **A.** ***Na sua vida***
B. ***Durante qualquer um dos últimos 30 dias***
C. ***Há quantos dias você ___ pela última vez?***

Você (já):	A. Na vida	B. 30 Dias	C. Dias Atrás
P8. teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo? * dormir por toda a noite	▓	☐	▓▓
P9. sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? -nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P10	☐	☐	▓▓
P10. sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? -para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P11	☐	☐	▓▓
P11. teve alucinações? -viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram	☐ 0→P12	☐ 0→P12	☐☐
P12. teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?	☐ 0→P13	☐ 0→P13	▓▓
P13. (desde os 18 anos) teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?	☐ 0→P14	☐ 0→P14	☐☐
P14. (desde os 18 anos) empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?	☐ 0→P15	☐ 0→P15	☐☐
P15. teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?	☐ 0→P16	☐ 0→P16	☐☐
P16. tentou o suicídio (se matar)?	☐ 0→P17	☐ 0→P17	☐☐
P17. passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc. Especifique:_____	▓	☐	▓▓

[**NOTA:** Se todas P9 – P17 são 0-Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) ***Nos últimos 30 dias:***
-exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? ☐☐ Dias

P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos? ☐☐ Dias

P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? ☐
0 - Nada
1 - Levemente
2 – Moderadamente
3 - Consideravelmente
4 - Extremamente

P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos? ☐
0 - Nada
1 - Levemente
2 – Moderadamente
3 - Consideravelmente
4 - Extremamente

G15. Hora de Término: ☐☐ : ☐☐

Comentários: _____

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1-Ruim, 2-Satisfatória, 3-Boa ☐

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Lista de Álcool e Drogas

Álcool – cerveja, vinho, "coolers", destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha - cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-sêca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha "de laboratório", "supermaconha").

Sedativos – Barbitúricos- Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos- diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil),cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepan, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, bianca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, "crack", free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas - crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga "dos internautas", "pílula do vento" ou "pílula do medo".

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, "pó de anjo", mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, "X", "green", Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), "Mitsubish".

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcan), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou "special K" ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

.

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Principais Grupos de Ocupação

1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)

2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais
(ex. Chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)

3 – Ocupações de Venda
(ex. Corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)

4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório
(ex.supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)

5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
(ex.mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricistas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, montadores de equipmentos eletrônicos, açougueiro, padeiro, calibrador, operadores de sistema hidráulicos).

6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)

7 – Ocupações de Transporte e Mudança
(ex. Motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés)

8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário
(ex.pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)

9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos
(ex. Serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)

10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda

11 – Trabalhadores Rurais

12 – Militar

13 – Empregados Domésticos
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)

14 – Outra

© 2004 University of Pennsylvania

ASI6

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

© 2004 University of Pennsylvania

Anexo 5 – Formulário Semiestruturado

USUÁRIOS DE CRACK: PREVALÊNCIA E PERFIL DE PACIENTES EM TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Nome do paciente: _____

Avaliador: _____

Período de avaliação: _____

1. Sintomas físicos apresentados no período:

Sintoma	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem5	Sem6	Sem7	Sem8	Sem9	Sem10	Sem11	Sem12	Sem13	Sem14
A- tosse intensa														
B- dores de cabeça														
C- dor de dente														
D- diarréia														
E- febre														
F- alergia														
G- outras														

2. Sintomas psicológico-psiquiátricos apresentados no período:

Sintoma	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem5	Sem6	Sem7	Sem8	Sem9	Sem10	Sem11	Sem12	Sem13	Sem14
A- fissura														
B- fissura tabaco														
C- irritabilidade														
D- raiva														
E- paranoia														
F- problemas com sono														
G- sonolência														
H- stress														
I- depressão														
J- falta ou excesso de apetite														
K- falta de concentração/														
L- memória/atenção														
M- ansiedade														
N- comportamento violento														
O- outras														

3. Adesão ao tratamento:

A- continua no tratamento, participando de														
B- continua no tratamento, porém não aderiu														
C- desistiu do														
D- depois de saída, voltou ao														
E- recaiu.														
F- lapso.														
G- fugiu.														
H- outras														