

Rogério Gonçalves do Amaral

**Padrão de consumo e evolução para dependência de
pacientes internados por uso de crack**

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Junho de 2011

Rogério Gonçalves do Amaral

**Padrão de consumo e evolução para dependência de
pacientes internados por uso de crack**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para
obtenção do título de mestre em Saúde e Comportamento.

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Junho de 2011

Agradecimentos

Ao Prof. Fernando Barros, a quem admiro por sua inteligência e capacidade de associar fatos, por vezes, distantes de sua realidade, com arte e presteza. Um incentivador, cheio de otimismo e energia, em todas as orientações.

A Luciana Quevedo, que contribuiu com muitas idéias para formulação final do artigo e se esmerou no auxílio à análise estatística.

A Camila Peter, que abdicou de vários finais de semana, dedicando-se as entrevistas e digitação de dados.

Aos pacientes que cordialmente aceitaram participar deste estudo. “Só por hoje” e “Sozinho eu não consigo”.

Rogério Gonçalves do Amaral

Do primeiro contato à dependência de crack: Tempo para se tornar dependente e fatores relacionados

**Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, Novembro de 2009**

Rogério Gonçalves do Amaral

Do primeiro contato à dependência de crack: Tempo para se tornar dependente e fatores relacionados

Projeto de pesquisa elaborado para o Mestrado em Saúde e Comportamento da UCPEL, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando C. Barros.

Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, Novembro de 2009

Sumário:

I. Identificação.....	8
1.1 Título.....	8
1.2 Mestrando.....	8
1.3 Orientador.....	8
1.4 Instituição.....	8
1.5 Linha de pesquisa.....	8
1.6 Data.....	8
II. Delimitação do Problema.....	9
2.1 Introdução.....	9
2.2 Objetivos.....	10
2.3 Hipóteses.....	10
III. Revisão de Literatura.....	11
3.1 Estratégias de busca.....	14
IV. Métodos.....	15
4.1 Delineamento.....	15
4.2 Amostra.....	15
4.2.1 Tamanho da amostra.....	15
4.3 Instrumentos.....	15
4.4 Coleta de dados.....	16
4.5 Processamento e análise dos dados.....	16
4.6 Divulgação dos Resultados.....	16
4.7 Considerações éticas.....	16
4.8 Cronograma.....	17
4.9 Orçamento.....	17
V. Referências.....	18
VI. Anexos.....	21
ANEXO A – Questionário Padronizado.....	21

ANEXO B– Diretrizes diagnósticas para síndrome de dependência	24
ANEXO C– Consentimento livre e esclarecido	25
ANEXO D –Consentimento Livre e Esclarecido para os pais.....	26
Artigo.....	27

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Do Primeiro Contato À Dependência de Crack: Tempo Para Se Tornar Dependente e Fatores Relacionados

1.2. Mestrando: Rogério Gonçalves do Amaral

1.3. Orientador: Prof. Dr. Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros

1.4. Instituição: Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Linha de Pesquisa: Epidemiologia

1.6. Data: Novembro de 2009.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução:

O crack é o resultado da adição de bicarbonato de sódio e adulterantes ao cloridrato de cocaína. Após o aquecimento dessa mistura é obtido um resíduo seco que é vendido na forma de pequenas “pedras” que podem ser fumadas em cachimbos, cigarros e objetos improvisados, como conexões de pvc e em latas de alumínio. O nome crack vem do barulho que é produzido pela quebra dessas pedras¹.

O crack é extremamente potente e aditivo. Há relatos de que apenas uma ou duas vezes em que é experimentado pode ser o suficiente para causar intensa falta da droga e procura por mais. Os usuários frequentemente se comportam de forma violenta para conseguir dinheiro para comprar mais droga².

O uso do crack está relacionado à uma série de malefícios para saúde, como complicações cardiovasculares, pulmonares, intoxicação por alumínio e déficits cognitivos.^{3,4,5}

O perfil predominante dos usuários de crack são homens jovens de classe socioeconômica baixa e poucos anos de educação formal, frequentemente desempregados. O padrão mais comum de consumo da droga é a forma compulsiva, caracterizada pelo uso de múltiplas drogas e levando a atividades ilegais em troca de crack ou dinheiro.⁶

Em uma pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades brasileiras realizada em 2001 foi estimado que 2,3 % da população já havia experimentado cocaína alguma vez na vida e 0,4% das pessoas já haviam usado crack. Contudo, a estimativa para o crack foi pouco precisa e deve ser vista com cautela⁷. É uma droga muito mais comum entre os jovens. Entre estudantes de São José do Rio Preto – SP a prevalência na vida do uso de crack foi 1,4%⁸.

Medidas de prevenção e tratamento à dependência ao crack não estão bem estabelecidas⁹. O contexto cultural e social deve ser valorizado quando se procura compreender o fenômeno da dependência química. Propagandas anti-drogas parecem ser eficazes, particularmente, para aqueles que nunca experimentaram determinado tipo de droga. Para isso é necessário conhecimento do perfil, condições e motivações que levam uma determinada população a iniciar um tipo específico de substância psicotrópica¹⁰. Apesar de se falar amplamente que o crack leva a dependência em curtíssimo período de tempo, há uma ausência de estudos que documentem este fato e que permitam mais subsídios para a prevenção e tratamento desta doença.

2.2 Objetivos:

Primário:

- Identificar entre os pacientes dependentes de crack o tempo médio que levam do momento em que experimentam crack pela primeira vez até se tornarem dependentes desta substância.

Secundários:

- Identificar as drogas usadas antes e após o início da experimentação do crack.
- Avaliar as estratégias usadas pelos dependentes de crack para manter seu vício.
- Identificar fatores que dificultam a interrupção do uso do crack.
- Na progressão do consumo da droga identificar os recursos utilizados para manutenção do uso do crack.

2.3 Hipóteses:

- O crack é uma droga em que a dependência ocorre de forma muito rápida em relação a outras substâncias e cocaína inalada.
- Os pacientes dependentes de crack são usuários de múltiplas drogas.
- A facilidade de acesso ao crack e a permanência do paciente no meio no qual costumava consumir a substância dificultam a interrupção do uso do crack.
- Há uma progressão nos meios para obtenção da droga, vendendo inicialmente seus pertences e de seus familiares, pedindo dinheiro a estranhos até chegar ao ponto de cometer crimes mais graves.

III. REVISÃO DE LITERATURA

Os pacientes dependentes de crack estão muito mais expostos que a população geral a uma grande quantidade de fatores que colocam em risco sua saúde física e mental. Também causam transtornos para seus familiares e para sociedade por frequentemente se envolverem em atividades ilícitas ou criminosas.

Os usuários de crack apresentam mais comportamentos de risco relacionados a doenças sexualmente transmissíveis quando comparados à população geral, mesmo quando têm acesso à informações, por não colocá-las em prática. Em um estudo realizado na cidade de Campinas – SP com 132 usuário de crack, a soroprevalência para HIV foi de 7%, menor que para os usuários de cocaína injetável que era de 33%, mas maior que na população geral¹¹.

Mortes por homicídio em usuários de crack são bem mais comum que na população geral. Num seguimento na cidade de São Paulo de 131 usuários de crack durante cinco anos, 17% tinham morrido no final do quinto ano. O homicídio foi a principal causa mortis, responsável por mais de 50% dos óbitos¹². Em um estudo inglês dependentes de crack se envolviam com muito mais frequência em atividades criminosas do que dependentes de álcool e cocaína inalável¹³.

O crack está associado com aumento na frequência e intensidade de sintomas mentais e comportamentos disfuncionais. Paranóia ocorre em 68% a 84% dos pacientes. Comportamentos violentos ocorrem em cerca de 55% dos pacientes com sintomas psiquiátricos induzidos pelo crack¹⁴.

Suicídio pode ser visto como uma forma de comportamento violento auto-destrutivo. Em um estudo na cidade de Nova York, a cocaína estava presente em um em cada cinco casos de suicídio. Suicídio pode ocorrer em consequência da depressão freqüente em usuários de crack¹⁵.

Quando se analisa populações cumprindo medidas penais, a prevalência de uso de crack é muito alta. Em um levantamento com 48 menores infratores em São José do Rio Preto – SP, 66% desses adolescentes diziam usar crack¹⁶.

Na maioria dos casos de dependência de crack existe uma escalada entre drogas legais e ilegais até o primeiro contato com o crack. Um estudo qualitativo revelou que a identificação de uma seqüência de drogas parece estar mais associada a fatores externos (pressões de grupo,

influência do tráfico etc.) do que à preferência do usuário. Foram identificadas duas progressões diferentes: entre os mais jovens (<30 anos), cuja escalada começou com o cigarro e/ou álcool e passou pela maconha e cocaína aspirada até o uso de crack; e os mais velhos (>30 anos), que iniciaram o uso de drogas pelo cigarro e/ou álcool, seguido de maconha, medicamentos endovenosos, cocaína aspirada, cocaína endovenosa e, por fim, crack¹⁷.

Em um estudo na capital paulista com 294 usuários de cocaína, mais de 50% já tinham experimentado cinco diferentes substâncias além da cocaína. A idade média dos usuários era de 27 anos e 90% eram homens. Em média usavam cocaína por pelo menos seis anos com início por volta dos 18 anos. Nesta amostra 82% já tinham usado crack¹⁸.

Pacientes internados em hospitais paulistanos que eram dependentes de cocaína fumada apresentavam baixa escolaridade, encontravam-se mais frequentemente desempregados, haviam morado nas ruas, usavam maiores quantidades de droga e tinham sido presos em maior número de vezes do que aqueles que usavam outras vias de administração da droga¹⁹.

Apesar da relevância do tema, informações sobre o consumo de crack e características do dependente no Brasil ainda são insuficientes, especialmente baseadas em evidências científicas e capazes de lidar com todas as especificidades relacionadas à prevenção e tratamento desta dependência²⁰.

Seleção de estudos sobre o tema:

Autor,ano e país.	População estudada	Instrumento Utilizado	Metodologia	Resultados	Limitações
Ferreira et al, 2003, Brasil.	440 dependentes químicos internados em hospitais de São Paulo.	Questionário padronizado	Estudo transversal	38,4% eram usuários de crack. Os usuários de cocaína fumada apresentavam baixa escolaridade, tinham morado na rua e usavam maior quantidade de drogas que os que utilizavam outra via de administração	Amostra de conveniência
Sanchez et al, 2002, Brasil.	31 usuários ou ex-usuários de crack	Entrevistas e questionários semi-estruturados	Metodologia qualitativa (Análise do Conteúdo)	Os usuários avançam numa seqüência de drogas em busca de emoção até encontrar uma droga que impossibilite a troca, nesta amostra foi o crack	Impossibilidade de generalizar os resultados.
Silva et al, 2006, Brasil	1041 estudantes do ensino médio	Questionários autopreenchíveis	Estudo transversal	A prevalência de consumo na vida de cocaína foi de 3,3% e de crack foi de 1,4%	O questionário foi aplicado em um único dia, dessa forma os resultados podem estar subestimados, uma vez que os faltosos poderiam ser os que usavam as drogas mais pesadas.
Ribeiro et al, 2006, Brasil.	131 usuários de crack acompanhados durante cinco anos.	Entrevista estruturada	Estudo de coorte	23 pacientes morreram até o quinto ano, sendo 13 assassinados.	Todos os pacientes eram de uma mesma clínica, assim os dados não podem ser generalizados.

3.1 Estratégias de busca:

- Pubmed- busca realizada por palavras:

#1- crack cocaine: 1654 resumos

#2- crack cocaine and epidemiology: 707 resumos

#3- crack cocaine and Brazil: 43 resumos

#4- Crack cocaine and qualitative research: 39 resumos

- SCIELO- busca realizada por palavras

#1- crack cocaine: 34 resumos

- LILACS- busca realizada por palavras

#1- Crack and Cocaine: 92 resumos

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

IV. MÉTODOS

4.1. Delineamento:

Será realizado um estudo transversal com amostra de conveniência.

4.2 Amostra:

A amostra deste estudo será composta por pacientes internados com diagnósticos de transtorno mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína e transtorno mentais e de comportamento decorrentes de múltiplas drogas, utilizando-se os critérios da classificação internacional das doenças (CID–10). As condições clínicas específicas são de síndrome de dependência, atualmente abstinentes, porém em ambiente protegido. Uma das substâncias que eram dependentes deverá ser o crack.

Será uma amostra intencional com pacientes do sexo masculino e feminino com idade igual ou superior a 14 anos internados no Hospital Espírita de Pelotas.

Serão excluídos pacientes que apresentem-se psicóticos no momento da entrevista ou aqueles que possuam dificuldade de entender a finalidade do estudo.

4.2.1 Tamanho da amostra:

Será constituída por 150 pacientes que é uma estimativa das internações num período de cinco meses, já considerando uma margem de recusas e exclusões de 25%.

4.3 instrumento:

Um questionário padronizado (anexo A) com dados pessoais, familiares, sócio-econômicos e tópicos relacionados ao uso do crack abordados durante uma entrevista realizada por médico psiquiatra. O tempo de dependência será mensurado com auxílio dos critérios diagnósticos da CID – 10 (anexo B), ele é composto de seis itens e só deverá ser realizado um diagnóstico de dependência quando pelo menos três requisitos tenham sido experienciados em conjunto por um período de tempo mínimo de um mês.

4.4 Coleta de dados:

Os dados serão coletados por meio de entrevista realizada após o décimo dia de internação hospitalar, em sala fechada permitindo manutenção do sigilo e evitando interrupções. A entrevista durará em média 40 minutos.

4.5 Processamento e análise dos dados:

Os questionários serão codificados e será realizada dupla digitação dos dados no programa Epi Info 6, para posterior análise dos dados no pacote estatístico SPSS 10.0 for Windows.

4.6 Divulgação dos Resultados:

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigo sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, aos médicos assistentes e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.7 Considerações éticas:

Nesta pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Todos pacientes e pais ou responsáveis legais dos menores de 18 anos receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento livre e esclarecido” (ANEXOS C e D).

Será assegurado o direito a confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os pacientes não possam ser identificados.

As entrevistas realizadas trazem benefícios aos pacientes, pois qualquer risco maior para saúde deles será comunicado ao médico assistente e o conhecimento gerado com este trabalho permitirá um melhor entendimento destes pacientes e conseqüentemente um melhor tratamento dos mesmos.

4.8 Cronograma:

Atividades	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Revisão de Literatura	X	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Período de entrevistas					x	x	X	x	x				
Digitação dos dados								x	x	x			
Análise dos resultados							X	x	x	x			
Apresentação da dissertação											x		
Divulgação dos resultados												x	x

- O mês 1 refere-se a novembro de 09.
- As entrevistas só iniciarão após aprovação pelo comitê de ética

4.9 Orçamento:

Não há financiamento para este estudo. Todas as despesas serão custeadas pelo mestrando responsável.

Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Valor Total (R\$)
Material de Consumo			
Custo com transporte	40 Número de idas ao Hospital	2,79 Gasto Médio com combustível	111,60
Fotocópias dos questionários	900	0,08	72,00
Total (R\$) →			183,60

5. REFERÊNCIAS

1. Inciardi JA. Beyond cocaine: basuco, crack and other coca products. *Contemp. Drug Probl* 1987; 14: 461-92
2. Sadock BJ, Sadock VA. Substance – related disorders. *Synopsis of Psychiatry*. 2002; 12: 430.
3. Gazoni FM, Truffa AAM, Kawamura C, Guimarães HP, Lopes RD, Sandre LV et al . Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. *Rev. bras. ter. intensiva* 2006 ; 18(4): 427-432.
4. Terra FM, Yen CC, Santos UP, Muñoz DR. Pulmonary alterations in cocaine users. *Sao Paulo Med. J.* 2004 ; 122(1): 26-31.
5. Cunha PJ, Nicastri S, Gomes LP, Moino RM, Peluso MA. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004 ; 26(2): 103-106.
6. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 Aug ; 42(4): 664-671.
7. Gauduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carline EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidade do país – 2001. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005;13:888-95.

8. Silva EF, Pavani RAB, Moraes MS, Chiaravalloti NF. Drug abuse prevalence among secondary school students in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* . 2006 June ; 22(6): 1151-1158.
9. Laudet AB. What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice . *J. Subst. Abuse Treat.* 2007 Oct; 33(3): 243-56.
10. Block LG, . Morwitz VG, Putsis WP, Sen Sk. Assessing the Impact of Antidrug Advertising on Adolescent Drug Consumption: Results From a Behavioral Economic Model. *Am J Public Health.* 2002 August; 92(8): 1346–1351.
11. Azevedo RCS , Botega NJ, Guimarães LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007 ; 29(1): 26-30.
12. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias A C, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006 ; 28(3): 196-202.
13. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: Differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol and Alcoholism* 2006 41(2):121-125
14. Morton A W. Cocaine and Psychiatric symptoms. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry.* 1999 August; 1(4): 109–113
15. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, et al. Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one – year period. *Am J Psychiatry.* 1992; 149: 371 – 375.
16. Priuli RMA, Moraes MS. Adolescents in conflict with the law. *Ciênc. saúde coletiva* 2007 ; 12(5): 1185-1192.
17. Sanchez ZM, Nappo SA. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Rev. Saúde Pública* . 2002 ; 36(4): 420-430.

18. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine – profiles, drug histories and patterns of use of patients from Brazil. *Subst. Use Misuse*. 1999 Sep; 34(11):1527-48.
19. Ferreira FOF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatric hospitals, Brazil. *Rev. Saúde Pública* . 2003 Dec ; 37(6): 751-759.
20. Duailibi L B, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública* . 2008 Nov 11.
21. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Tratamento de dados qualitativos. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 2000; 111-12.

VI. ANEXOS**ANEXO A – Questionário Padronizado****UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

1- Número do questionário: ___

2- Nome:

3- Idade em anos completos: __

4- Sexo masculino feminino

5- Cor: branco negro pardo outro _____ (perguntar ao entrevistado)

7- Dias de internação hospitalar: ___ dias

8- Quantas vezes já esteve hospitalizado pelo uso do crack?

9- Motivos de outras hospitalizações:

Hosp 1:

Hosp 2:

Hosp 3:

10 -Estado civil: solteiro casado mora com companheiro(a)

11- Modalidade de moradia nos 30 dias antes da internação: mora só em casa mantida pelo próprio paciente mora com os pais mora com esposa ou companheira mora em albergue mora em hotel, pensão ou casa mantida pelos pais sem local de moradia outros _____

12- Tem filhos? sim não

13- Se sim: quantos filhos: __

14- Escolaridade: 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo superior incompleto superior completo

15- Profissão: _____

16-Renda do entrevistado

Você trabalhou nos últimos seis meses antes de hospitalizar?

Em que trabalhou?

Quanto ganhou?

17- Renda média per capita familiar no último ano em salários mínimos

:

Quantas pessoas moram na casa?

Quanto ganha cada pessoa que trabalha por mês?

Renda pessoa 1:

Renda pessoa 2:

Renda pessoa 3:

Renda pessoa 4:

Renda pessoa 5:

18- Motivos da internação no prontuário:

19-Co-morbidade

21- Há quanto tempo usa crack?

22- Quanto usou de crack por semana no último mês antes da internação?

23- Quanto gastou com o crack no último mês antes da internação?

24- Como fazia para pagar pelo crack?

pagava com dinheiro do salário fazia bicos (qualquer trabalho informal com intuito de compra imediata do crack) pedia dinheiro na rua entregava pertences seus aos traficantes entregava pertences de sua família aos traficantes roubava assaltava comprava fiado prostituía-se traficava outros, especificar _____

25- Com quem usa crack com mais frequencia?

companheiro marital amigos só outros _____

26- Para você ter acesso ao crack é:

Muito fácil fácil difícil extremamente difícil

27- Quanto tempo você leva para conseguir crack quando sente fissura?

28- Que drogas experimentou antes do crack?

Drogas lícitas: a tabaco b álcool

Drogas ilícitas: c opióides d maconha e sedativos f cocaína em pó
g estimulantes h alucinógenos i solventes voláteis

29- Que drogas continuou usando com o crack?

Drogas lícitas: a tabaco b álcool

Drogas ilícitas: c opióides d maconha e sedativos f cocaína em pó
g estimulantes h alucinógenos i solventes voláteis

Especificar se houve aumento ou diminuição da quantidade e frequência de cada droga da pergunta anterior após início do uso do crack, ou ainda se houve uso de alguma substancia na tentativa de diminuir quantidade de crack fumado ou diminuir a fissura pelo crack _____

30- Já esteve preso?

31- Se sim: motivo da prisão

32- Número de prisões ____

ANEXO B – Critérios da CID – 10 para dependência e tempo que cada requisito foi experienciado após primeiro contato com o crack.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

Tempo da primeira experimentação do crack até tornar-se dependente desta substância:

O diagnóstico de dependência deverá ser realizado somente quando três requisitos tenham sido experienciados em conjunto por um período mínimo de um mês.

A – forte desejo ou senso de compulsão para consumir crack:

__dias __meses __anos () Não apresentou

B- dificuldade em controlar o comportamento de consumir crack em termos de seu início, término ou quantidade..

__dias __meses __anos () Não apresentou

C- parando ou diminuindo o uso do crack apresentou irritabilidade, fadiga, pesadelos vívidos, insônia ou hipersonolência, aumento do apetite, agitação ou retardo psicomotor, outros- especificar _____ ou teve que evitar cessar seu uso para evitar ou aliviar esses sintomas.

__dias __meses __anos () Não apresentou

D- Teve aumentar a porção de crack fumada (pedras maiores ou mais de uma pedra fumada de uma vez) para alcançar o mesmo efeito de antes:

__dias __meses __anos () Não apresentou

E- abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso do crack, aumento da quantidade de tempo necessário para obter crack , fumá-lo ou se recuperar de seus efeitos.

__dias __meses __anos () Não apresentou

F- persistência no uso do crack, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, como humor depressivo após o uso ou comprometimento do funcionamento cognitivo.

__dias __meses __anos () Não apresentou

ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA “DO PRIMEIRO CONTATO À DEPENDÊNCIA DO CRACK: TEMPO PARA SE TORNAR DEPENDENTE E FATORES RELACIONADOS”.

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo investigar quanto tempo leva desde o primeiro contato com o crack até o paciente ficar dependente desta droga e outros fatores relacionados a hábitos ligados ao uso do crack e dessa forma poder dar subsídios para métodos de tratamento e prevenção desta dependência.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, participará de uma entrevista com médico psiquiatra na qual responderá a um questionário com perguntas relacionadas à dependência de crack e informações do seu prontuário médico serão coletadas.

Os dados fornecidos por você durante a entrevista serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao seu estado de saúde, mas se durante a entrevista for identificado risco imediato para sua vida, esse risco será comunicado ao seu médico e ao médico de plantão. Posteriormente, as informações deste estudo estarão a disposição do seu médico assistente podendo beneficiar seu próprio tratamento.

Você é livre para recusar a participar deste estudo ou abandonar o estudo em qualquer momento e sem nenhum prejuízo ou dano e está assegurado a continuação do tratamento.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser solicitadas através do médico psiquiatra responsável pelo estudo (Rogério Gonçalves do Amaral) pelo telefone 53-81164708

Declaração do Paciente:

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do paciente para esclarecer as suas dúvidas. O paciente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador responsável: _____

Data: ___/___/_____

ANEXO D – Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS DE PACIENTES DA PESQUISA “DO PRIMEIRO CONTATO À DEPENDÊNCIA DO CRACK: TEMPO PARA SE TORNAR DEPENDENTE E FATORES RELACIONADOS”.

A pesquisa que estamos convidando seu filho a participar tem como objetivo investigar quanto tempo leva desde o primeiro contato com o crack até o paciente ficar dependente desta droga e outros fatores relacionados a hábitos ligados ao uso do crack e dessa forma poder dar subsídios para métodos de tratamento e prevenção desta dependência.

Se você permitir que seu filho participe deste estudo, ele será entrevistado por um médico psiquiatra respondendo a um questionário com perguntas relacionadas à dependência do crack e informações do seu prontuário médico serão coletadas.

Os dados fornecidos por seu filho durante a entrevista serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao estado de saúde de seu filho, mas se durante a entrevista for identificado risco imediato para sua vida, esse risco será comunicado ao seu médico e ao médico de plantão. Posteriormente, as informações deste estudo estarão à disposição do médico assistente de seu filho podendo beneficiar seu próprio tratamento.

Você é livre para recusar a participação de seu filho deste estudo ou abandonar o estudo em qualquer momento e sem qualquer prejuízo ou dano e está assegurado a continuação do tratamento.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser solicitadas através do médico psiquiatra responsável pelo estudo(Rogério Gonçalves do Amaral) pelo telefone 53-81164708

Declaração do Paciente:

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, permito a participação do meu filho na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do pai ou responsável legal para esclarecer as suas dúvidas. O pai ou responsável legal compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador responsável: _____

Data: __/__/__

Padrão de consumo e evolução para dependência de pacientes internados por uso de crack

Consumption pattern and progression to dependence in hospitalized patients with crack cocaine use

Autores:

Rogério Gonçalves do Amaral¹

Fernando Celso Lopes Fernandes de Barros¹

¹ Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento- Universidade Católica de Pelotas

Autor Correspondente:

Rogério Gonçalves do Amaral

Email: amaralrg@gmail.com

Rua Almirante Barroso, 1202 sala g 103

CEP: 96010-280

Pelotas/RS

RESUMO

Objetivos: Estudar o perfil e padrões de consumo de pacientes internados por uso de crack, e estimar o tempo para se tornar dependente após experimentar crack pela primeira vez.

Métodos: Estudo transversal com 162 pacientes internados para desintoxicação em um hospital psiquiátrico em Pelotas, Rio Grande do Sul. Utilizou-se um questionário para avaliar características sociodemográficas, estratégias usadas para adquirir crack, acesso à droga e história penitenciária criminal. Os critérios da CID-10 para síndrome de dependência foram usados para estimar o tempo em que o paciente se tornou dependente após experimentar a primeira pedra de crack.

Resultados: A maioria dos pacientes era homens jovens (82,1%), com baixa escolaridade e renda. A principal estratégia ilegal para conseguir crack foi furtar, seguida por assaltos e tráfico de drogas. O acesso à droga foi considerado muito fácil (49,4%) ou fácil (42%) pela maioria dos usuários, sendo que 86% tinham acesso ao crack em menos de 30 minutos. Dois meses após experimentarem a primeira pedra de crack, 44% já se tornaram dependentes, e esta proporção aumentou para 73% aos seis meses e 87% com um ano.

Conclusões: O crack é uma substância com acesso muito fácil que leva a dependência em período muito curto e com um impacto importante no aumento da violência na sociedade.

Palavras-chave: crack, dependência de drogas, pacientes internados.

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the profile and patterns of consumption of crack cocaine users who were hospitalized in Pelotas, Southern Brazil. Also, it was estimated the time to become addict, since the moment crack cocaine was used by the first time. .

Methods: Cross-sectional study of 162 patients with the help of a structured questionnaire evaluating socio-demographic characteristics, strategies used to obtain the drug, ways of access to the drug, and criminal history. ICD-10 criteria were used to estimate the time between first use and addiction.

Results: Most patients were young men (82,1%) with low literacy level and low income. The main strategy to obtain the drug was stealing, assaulting and drug traffic. The access to drugs was considered very easy (49,4%) or easy (42%) by most of the addicts, and 86% were able to obtain the drug in less than 30 minutes. After two months of having used crack for the first time, 44% were addicts, and this proportion increased to 73% with six months of use and 87% after one year.

Conclusions: Crack cocaine is very easy to obtain and it leads to addiction in a short period of time. As it is widely used, and criminal acts are commonly used for its achievement, crack cocaine is an important reason for the increase of violence in urban societies.

Key-words: crack cocaine, drug addiction, hospitalizations.

INTRODUÇÃO

O crack é uma apresentação sólida da cocaína, que é aspirada em combustão, tendo um efeito quase imediato e intensamente prazeroso. A curta duração do efeito, em torno de cinco minutos, faz com que o usuário utilize a droga com uma frequência crescente e contínua¹. Estas características do crack parecem levar a um quadro de dependência muito maior que a cocaína usada por via inalada ou endovenosa^{1,2,3}.

Esta droga surgiu nos Estados Unidos na década de 1980, e no Brasil está presente há aproximadamente 20 anos, tendo sido registrado um aumento contínuo de seu consumo neste período⁴. Em levantamento domiciliar realizado nas 108 maiores cidades do Brasil foi estimado que 0,7% da população já haviam experimentado crack, com um cenário de maior utilização no sul do país, onde 2,2% dos homens haviam usado a droga pelo menos uma vez na vida⁵.

O acesso ao crack parece estar sendo facilitado pela existência de múltiplos pontos de venda e relatos de entrega a domicílio⁶. O crack é vendido em forma de pedras que têm o preço unitário relativamente baixo, o que facilita a sua experimentação. Como seu uso costuma se tornar compulsivo, com o tempo os gastos com a droga se tornam muito altos, levando com muita frequência o usuário a cometer atos delituosos para obter mais crack. As consequências negativas desta epidemia são cada vez mais visíveis para os dependentes e a sociedade. Em um estudo que acompanhou 131 usuários de crack por cinco anos, 17,6% dos usuários faleceram neste período, sendo os homicídios a causa mais prevalente do óbito⁷.

Devido à percepção da gravidade e rapidez da instalação da dependência de crack, campanhas de prevenção e consultorias do governo afirmam que três ou quatro doses de crack, ou até mesmo a primeira, podem tornar o usuário completamente viciado^{8,9}. Contudo, ainda há uma deficiência de estudos que documentem este fato e forneçam mais subsídios para a compreensão da evolução desta doença.

O presente trabalho teve como objetivo estudar as características sociais e demográficas das pessoas hospitalizadas por uso de crack em uma instituição psiquiátrica na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Procurou-se, também, avaliar as formas de aquisição de crack pelos usuários e a frequência de atividades delituosas decorrentes dessa necessidade. Finalmente, estimou-se o tempo decorrido entre a primeira experimentação do crack pelos usuários e o momento em que se estabeleceu a dependência.

MÉTODOS

Estudo transversal com dependentes de crack maiores de 14 anos, internados no Hospital Espírita de Pelotas, Rio Grande do Sul, entre 01 novembro de 2010 a 30 de abril de 2011. O critério de inclusão foi estar em condições clínicas de responder ao questionário e concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de informações foi feita por meio de entrevistas estruturadas, aplicadas individualmente por um médico psiquiatra e uma psicóloga. Foi utilizado um questionário, testado anteriormente em um estudo piloto, sobre variáveis sócio-demográficas como ocupação e renda individual nos seis meses anteriores à entrevista, idade, sexo, cor da pele, estado civil e escolaridade. Foram também investigados a história penitenciária, envolvimento com crimes e outras atividades ilícitas, padrão de consumo e meios utilizados para obtenção da droga.

A facilidade de acesso ao crack foi avaliada através de estimativa, realizada pelo próprio usuário, do tempo decorrido entre a vontade de utilizar a droga e o momento em que obtinha a pedra. Para obter uma mensuração do momento em que ocorreu a dependência de crack, foi solicitado ao paciente que estimasse com a maior precisão possível quanto tempo após a primeira experimentação da droga vivenciou cada um dos seis critérios da CID-10 para síndrome de dependência¹⁰, que foram adaptados para o uso de crack: a) ter forte desejo ou senso de

compulsão para consumir crack; b) ter dificuldade em controlar o comportamento de consumir crack em termos de seu início, término ou quantidade; c) havendo parado ou diminuído o uso do crack, ter apresentado irritabilidade, fadiga, pesadelos vívidos, insônia ou hipersonolência, aumento do apetite, agitação, retardo psicomotor ou outros sintomas; se teve que evitar cessar seu uso para não apresentar ou aliviar esses sintomas; d) ter que aumentar a porção de crack fumada (mais pedras ou uma pedra maior) para alcançar o mesmo efeito de antes; e) ter abandonado progressivamente prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de crack, aumentando a quantidade de tempo necessário para obter crack, fumá-lo ou se recuperar de seus efeitos; f) ter persistência no uso de crack, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, como humor depressivo após o uso ou comprometimento do funcionamento cognitivo. Os itens (a) e (d) acima visaram avaliar fissura e tolerância, respectivamente¹¹.

O entrevistador explicava cada um dos itens de forma clara e em linguagem inteligível para o paciente. Verificava-se o momento em que iniciara cada item da CID-10, sua persistência ao longo do tempo e quando pelo menos três critérios se tornaram simultâneos. Considerou-se que o paciente se tornava dependente no período de tempo correspondente a um mês de vivência em conjunto de pelo menos três itens, uma vez que esse é o tempo mínimo e a quantidade de itens necessários para fazer o diagnóstico de síndrome de dependência pela CID-10.

Após a coleta de dados, os questionários foram codificados e digitados no programa Epi Info 6.0. Para a análise dos dados foi realizada análise univariada para obtenção das frequências das variáveis e análises bivariadas para avaliar a relação entre as variáveis de exposição e desfecho.

Este trabalho foi aprovado para o Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas sob o protocolo de número 2009/78.

RESULTADOS

Duzentos e cinquenta e oito pacientes que usavam como droga principal o crack foram internados no Hospital Espírita de Pelotas no período de 01 novembro de 2010 a 30 de abril de 2011. Destes, 96 pacientes (38%) foram excluídos do estudo por apresentarem déficit intelectual, quadro psicótico, por não preencherem os critérios da CID -10 para dependência e por fuga ou alta a pedido antes da realização da entrevista. Assim, a amostra final do foi composta por 162 indivíduos.

A Tabela 1 mostra as características da amostra. A maioria dos pacientes (82,1%) era do sexo masculino e as idades variaram de 14 a 52 anos, sendo a média de 26,3 (Desvio Padrão - DP- 8,0). Cerca de um terço dos indivíduos não tinha fonte de renda, e 35% recebiam entre um e dois salários mínimos mensalmente. Metade dos pacientes era de cor branca, 64% eram solteiros, 73% não haviam completado o ensino fundamental. Com relação ao tipo de trabalho, um terço dos indivíduos trabalhou na área de construção civil nos últimos seis meses que antecederam a hospitalização.

Em relação ao padrão de uso de crack (dados não contidos nas tabelas), os pacientes utilizavam de 1 a 500 pedras por semana, sendo a média 62,8 (DP – 76,7). O gasto mensal médio com a droga foi de R\$ 918,00, sendo que dois terços dos pacientes gastavam mais dinheiro do que recebiam. Estratégias múltiplas eram utilizadas para obter o crack, sendo as mais comuns a venda ou entrega para os traficantes de bens próprios ou da família (77%), a utilização do próprio salário (63%), furtos (57%), assaltos (20%), biscates (44%), mendicância (36%), venda de drogas (10%). Em uma pequena percentagem (2,4%) a família fornecia dinheiro para a compra. Das mulheres entrevistadas, 45% se prostituíam para conseguir a droga.

A Tabela 2 mostra que um terço dos pacientes utilizava mais de 70 pedras por semana, e que a maioria, 86% tinham acesso à droga em menos de 30 minutos. Assim, metade dos usuários percebia o acesso à droga como muito fácil, e 44% utilizavam a droga com amigos.

A Tabela 3 descreve a história penitenciária dos indivíduos estudados. Observou-se que um terço dos pacientes já havia sido preso, sendo 52% por furtos; 6,2% já haviam sido presos mais de uma vez.

A Figura 1 mostra o tempo para o início de cada um dos critérios de dependência da CID-10 após a experimentação do crack pela primeira vez, segundo o relato dos usuários. Quase 20% dos usuários já iniciaram o preenchimento de três ou mais critérios para dependência desde a primeira semana de uso da droga, e com um mês, três ou mais critérios já eram vivenciados por mais de 40%. Além disso, mais da metade dos pacientes (52%) começou a sentir fissura já na primeira semana após experimentarem a droga, e 35% perderam o controle da quantidade de droga consumida já na primeira semana. O aparecimento dos primeiros sintomas de abstinência aumentou conforme a progressão do quadro de dependência, porém cerca de metade dos pacientes não relatou sintomas de abstinência. O início da tolerância também aumentou de acordo com o tempo de uso, sendo que 17% dos pacientes começaram a ter tolerância apenas após um ano de uso. Quanto ao abandono progressivo de interesses e prazeres em favor do uso do crack, 35% dos usuários já haviam perdido interesses dentro do primeiro mês de uso do crack. A persistência no uso, apesar de percepção clara de conseqüências nocivas, tornou-se maior com o decorrer do tempo, sendo que quase 20% dos usuários persistiram com a droga após o primeiro mês mesmo sabendo das conseqüências negativas. Com dois meses de uso, 44% eram dependentes, e esta proporção aumentou para 73% aos seis meses e 87% com um ano.

Em relação ao uso de outras drogas (dados não contidos nas tabelas), 92% haviam experimentado alguma droga ilícita antes do início do uso do crack. As drogas mais usadas foram

maconha (74%) e cocaína inalada (65%). Após o início do uso do crack, o uso de maconha diminuiu em 50% e o uso de cocaína inalada se reduziu em 83%. Dos usuários que iniciaram o preenchimento de três ou mais critérios para dependência de crack em uma semana, 42,3% já haviam experimentado cocaína, porém não houve associação significativa entre uso anterior de cocaína e o início da dependência ($p = 0,766$).

DISCUSSÃO

A população deste estudo representa ao redor de 90% dos pacientes hospitalizados por uso de crack neste período na cidade de Pelotas, uma vez que existem duas outras unidades menores com a mesma finalidade.

Nesta amostra predominaram homens jovens, solteiros, com baixa escolaridade e remuneração, freqüentemente trabalhando informalmente ou desempregados, o que está de acordo com outros estudos^{12, 13, 14, 15, 16}. Mais de um terço dos pacientes havia trabalhado recentemente no setor de construção civil, fato possivelmente explicado porque pedreiros ou auxiliares de obra se enquadram no perfil de jovens e com poucos anos de estudo, e também por conseguirem manter o trabalho por mais tempo que outras ocupações até que o uso de crack se torne mais grave.

Como o crack é freqüentemente consumido em *binge*¹⁷ - uso contínuo da droga por muitas horas ou mesmo dias - o consumo foi avaliado em pedras por semana. O uso médio de 63 pedras por semana foi semelhante aos números descritos em dois estudos realizados em Porto Alegre (57 e 68 pedras, respectivamente)^{18,19}. Esse uso pode ser considerado elevado, o que indica a intensidade de utilização da droga. Os pacientes terminam gastando muito tempo em estratégias para adquirir recursos para compra, com o consumo e com a recuperação dos efeitos do crack²⁰.

A maioria dos pacientes gastava com crack mais do que o valor de sua renda. Dessa forma, os dependentes usavam diversas estratégias ao longo do período de dependência para pagar pelo crack que consumiam. As estratégias se sobrepõem e a maioria dos pacientes usava várias delas simultaneamente. Como cerca de 60% furtavam ou assaltavam com intuito de posteriormente comprar crack, deduz-se que a dependência de crack leva um grande número de indivíduos à criminalidade, tendo um impacto importante no aumento da violência^{7,12}.

Comparadas aos homens, poucas mulheres foram hospitalizadas no período do estudo, o que está de acordo com outros dados da literatura que sugerem que esta é uma epidemia predominantemente masculina⁵. É chamativo que das 29 mulheres estudadas, quase metade se prostituía com a finalidade de comprar ou obter crack, enquanto que esta prática não foi relatada pelos homens.

Mais de 90% dos usuários acham fácil ou muito fácil comprar crack, o que é coerente com o fato de um terço deles terem acesso ao crack em até cinco minutos e mais de metade obter a droga em menos de trinta minutos após sentir fissura. A rapidez da obtenção da droga sugere que os pontos de tráfico estão muito próximos de suas residências ou locais de trabalho. A facilidade no acesso pode ter como prováveis conseqüências a falha nas tentativas de interromper o uso e o aumento do consumo.

O acompanhamento retrospectivo dos critérios da CID-10 para dependência permitiu uma visão da evolução a partir do uso da primeira pedra de crack até o aparecimento de sintomas e comportamentos relacionados à instalação do quadro de dependência, além de uma estimativa do tempo em que os usuários se tornaram dependentes de crack. Entretanto, mesmo com investigadores treinados e experientes é possível que alguns pacientes possam ter informado o que imaginavam que o entrevistador gostaria de ouvir. A localização temporal dos eventos que compõem os critérios da CID-10 é obviamente uma aproximação. Tentou-se reduzir a imprecisão

temporal, apresentando os resultados em uma semana, um mês e depois intervalos de seis meses, pois é mais fácil identificar o momento em que ocorreu um fato marcante como fissura ou descontrole, no início do uso do crack do que meses depois.

A fissura, ou *craving*, surgiu muito precocemente, com mais da metade dos usuários apresentando forte desejo ou compulsão para voltar a consumir crack logo na primeira semana após ter experimentado a droga pela primeira vez. Este foi provavelmente o principal responsável para o descontrole do consumo que já atingia a maioria dos pacientes no primeiro mês de uso.

No primeiro ano de uso do crack os pacientes foram gradualmente apresentando sintomas de abstinência e tolerância à droga. Mais da metade dos pacientes afirmaram não apresentar qualquer sintoma de abstinência, o que sugere que a maioria dos pacientes retornou ao uso de crack devido principalmente ao forte desejo de consumir a droga ou por fatores externos, e não com intenção de aliviar sintomas.

Nossa opção por avaliar a tolerância apenas pelo aumento do tamanho ou da quantidade de pedras utilizadas para produzir o mesmo efeito, pode ter subestimado o número de pacientes que desenvolveram tolerância ou postergado a percepção de início desta. No estudo piloto tentou-se avaliar tolerância pelo aumento do número de pedras fumadas em menor intervalo de tempo para manter o mesmo efeito de antes, contudo, dessa forma, foi difícil diferenciar entre tolerância e o descontrole no uso de crack devido à compulsão.

Dois terços dos pacientes tornaram-se dependentes de crack logo nos primeiros seis meses após experimentarem a droga pela primeira vez e quase a totalidade se tornou dependente em menos de um ano. Essa rápida evolução para dependência está relacionada com o grande potencial do crack para adição, mas também se deve levar em consideração que uma população hospitalizada seleciona naturalmente pacientes mais graves.

A droga com acesso muito fácil, com diversos pontos de venda na cidade, serve como gatilho para recaídas e desestímulo para tentativas de se iniciar abstinência. O combate ao tráfico a varejo e disseminado, dificultando o acesso imediato, permite que o usuário ambivalente entre o uso ou a abstinência possa ter mais chances de optar pela segunda. Além disso, medidas de prevenção e promoção da saúde, realizados por Centros de Atenção Psicossocial e programas saúde da família, oferecendo informações e ajuda precocemente à população mais vulnerável, podem inibir a experimentação da droga e permitir que dependentes tenham acesso ao tratamento antes que a doença tenha causado prejuízos mais graves.

REFERÊNCIAS

1. Donato EM, Rezende EP, Ribeiro M, Da Silva CJ. Farmacologia e neurobiologia do consumo de crack. . In: Ribeiro M, Laranjeira R, editors. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p. 49-59.
2. Morton WA. Cocaine and psychiatric symptoms. *J Clin Psychiatry*. 1999; 1(4): 109-13.
3. O'Brien MS, Anthony JC. Risk of becoming cocaine dependent: epidemiological estimates for The United States, 2000-2001. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30: 1006-18.
4. Perrenoud LO, Ribeiro M. Histórico do Consumo de crack no Brasil. In: Ribeiro M, Laranjeira R, editors. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p. 43-8.
5. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid).
II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no
Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo:
Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Unifesp – Universidade
Federal de São Paulo; 2007.
6. Oliveira LG, Nappo SA. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev Psiq Clin*. 2008; 35 (6): 212-8.
7. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causa mortis em usuários de crack. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2006; 28(3): 196-202.
8. Crack, nem pensar. [Homepage]. Porto Alegre, RS: Grupo RBS; c 2010 [acessado em 02 jun. 2011]. Disponível em:
<http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/br/cracknempensar/conteudo,0,3757,A-droga.htm>

9. Rocha C. Crack, a pedra da morte: desafios da adicção e violência instantâneas. [acesso em 03 mai. 2011]. Brasília; 2010. Disponível em :
http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/4784/crack_pedra_rocha.pdf?sequence=1
10. World Health Organization. International classification of diseases: ICD-10. Geneva; c2010. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
11. Silva CJ. Critérios de diagnóstico e classificação. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, editors. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p 89-97.
12. Guimarães CF, Santos DV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev Psiquiatr RS. 2008; 30(2): 101-8.
13. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev Saúde Pública. 2003; 37(6): 751-9.
14. Ribeiro M, Dualibi LB, Perrenoud LO. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: Ribeiro M, Laranjeira R, editors. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p 60-73.
15. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Perfil dos usuário de cocaína e crack no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(4): 545-57.
16. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública. 2008; 42(4): 664-71.
17. Morgan JP, Zimmer L. The social pharmacology of smokeable cocaine: Not all it's cracked up to be. In: Reinerman C, Levine HG, editors. Crack in America: Demon drug and social justice. Berkeley and Los Angeles, California: University of California; 1997. p 131-70.

18. Castro MG, Pedroso RS, Araújo RB. Dependentes de crack com sintomas de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade consomem mais substâncias psicoativas. Rev HCPA. 2010; 30(2): 118-24.
19. Zeni TC, Araújo RB. Relação entre craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. J Bras Psiquiatr. 2011; 60(1): 28-33.
20. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. J bras psiquiatr.2010; 59(3): 210-8.

Tabela 1. Características sociodemográficas de usuários de crack internados em hospital psiquiátrico. Pelotas, RS, 2011.

Variável	n	%
Idade		
Até 20 anos	41	25,3
De 21 a 25 anos	44	27,2
De 26 a 30 anos	37	22,8
Mais de 30 anos	40	24,7
Sexo		
Masculino	133	82,1
Feminino	29	17,9
Renda mensal em SM*		
Sem renda	52	32,1
Menos de um	38	23,5
Entre 1 e 2	57	35,2
Entre 2 e 3	12	7,4
Mais de 3	3	1,9
Cor		
Branços	84	51,9
Negros	37	22,8
Pardos	37	22,8
Outros	03	1,9
Estado civil		
Solteiros	105	64,2
Casados / União estável	57	35,8
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	118	72,8
Fundamental Completo	11	6,8
Médio Incompleto	15	9,3
Médio Completo	13	8,0
Superior Incompleto	2	1,2
Superior Completo	2	1,2
Ocupação (últimos seis meses)		
Serviços gerais	25	15,4
Construção civil	54	33,3
Indústria	6	3,7
Comércio	14	8,6
Outras	47	29,0
Sem ocupação	16	9,9
Total	162	

* SM: Salário mínimo nacional (545 reais)

Tabela 2. Padrão de uso de crack por pacientes internados em hospital psiquiátrico no mês anterior à internação. Pelotas, RS, 2011.

Variáveis	n	%
Pedras / semana		
Até 20 pedras	39	24,8
De 21 a 34 pedras	33	21,0
De 35 a 69 pedras	33	21,0
Mais de 70 pedras	52	33,1
Tempo de acesso		
Até 5 minutos	47	29,0
De 6 a 30 minutos	93	57,4
Mais de 30 minutos	22	13,6
Percepção do acesso		
Muito fácil	80	49,4
Fácil	68	42,0
Difícil	12	7,4
Extremamente difícil	2	1,2
Com quem usa frequentemente		
Companheiro	9	5,6
Amigos	71	43,8
Sozinho	69	42,6
Outros	8	4,9
Total	162	

Tabela 3. Histórico penitenciário de usuários de crack internados em hospital psiquiátrico. Pelotas, RS, 2011.

Variáveis	N	%
Número de prisões		
Nenhuma	101	62,3
Uma vez	44	27,0
Mais de uma vez	10	6,2
Não responderam	7	4,3
Total	162	
Motivo principal das prisões		
Roubo	28	51,9
Assalto	13	24,1
Tentativa de homicídio	4	7,4
Tráfico	3	5,6
Lesões corporais	2	
Porte ilegal de arma	2	3,7
Seqüestro	2	3,7
Total	54	

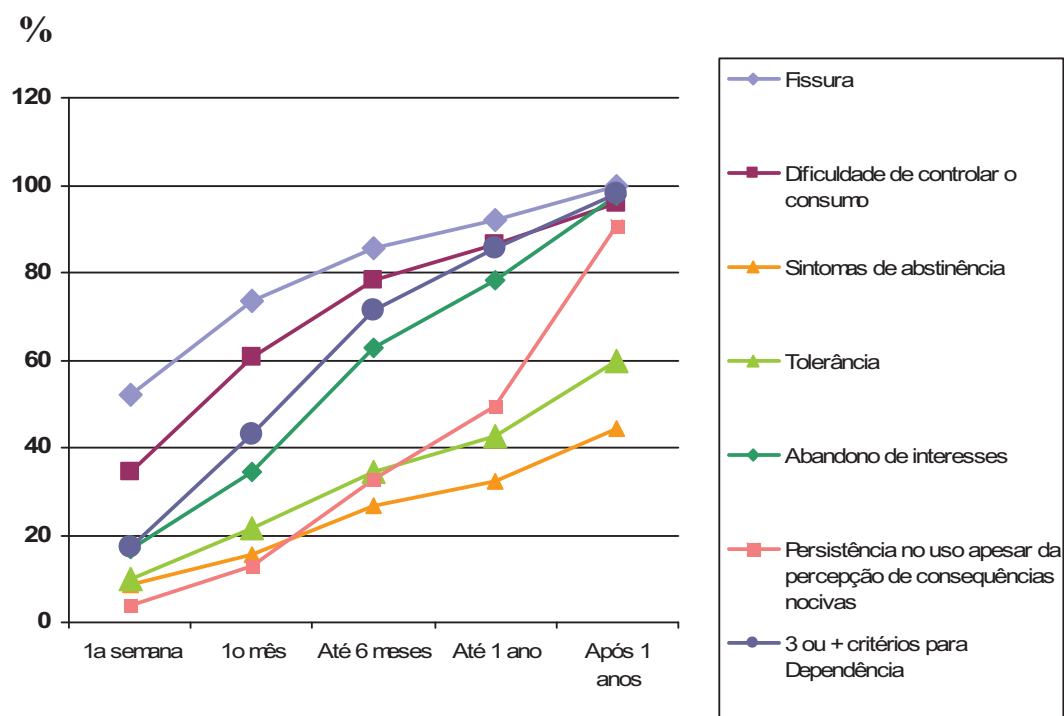


Figura 1. Relato de início de cada um dos critérios para dependência da CID-10 após experimentação do crack pela primeira vez por usuários internados em hospital psiquiátrico. Pelotas, RS, 2011.

