UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NA VARIAÇÃO DO NÍVEL DE FISSURA EM USUÁRIOS DE *CRACK*

KARINE LANGMANTEL SILVEIRA

Pelotas, 2017

KARINE LANGMANTEL SILVEIRA

A influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde**.**

Orientadora: Profª. Drª. Michele Mandagará de Oliveira

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S587i Silveira, Karine Langmantel

A influência dos determinantes sociais de saúde na variação do nível de fissura em usuários de crack / Karine Langmantel Silveira ; Michele Mandagará de Oliveira, orientadora. — Pelotas, 2017.

95 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Cocaína crack. 2. Fissura. 3. Vulnerabilidade em saúde. I. Oliveira, Michele Mandagará de, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Karine Langmantel Silveira

A influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack*

Dissertação aprovada como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 19 de Janeiro de 2017

Banca examinadora:

.....

Profa. Dra. Michele Mandagará de Oliveira (Orientadora) Doutora em Enfermagem e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

.....

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas.

.....

Profa. Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo.

.....

Profa. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

.....

Profa. Dra. Ariane da Cruz Guedes Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Agradecimentos

Chegando ao fim de mais uma etapa, encho-me de gratidão por todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão do mestrado.

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, sem o apoio deles nada disto seria alcançado. A paciência e o entendimento de ficar tanto tempo longe de casa, além dos inúmeros esforços e privações que tiveram que fazer para me manter em outra cidade.

A minha maravilhosa orientadora Michele, que esteve sempre ao meu lado, não só no que diz respeito à faculdade, mas sim, em todos os momentos importantes da vida. E, muito mais que uma orientadora, uma amiga para toda a vida. Obrigada por todo apoio e carinho.

Aos professores da banca examinadora, obrigada pela disponibilidade, atenção e por todas as contribuições, colaborando para o meu crescimento.

A Poliana que sempre me ajudou muito. Obrigada por estar sempre presente, apoiando e incentivando.

A Diorlene pelo suporte estatístico e por sempre estar disponível para esclarecer qualquer dúvida que eu tivesse durante o percurso.

Aos meus colegas da pós-graduação que sempre propiciaram excelentes discussões durante as aulas.

Aos amigos que constituíram minha segunda família longe de casa e sempre me apoiaram e me deram força nos momentos mais difíceis.

Ao grupo de saúde mental que me aceitou como membro e contribuiu para o meu crescimento profissional, e, em especial, as coordenadoras Luciane e Valéria que sempre me apoiaram e incentivaram em muitos momentos no decorrer da graduação e do mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem pela oportunidade de crescimento acadêmico.

A CAPES pela concessão da bolsa de estudos que me permitiu a dedicação a este trabalho.

E, finalmente, a Deus, que sempre iluminou, abençoou e guiou meus passos até este momento.

A todos, muito obrigada!

Nada é impossível de mudar.

Desconfiai do mais trivial, na aparência singela. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

BERTOLT BRECHT

Resumo

SILVEIRA, Karine Langmantel. **A influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack*.** 2017. 95f. Dissertação (Mestrado em ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2017.

O *craving* ou fissura por crack é caracterizado por um estado motivacional, orientador para o consumo da substância, que pode ser influenciado pelas expectativas positivas deste consumo, a diminuição dos efeitos negativos, bem como os sintomas relacionados à abstinência. Elevados níveis de fissura, ocasionados pelo consumo abusivo do *crack*, podem colocar o usuário em situações de risco biopsicossocial. A literatura consultada indica que a influência da fissura pelo *crack* no organismo pode estar relacionada às alterações que ocorrem no humor, no comportamento e no pensamento e que aspectos relacionados com a vulnerabilidade social podem estar associados ao início do consumo do crack. Este estudo teve como objetivo analisar a influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de crack de dois serviços de saúde do município de Pelotas-RS. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, exploratório e analítico, parte integrativa da pesquisa "*Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso*" com amostra de 133 participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa recebendo o parecer nº 301/2011 e foi desenvolvida no período de outubro de 2011 a outubro de 2012. As entrevistas ocorreram através de um questionário estruturado e, para o presente estudo, além de questões relacionadas ao perfil socioeconômico e demográfico, relacionamento familiar, padrão de uso de substâncias psicoativas, eventos na vida, estratégias de redução de danos e condições de saúde dos entrevistados, foi utilizada a escala *Cocaine Craving Questionnaire* que mede o nível de fissura. Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos entrevistados apresentou nível de fissura de moderado a grave. Entre os fatores individuais, observaram-se maiores níveis de fissura entre mulheres, adultos jovens, cor de pele parda, baixa escolaridade e baixa renda, desempregados, autoavaliação de saúde regular e com presença de transtornos psiquiátricos menores. E em relação aos fatores comportamentais, os níveis de fissura foram maiores entre os usuários que no último ano se divorciaram/separaram, que tiveram problemas com a justiça e que praticaram atos de violência. Ainda, em relação aos fatores comportamentais, os níveis de fissura foram maiores entre os entrevistados que relataram utilizar concomitantemente com o crack o tabaco e mais que quatro substâncias. Portanto, com o desenvolvimento deste estudo, pode-se identificar que a maioria dos usuários de crack apresentam questões de vulnerabilidade social e que são necessárias intervenções a partir de um planejamento conjunto de políticas públicas ancoradas nas necessidades dos usuários, procurando a melhoria das condições de vida.

Palavras-chave: Cocaína crack; Fissura; Vulnerabilidade em saúde.

Abstract

SILVEIRA, Karine Langmantel. **The influence of Social Determinants of Health in the variation of level of craving in crack users**. 2017. 96f. Dissertation (Master Degree in Science) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2017.

The craving or craving for crack is characterized for a motivational state for substance consumption, that may be influenced by positive expectations of the consumption, the decrease of negative effects, as well as the symptoms related to abstinence. High levels of craving, caused by abusive crack consumption can put the crack user in situations of biopsychosocial risk. The reviewed literature indicates that the influence of crack craving in the organism could be related with humor changes, on behavior, and thinking. The aspects related with the social vulnerability can be associated with the beginning of crack consumption. This study aimed to analyze the influence of Social Determinants of Health in the variation of level of craving in crack users from two health services in Pelotas-RS. It is a cross sectional, exploratory and analytic study. It is a part of a bigger research titled “Profile of crack users and use patterns” with a sample of 133 participants. The research was approved by the Research Ethics Committee under the nº301/2011 and it was conducted from October 2011 to October 2012. The interviews were conducted by a structured questionnaire, and to achieve the study objective, were included issues related to the socioeconomic and demographic profile, family relationship, patterns of use of psychoactive substances, events in life, strategies of harm reduction, health conditions and the *Cocaine Craving Questionnaire*(CCQ–Brief) scale that measure the level of craving. The results evidenced that the majority of interviewers presented moderate and severe levels of craving. Among the individual factories, were noticed high levels of craving in women, young adults, brown skin color, low schooling and low income, unemployed, regular self-health evaluation and with presence of minor psychiatric disorders. Regarding of the behavioral factories, the level of craving was lower among in users that the past year divorced/separated, that had justice problems and that practiced action of violence. Still in relation to the behavioral factories, the level of craving was bigger among the users that reported using concomitantly with crack the tobacco and more than four substances. Therefore, with the development of this study we can identify that the majority of crack users presented social vulnerabilities issues and are necessary interventions from a joint planning of public policies supporting the user’s needs, searching for improving living conditions.

Key-words: Crack cocaine; Craving; Health Vulnerability.

.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percurso da Revisão de Literatura Sistematizada..... 21
Figura 2 – Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)..... 26
Figura 3 – Quadro teórico hierarquizado dos Determinantes Sociais de Saúde relacionados à variação do nível de fissura de acordo com a Revisão de Literatura..... 29
Figura 4 – Localização do município de Pelotas-RS..... 32
Figura 5 – Quadro de variáveis utilizadas na análise..... 41
Figura 6 – Gráfico dos níveis de fissura segundo a escala CCQ-Brief..... 42
Figura 7 – Histograma da distribuição da frequência da escala CCQ-Brief..... 43
Figura 8 – Gráfico do perfil demográfico dos usuários de *crack* 43
Figura 9 – Gráfico do perfil socioeconômico dos usuários de *crack* 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – *Cocaine Craving Questionnaire – Brief* (CCQ-Brief) – Versão Brasileira Adaptada para o *Crack*..... 35
Tabela 2 – Pontos de corte do CCQ-Brief..... 36
Tabela 3 – Variável dependente..... 36
Tabela 4 – Variável independente..... 37
Tabela 5 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo características demográficas e socioeconômicas dos usuários de *crack* 45
Tabela 6 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo características relacionadas às redes de apoio dos usuários de *crack* 46
Tabela 7 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo eventos ocorridos na vida dos usuários de *crack* no último ano..... 47
Tabela 8 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo padrões de uso e uso associado com outras substâncias psicoativas dos usuários de *crack* 48
Tabela 9 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* associado às ações de redução de danos no último ano dos usuários de *crack*..... 50
Tabela 10 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* associado às condições de saúde no último ano dos usuários de *crack*..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças da OMS, 10ª ed.
CCQ-Brief	*Cocaine Craving Questionnaire*
CCQ-Now	*Cocaine Craving Questionnaire Now*
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª ed.
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LiLACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OBID	Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PubMed	*Publisher Medline*
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RS	Rio Grande do Sul
SciELO	*Scientific Electronic Library ORG Online*
SM	Salário mínimo
SPA	Substâncias Psicoativas
STATA	*Data Analysis and Statistical Software*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM	Transtornos Psiquiátricos Menores
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 Introdução 11
2 Objetivos 17
2.1 Objetivo geral 17
2.2 Objetivos específicos 17
3 Hipóteses 18
4 Revisão de literatura 19
4.1 Revisão sistematizada 19
4.2 Marco teórico 24
4.2.1 Conceituação das categorias de análise 25
4.2.2 Modelo teórico hierarquizado 29
5 Metodologia 30
5.1 Delineamento do estudo 32
5.2 Local do estudo 32
5.3 Amostragem 33
5.4 Dos entrevistadores 33
5.5 Dos participantes 33
5.6 Da coleta de dados 34
5.7 Instrumentos 34
5.8 Variável dependente 36
5.9 Variáveis independentes 36
5.10 Controle de qualidade 37
5.11 Aspectos éticos 38
5.12 Processamento e análise de dados 39
6 Resultados 42
7 Discussão 53
8 Conclusão 63
Referências 65
Apêndices 72
Anexos 78

1 INTRODUÇÃO

A utilização de substâncias capazes de alterar o estado de consciência perpassa a história, desde os primórdios, como meio de suprir as necessidades subjetivas da humanidade. Em função da complexidade desse assunto na atualidade, o uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) vem recebendo crescente atenção, mobilizando tanto o sistema de saúde quanto a sociedade de uma forma geral (PRATTA, SANTOS, 2009).

Segundo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID (2013), o uso de SPA é dividido em três níveis: o primeiro é o uso experimental que se caracteriza por ser eventual ou recreativo; o segundo nível, caracterizado como o uso nocivo ou uso abusivo, apresenta-se como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário, porém sem se caracterizar como uma dependência; e o terceiro nível, a dependência, está representado nos sistemas classificatórios CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e o DSM-IV (4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana) podendo ser entendido como um padrão de uso que aumenta os riscos de consequências prejudiciais para o usuário e para terceiros, podendo resultar em danos sociais, físicos e mentais.

Com isso, o Ministério da Saúde em 2003, levando em conta a Lei 10.216 de 2001 da Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, desenvolveu a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, fundamentando suas ações na prevenção, tratamento e educação. O mesmo aloca suas ações em interface entre o Ministério da Saúde em conjunto com outros Ministérios, como o da Justiça, o da Educação e em conjunto com a sociedade organizada, reconhecendo-se, assim, o

desafio que o consumo abusivo e dependência de SPA pode se constituir como problemas sociais e de saúde pública (BRASIL, 2003, 2001).

Regido pela Lei 10.216 e pela Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, a oferta de cuidados foi direcionada para o ambiente extra-hospitalar, com a proposta de utilização de todos os dispositivos possíveis que a rede de atenção ao usuário de SPA disponibiliza.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde. A RAPS estabelece como diretrizes a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, a promoção da equidade reconhecendo os determinantes sociais de saúde, bem como a atenção humanizada e centrada na capacidade de resolução dos serviços para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Em relação ao uso de *crack* no Brasil, o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas realizou dois estudos domiciliares sobre o consumo de SPA no Brasil, um em 2001 e outro em 2005, nos quais detectou que o uso de *crack* aumentou de 0,4% para 0,7% neste intervalo. O maior aumento ocorreu na região Sul, subindo de 0,5% para 1,1% e, na região Sudeste, de 0,4% para 0,8% (CEBRID, 2002; CEBRID, 2006).

No ano de 2011, por meio da Segunda Pesquisa Brasileira de Álcool e Drogas (II BNADS), realizada pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo em conjunto com a University of Texas School of Public Health identificou-se uma prevalência de 1,5% do consumo do *crack* na população em geral pelo menos uma vez na vida (ABDALLA et al, 2014).

O *crack* é caracterizado como uma substância psicoativa ilícita de ação estimulante do sistema nervoso central. Subproduto da pasta base da cocaína, apresenta efeitos similares aos experenciados pelos usuários de cocaína (excitação, hiperatividade, euforia e prazer), porém, por ser utilizado na forma inalatória, os seus efeitos são sentidos quase imediatamente (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

O perfil de usuários de *crack,* estudado pela Fundação Oswaldo Cruz em cenas de uso desta substância, demonstrou que a SPA é predominantemente

utilizada por homens, não-brancos, com até 30 anos, solteiros, com baixa escolaridade e entre pessoas em situação de rua (BASTOS; BERTONI, 2014).

Em relação aos transtornos relacionados ao uso de SPA, a fissura ou *craving* é um dos conceitos mais amplamente estudados, porém um dos menos compreendidos (PICOLI, 2013; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012; CHAVES et al, 2011; ARAUJO, PEDROSO, CASTRO, 2010; ARAUJO et al, 2008).

Neste estudo, a palavra fissura também será apresentada na língua inglesa, ou seja, será utilizado o termo *craving*, considerando que na literatura é mais comumente apresentado o termo na língua inglesa. O conceito mais utilizado de *craving* é o que se refere a um intenso desejo de consumir determinada substância. Porém outros autores trazem um conceito mais aprofundado, relatando ser mais adequado definir esse processo como o reflexo de um estado de motivação orientado para o consumo de SPA, influenciado pelas expectativas positivas deste consumo. Este último conceito integra-se à ideia do desejo com o da utilização da substância, sendo assim, passa-se a entender a fissura de uma forma multidimensional, a qual pode afetar o humor, o comportamento e a cognição (ARAUJO et al, 2008; ARAUJO, PEDROSO, CASTRO, 2010; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

O *craving* pode ser dividido em quatro tipos: primeiro, como resposta à síndrome de abstinência; segundo, como resposta à falta de prazer; terceiro, como resposta condicionada a estímulos relacionados às SPA; e quarto, como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades. Observando essa divisão, é fácil perceber que uma mesma situação pode fazer parte de mais de um desses grupos, tendo múltiplos determinantes (ARAUJO et al, 2008).

Observa-se no estudo de Araujo et al (2015) que a utilização do *crack* para o alívio de efeitos negativos, tais como ansiedade, depressão ou sintomas de abstinência, foi mais observada do que para a própria obtenção de prazer.

Em um estudo realizado em Connecticut – EUA, foram acompanhados 132 usuários de cocaína/*crack* em tratamento para abstinência por 90 dias após a alta hospitalar, observou que 87% deles relataram ter sentido *craving* pelo *crack* (PALIWAL, HYMAN, SINHA, 2008).

Na cidade de São Paulo, no estudo desenvolvido por Chaves et al (2011), foi observado que todos os entrevistados (n=40) relataram ter sentido fissura por *crack*

e atribuíram à fissura papel fundamental na manutenção do uso e por ser responsável por dificultar o abandono da substância.

O intenso desejo de consumir SPA dificulta a possibilidade de diminuição do uso, bem como a abstinência, mesmo que essa possa ser desejada pelo próprio usuário (CHAVES et al, 2011). Por isso a importância de estudar a fissura e, com isso, buscar uma melhor compreensão a respeito dos possíveis fatores que podem estar ligados ao maior ou menor nível.

O *crack* é citado como uma das SPA de preferência dos usuários devido aos seus efeitos serem mais rápidos, breves e intensos. Os efeitos psíquicos são experienciados primeiramente como positivos, de prazer, seguidos pelos negativos, os quais são desagradáveis e angustiantes. Os dados oriundos de uma pesquisa qualitativa realizada com 12 usuários de *crack*, na qual a temática principal era a adesão ao tratamento em um CAPS, com exceção de um entrevistado, os demais relataram que a fissura é a grande responsável pelas recaídas, e que, em razão dela, eles podem acabar cometendo atos que destoam dos apresentados antes de começar a consumir o *crack,* tais como roubos, tráfico, prostituição, golpes financeiros, venda de seus pertences e dos de seus familiares, aumentando, ainda mais, a segregação do usuário no meio social (PICOLI, 2013).

Apesar de o *crack* não figurar entre as SPA mais utilizadas no Brasil, a urgência pelo uso e a intensidade dos efeitos colocam o risco, associado ao consumo abusivo, como problema de saúde pública (CHAVES et al, 2011). E, tratando-se de uma questão de saúde pública, devem-se identificar as determinações sociais do problema. A miséria, a desigualdade social, a violência, a escassez de recursos e de investimentos do Estado, a ausência de políticas educacionais e culturais e a ausência de laços familiares e sociais são sinalizadores da origem estrutural do problema (AMARANTE; SOUZA, 2013). Portanto, como pode ser observado, são muitos os fatores que estão associados à questão do *crack* na sociedade.

Considerando que aspectos relacionados à vulnerabilidade social podem estar associados ao início do consumo do *crack* e que a influência da fissura no organismo está principalmente relacionada com as alterações que ocorrem no humor, no comportamento e no pensamento, (VENTURA, 2014; ARAUJO et al, 2008; SCHENKER; MINAYO, 2005), torna-se intrínseca a necessidade de estudar a relação dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) com a fissura nesses usuários.

Os DSS estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e se caracterizam pelos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais em que se está inserido. Os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde-doença das populações, tanto do ponto de vista individual, quanto coletivo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste estudo foi utilizado o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) como base para explicar a influência dos DSS no processo saúde-doença (CNDSS, 2008). Este modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, na qual se situam os macrodeterminantes. Optou-se neste trabalho por adaptar os fatores a serem estudados em individuais e comportamentais. Nos fatores individuas, foram considerados os fatores socioeconômicos, demográficos, condições de saúde e transtornos psiquiátricos menores. E, nos fatores comportamentais, foram consideradas as relações familiares, tempo e padrão de uso de *crack*, utilização concomitante de álcool / tabaco / maconha com o *crack*, eventos na vida e estratégias de redução de danos.

A justificativa para a realização deste estudo consiste na importância de compreender que, muitas vezes, o nível da fissura/*craving* pode ser uma indicação para o uso abusivo ou controlado do *crack* e compreender, também, que a partir da associação do perfil dos usuários de *crack* com os níveis de fissura, podem-se desenvolver novas estratégias de cuidado, juntamente com os serviços de saúde e com os próprios usuários, bem como o aprimoramento das estratégias já existentes.

Também cabe destacar a justificativa pessoal pela escolha desse tema de estudo. Com a participação desde a coleta de dados até a construção do relatório final da pesquisa intitulada "Perfil dos usuários de *crack* e padrões de uso", em contato com os usuários de SPA, percebemos a necessidade de discutir esta temática com o olhar social, com enfoque na pessoa e não nas questões clínicas que a utilização do *crack* causa no organismo.

Diversos trabalhos (LAPPANN; MACHADO, 2015, VIOLA et al, 2013; VIOLA et al 2012; MAGURA; ROSENBLUM, 2000; LABIGALINI JUNIOR; RODRIGUES; SILVEIRA, 1999; REID et al, 1998) estudaram os níveis de *craving* relacionando-os a diferentes fatores como: o perfil sociodemográfico, o tempo de uso da substância, o desempenho de funções ocupacionais, as relações familiares, os sintomas de

ansiedade, a utilização de outras SPA, como álcool, tabaco e nicotina e, também, estratégias de redução de danos, como hábitos de dormir, comer e beber água. Contudo em nenhum destes estudos foi realizada uma análise da associação conjunta de todas estas dimensões.

Portanto, este estudo apresenta a seguinte questão investigativa: **Qual a influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack* de dois serviços de saúde do município de Pelotas-RS?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack* de dois serviços de saúde do município de Pelotas-RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência de fissura em usuários de *crack* utilizando a Escala CCQ-Brief.
- Verificar a influência dos fatores individuais (socioeconômicos, demográficos, condições de saúde e transtornos psiquiátricos menores) na variação dos níveis de fissura.
- Verificar a influência dos fatores comportamentais (relacionamento familiar, tempo e padrão de uso de *crack*, utilização concomitante de álcool / tabaco / maconha com o *crack*, eventos na vida e estratégias de redução de danos) na variação dos níveis de fissura.

3 HIPÓTESES

- Usuários de *crack* que apresentam inequidades sociais de saúde têm mais chance de apresentar níveis de fissura elevados.
- Insatisfação com as relações familiares está relacionada a um maior nível de fissura de *crack*.
- Usuários de *crack* que não trabalham tem maior chance de apresentar níveis mais elevados de fissura.
- Quem utiliza *crack* e outras substâncias psicoativas com um padrão de uso abusivo tem mais chance de apresentar níveis mais elevados de fissura.
- Usuários de *crack* que apresentam sintomas de transtornos psiquiátricos menores têm maior chance de apresentar níveis mais elevados de fissura.
- Ter usado maconha pode ser um fator de proteção para diminuir os níveis de fissura do *crack*.
- Ter usado álcool pode ser um fator de proteção para diminuir os níveis de fissura do *crack*.
- Ter usado tabaco pode ser um fator de risco para aumento dos níveis de fissura do *crack*.
- O uso de estratégias de redução de danos, como dormir, comer e beber água são fatores de proteção para diminuir os níveis de fissura do *crack*.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi dividida em dois momentos: o primeiro, quando foi realizada uma revisão sistematizada da literatura a fim de conhecer o que há de publicação sobre os fatores que influenciam a fissura em usuários de *crack;* e, no segundo momento, foi construído o marco teórico com base nos conceitos dos Determinantes Sociais de Saúde.

4.1 Revisão Sistematizada

A fim de buscar estudos anteriores acerca do tema, para aprofundar o assunto, foi realizada uma revisão sistematizada sobre fissura em usuário de *crack* para expandir os achados para a seguinte **questão norteadora de busca**: Qual a influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack*?

A revisão sistematizada ocorreu entre os meses de Setembro e Outubro de 2015 e rastreou estudos publicados sobre a temática no Brasil e exterior.

As bases de dados utilizadas para buscar os estudos foram PubMed (Publisher Medline), LiLACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library ORG Online). Para busca no LILACS e no SciELO utilizou-se o banco de descritores do DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) e, para a busca na base de dados PubMed, o banco de descritores do MeSH (Medical Subject Headings), sendo então os termos utilizados *crack cocaine; craving* e CCQ-Brief. Não foram utilizados filtros de período de publicação, tampouco a língua das publicações.

Os critérios de inclusão foram: Estudos quantitativos que tenham trabalhado a fissura em usuários de crack. Todos os artigos rastreados foram avaliados,

primeiramente, por seus títulos e, posteriormente, resumos. Os critérios de exclusão foram: Se tratarem de estudos de caso, estudos clínicos, estudos qualitativos, revisões de literatura, houvesse foco em medicação, utilizarem metodologias pouco claras ou estarem fora da temática. Todos os artigos que atenderam aos critérios de inclusão, ou não apresentavam elementos suficientes para determinar sua exclusão foram lidos na íntegra.

Um total de 101 estudos foram rastreados através das buscas, sendo 57 da PubMed, 20 da SciELO e 24 da LILACS. Destes, 69 estudos foram descartados por se tratarem de estudos qualitativos; estudos de caso; estudos clínicos; revisão da literatura; terem foco na medicação ou estarem fora da temática. Outros 12 estudos foram descartados por serem duplicados, restando, assim, 20 textos para serem lidos na íntegra. Dos estudos lidos na íntegra, 11 foram descartados por estarem fora da temática, restando 9 artigos a serem considerados para essa revisão. A figura 1 apresenta o percurso para seleção dos artigos.

Após a finalização da seleção dos estudos que compõem esta revisão, foram coletadas as principais características de cada artigo por meio de instrumento detalhado no **Apêndice A.**

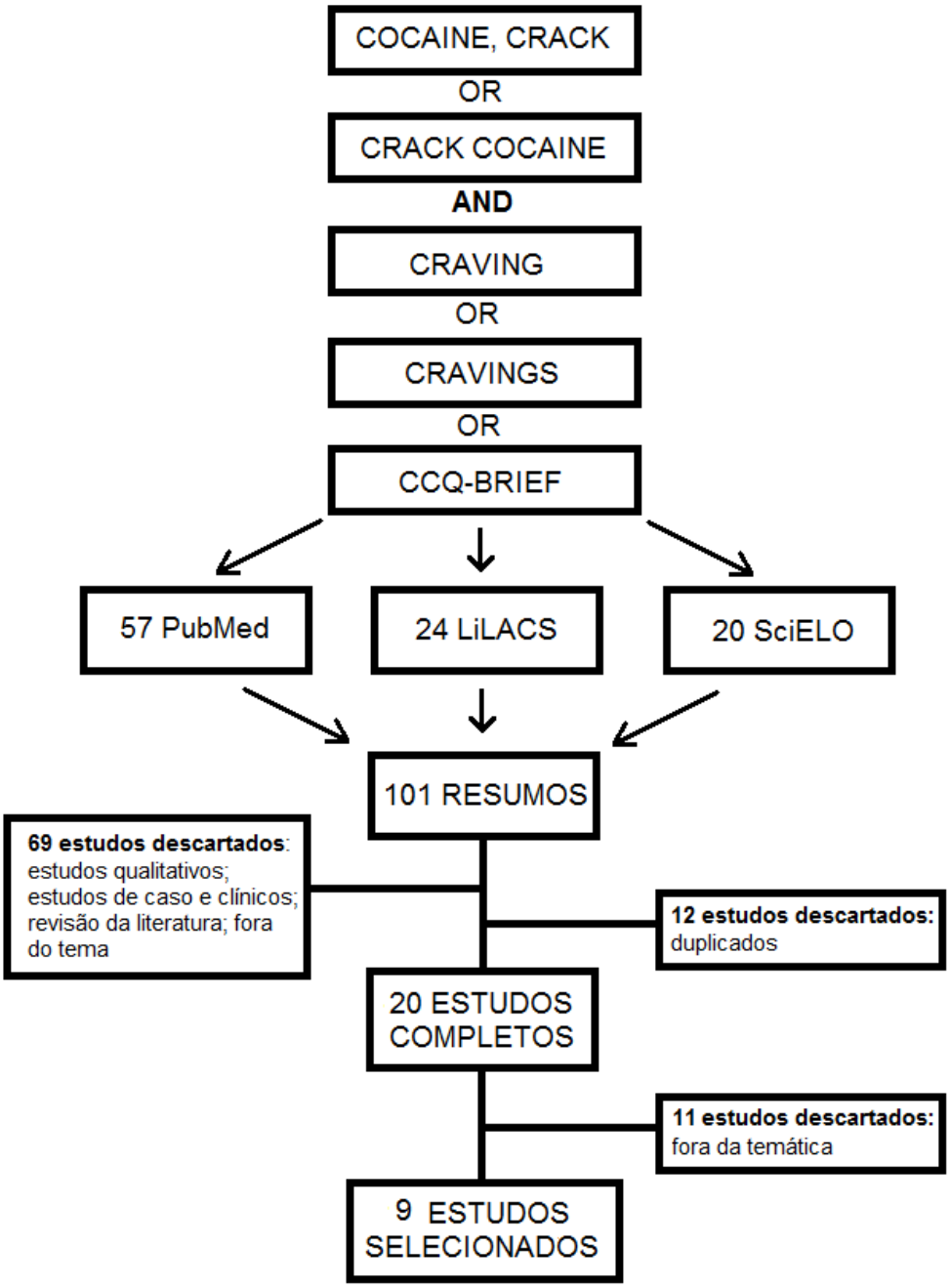

Figura 1 – Percurso da Revisão de Literatura Sistematizada

Entre os estudos selecionados, 2 foram realizados nos Estados Unidos e 7 foram realizados no Brasil. Em relação ao idioma da publicação, 4 foram redigidos na língua portuguesa e 5 na língua inglesa.

As publicações aconteceram no período de 1998 até 2015, com concentração no ano de 2015 (2) e as demais aconteceram individualmente nos anos de 2014, 2013, 2012, 2006, 2000, 1999 e 1998.

Em relação à metodologia utilizada para o desenvolvimento dos estudos, 6 utilizaram corte transversal, 2 longitudinais e 1 de tradução e adaptação de escalas para a língua portuguesa. Os artigos apresentaram o número de participantes distintos variando de n=20 até n=205 entrevistados, contudo a maioria (6) apresentou uma amostra de até n=66 entrevistados.

Quando observados os instrumentos utilizados pelos autores para a coleta de dados, com exceção de um estudo (KLUWE-SCHIAVON et al, 2015), os demais (8) coletaram questões referentes ao perfil sociodemográfico dos entrevistados.

E em relação às escalas utilizadas, observou-se que apenas dois estudos não utilizaram escalas validadas (SILVEIRA et al, 2006; MAGURA; ROSENBLUM, 2000), os outros setes artigos analisados utilizaram 13 escalas distintas. As escalas que mais se repetiram foram: *Addiction Severity Index-6* encontrada em 4 estudos (KLUWE-SCHIAVON et al, 2015; ISMAEL; BALTIERI, 2014; VIOLA et al, 2013; REID et al, 1998) e a escala *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* encontrada em 3 estudos (LAPPANN et at, 2015; KLUWE-SCHIAVON, 2015; VIOLA et al, 2012).

O perfil dos entrevistados variou entre os estudos, dois artigos apresentaram amostra exclusiva do sexo feminino (KLUWE-SCHIAVON et al, 2015; VIOLA et al, 2013), dois artigos com amostra exclusivamente do sexo masculino (ISMAEL; BALTIERI, 2014; LABIGALINI JUNIOR; RODRIGUES; SILVEIRA, 1999) e um estudo em que os entrevistados foram convencionalmente selecionados para que metade fosse do sexo masculino e metade do sexo feminino (VIOLA et al, 2012), os quatro demais estudos, nos quais a seleção da amostra foi aleatória, apresentaram entrevistados predominantemente do sexo masculino, com prevalência variando de 56% (MAGURA; ROSENBLUM, 2000) à 90% (REID et al, 1998).

A idade dos entrevistados foi predominantemente jovem e a maioria era solteiro no momento da entrevista. Entre os estudos que descreveram o nível de escolaridade dos entrevistados, apenas um observou que os usuários apresentavam média de 12 anos ou mais de estudo (ISMAEL; BALTIERI, 2014), os demais encontraram predominantemente baixa escolaridade (LAPPANN et al, 2015; VIOLA et al, 2012; LABIGALINI JUNIOR; RODRIGUES; SILVEIRA, 1999).

Apenas dois artigos apresentaram detalhadamente os níveis de fissura. No estudo de Silveira e colaboradores (2006) 29,0% dos entrevistados declararam ter sentido *craving* intenso, 39,5% relataram o *craving* moderado e 31,5% relataram ter tido *craving* leve. O estudo apontou, ainda, que usuários de crack apresentam

maiores níveis de fissura que os usuários de cocaína. E, no segundo estudo, foi apresentada a média de *craving* dos entrevistados segundo a escala CCQ-Brief, na qual o resultado aponta para um nível grave (≥23 pontos) (LAPPANN et al, 2015).

Todos os artigos analisados realizaram estudos de variáveis que poderiam influenciar na fissura dos entrevistados pelo crack. Para Lappann e colaboradores (2015), o aumento dos níveis de fissura está associado positivamente ao tempo de uso de crack, isso quer dizer que quanto maior o tempo de uso da substância, maiores serão os níveis de fissura. Os autores ressaltam, ainda, que a quantidade que é utilizada não interfere na modificação destes níveis. Contudo no estudo de Ismael e Baltieri (2014) o padrão de uso do crack mostrou-se como fator associado ao aumento dos níveis de fissura. Devido a apenas estes dois artigos estudarem a associação do padrão de uso da substância com os níveis de fissura e encontrarem resultados opostos, optou-se por acrescentar esta variável ao modelo teórico hierarquizado.

Outro ponto analisado foi a relação dos níveis de fissura com a realização de alguma atividade profissional pelos entrevistados. No estudo de Viola e colaboradores (2012), observou-se que pessoas com níveis de fissura elevados não conseguiam executar atividades profissionais, resultado este afirmado pelo estudo de Viola e colaboradores (2013) no qual os resultados demonstraram que os níveis de fissura eram menores entre as pessoas que exerciam estas funções.

Também foi discutido que as relações familiares interferem na fissura, visto que no estudo de Viola et al (2013) observou-se, também, que pessoas com histórico de negligência na infância apresentaram maiores níveis de fissura do que as que não tinham este histórico.

As estratégias de redução de danos também foram apontadas como possível fator que interfere nos níveis de fissura. Para Kluwe-Schiavon et al (2015) a falta de alimentação, não ingestão de água e a ausência ou diminuição de períodos de sono foram fatores que influenciaram o aumento da fissura.

A interferência de outras SPA nos níveis de fissura também foi estudada. No estudo realizado por Magura e Rosenblum (2000), no qual foi analisada a interferência do álcool na fissura dos entrevistados, nota-se que os indivíduos que têm dificuldade em lidar com o seu consumo de cocaína/crack são mais propensos a usar o álcool como um mecanismo para a diminuição da fissura. E, no estudo Labigalini Junior, Rodrigues e Silveira (1999), em que foi realizada análise da

interferência da maconha como forma de tratamento para a diminuição do uso do crack e dos níveis de fissura, obteve-se o resultado que 68% dos entrevistados deixaram de utilizar o crack e que o uso da cannabis reduziu a fissura e produziu mudanças subjetivas e concretas em seu comportamento. Já quando analisada a interferência da utilização do tabaco na fissura, os resultados apontados por Reid et al (1998), demonstraram que a nicotina aumenta os níveis de fissura. Portanto pode-se notar que a utilização do álcool e/ou da maconha pode servir como substância psicoativa que diminui os níveis de fissura, porém a utilização do tabaco pode acarretar o aumento destes níveis.

E, finalizando os fatores associados aos níveis de fissura, a presença dos sintomas de ansiedade foi apresentada por diversos autores como sendo um fator que interfere diretamente no aparecimento e incremento dos níveis segundo os estudos de Kluwe-Schiavon et al (2015), Ismael e Baltieri (2014), Labigalini Junior, Rodrigues e Silveira (1999) e Reid et al (1999).

Os artigos estudaram a influência das seguintes variáveis sob o desfecho de níveis de fissura em usuários de crack: características socioeconômicas e demográficas; tempo de uso do crack; padrão de uso do crack; ocupação profissional; relações familiares; estratégias de redução de danos; a utilização concomitante de álcool, maconha e tabaco; e sintomas de ansiedade.

Contudo cabe ressaltar que nenhum destes estudos analisou todos estes fatores concomitantemente, evidenciando, assim, uma lacuna investigativa devido à necessidade de testar a influência dessas variáveis ajustadas entre si sob o desfecho de níveis de fissura em usuários de crack.

4.2 Marco Teórico

Levando em conta que a fissura pode acarretar no consumo intenso de substâncias psicoativas e, em virtude disto, podendo ocasionar diversos problemas para os usuários, seja de ordem social ou de saúde, teve-se o propósito de produzir conhecimento acerca da influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de crack.

Para tanto, destaca-se a importância de conceituar as categorias que foram utilizadas, bem como o modelo teórico hierarquizado que foi utilizado na análise dos resultados da pesquisa.

4.2.1 Conceituação das categorias de análise

O conceito de saúde evoluiu consideravelmente, incorporando fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, contudo a saúde já foi definida por diversos aspectos no decorrer da história. Antigamente, a doença era considerada um sinal de desobediência ao mandamento divino ou resultado de feitiçaria. Esta visão mágico-religiosa foi contraposta por Hipócrates, o qual incorporou uma visão racional ao processo saúde-doença, em que o meio influencia nesse processo. Já Galeno, médico grego, revisou a teoria humoral de Hipócrates e ressaltou que a causa da doença era uma condição exclusivamente endógena e que cada órgão do corpo humano funcionava independentemente. Também o conceito de ser saudável era orientado pelo paradigma de que ter saúde era o mesmo que não ter ou estar doente (SCLIAR, 2007).

Com este conceito de saúde, passa-se a fragmentar o corpo em sistemas, enfatizando os aspectos biológicos e a abordagem mecanicista, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica (BATISTELLA, 2007). Prática esta muito vista nos dias de hoje, a qual ocasiona a fragmentação da saúde.

Porém o processo de viver com ou sem saúde, não se limita apenas a evidências orgânicas, naturais e objetivas, nem se traduz apenas a um estado de equilíbrio, visto que está estreitamente interligado às particularidades do contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido, bem como aos significados que cada um atribui a sua maneira de andar na vida (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Levando em conta o contexto e as particularidades do indivíduo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma concepção ampliada da saúde, para além do enfoque centrado na ausência de doença e em sua Constituição criada no ano de 1946 define saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1948 p.1).

Quando analisada a influência da fissura no organismo, Araujo et al (2008) traz que as principais alterações ocorrem no humor, no comportamento e no pensamento.

Também foi constatado que a fissura ocasiona mudança na função cerebral, interferindo diretamente em vários sistemas de neurotransmissão, como o da dopamina, serotonina, opioides, glutamato e noradrenalina (BRASIL, 2014; CHILDRESS et al, 1999).

Contudo cabe ressaltar que no estudo de Schenker e Minayo (2005), os autores descrevem alguns aspectos que seriam predisponentes para o uso de SPA, como: a extrema pobreza, relações familiares gravemente conflituosas, baixo desempenho ou evasão escolar, início precoce do uso e a vulnerabilidade ao efeito das substâncias.

Portanto torna-se indissociável a influência dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais) na ocorrência de problemas de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Um modelo que tem servido de base para explicar as influências do DSS no processo saúde doença é o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, de 1991. Esse modelo busca demonstrar a forma de atuação dos DSS sobre as iniquidades em saúde nos grupos sociais, distribuindo-os em camadas conforme os níveis de abrangência (CNDSS, 2008).

Figura 2 - Modelo dos Determinantes Social de Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).
Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007)

Esse modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, na qual se situam os macrodeterminantes. Como se pode observar, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem os fatores comportamentais e o estilo de vida individual (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Cabe aqui ressaltar que os fatores comportamentais foram considerados parte dos DSS, já que o entendimento que os mesmos não são apenas responsabilidade individual, mas sim situações condicionadas pelo meio.

A camada seguinte do modelo destaca a influência das redes de apoio, cuja coesão social é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste contexto, o uso e abuso de substâncias psicoativas tem interligação com vários determinantes sociais que permanecem na estrutura do problema como: a pobreza, a violência, a falta de recursos e investimentos do Estado e a ausência de políticas educacionais, culturais e fortalecedoras e mantenedoras dos laços familiares e sociais (VENTURA, 2014).

Portanto o abuso de SPA deve ser abordado através de ações e políticas que considerem a sua complexidade e as consequências graves que atingem a usuários, famílias e sociedade. Neste sentido, impõe-se a necessidade de olhares a ações diferenciadas, fundamentadas na compreensão dos usuários como pessoas construídas histórico-socialmente (VENTURA, 2014).

Neste estudo, optou-se por adaptar o Modelo dos DSS, sendo os fatores a serem estudados: os fatores individuais e os fatores comportamentais. Contudo compreende-se que a existência de um fator influência diretamente a manifestação do outro.

- **Fatores individuais**

Nos fatores individuais foram considerados os fatores socioeconômicos, demográficos, saúde e psicológicos.

As diferenças demográficas, sociais e econômicas observadas na sociedade têm repercutido no processo saúde-doença dos indivíduos e populações. Nesse sentido, os menos favorecidos necessitam de recursos e serviços essenciais para garantir a vida, sofrem com as desigualdades e iniquidades que se traduzem num maior número de doenças (RAMIS ANDALIA; SOTOLONGO CODINA, 2009).

Entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.) decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), considera-se que os fatores socioeconômicos influenciam direta e indiretamente as condições de saúde do indivíduo e da comunidade.

Estudos apontam que a maioria dos usuários de crack apresenta situação de vulnerabilidade socioeconômica, tendo eles baixa escolaridade, baixa renda e vínculos informais de trabalho (BASTOS; BERTONI, 2014; BRASIL, 2013; HORTA et al, 2011).

Também devem considerar-se as questões demográficas, visto que usuários de crack são predominantemente do sexo masculino, adultos jovens, solteiros e de cor da pele não branca (BASTOS; BERTONI, 2014; BRASIL, 2013; SILVA et al, 2011).

Outro ponto importante a ser estudado nos fatores individuais é o psicológico, com base no conceito de que as percepções e experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam desequilíbrios psicológicos e, assim, prejuízos à saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

- **Fatores comportamentais**

Considerando que o nível relacionado aos fatores comportamentais indica que estes estão fortemente influenciados pelos DSS, é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nos fatores comportamentais, foram consideradas as relações familiares, as estratégias que o usuário de SPA utiliza para a redução de danos, eventos ocorridos na vida, bem como utilização, tempo e padrão de uso das diferentes substâncias.

Os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Pozza et al (2011), o fortalecimento das relações familiares constitui um dos fatores mais relevantes a ser considerado para a diminuição ou parada do uso de SPA.

Já as estratégias de redução de danos podem ser compreendidas como uma maneira de se abordar o usuário de SPA, descentrando o foco do problema da

erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos (MACHADO; BOARINI, 2013).

Segundo Nancy Krieger (2001) somente por meio de intervenção as iniquidades podem ser superadas, pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam.

4.2.2 Modelo Teórico Hierarquizado

Considerando que o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste modelo optou-se por colocar as características demográficas juntas às socioeconômicas no 1º nível devido à revisão de literatura apontar que muitos comportamentos em usuários de SPA são interferidos por estas questões.

Desta forma, com base na revisão de literatura e no marco teórico, propõe-se como produto o seguinte quadro teórico hierarquizado:

Figura 3 – Modelo teórico hierarquizado dos Determinantes sociais de Saúde relacionados à variação do nível de fissura de acordo com a Revisão de Literatura

Nota: Quadros em branco representam os fatores comportamentais, os demais os individuais.

5 METODOLOGIA

Hipócrates é considerado o precursor da epidemiologia, pois iniciou seus estudos com observações e anotações, considerando os efeitos das estações do ano, dos ventos, das águas, do solo e da exposição ao sol, além do modo de vida dos habitantes, seus costumes alimentares e suas atividades. Após sua morte, seus sucessores não continuaram seus estudos, voltando-se para estudos de caso e não de base populacional. Na idade média, a medicina foi fortemente baseada em procedimentos mágico-religiosos e voltada quase que exclusivamente para as famílias aristocráticas, não proporcionando as condições para a medicina do coletivo. Já no século X, médicos árabes, com o auxílio de textos gregos, adotaram princípios hipocráticos, fundamentando uma prática precursora da saúde pública (ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003).

Porém, somente no século XIX, John Snow, considerado o criador da epidemiologia moderna, foi contra o pensamento corrente de sua época o qual afirmava que a cólera seria transmitida pelo mau cheiro e propôs que algo contido nas fezes dos doentes transmitiria a doença quando ingerida junto da água que, na época, não era tratada. Nesta época, ainda não se cogitava a ideia de que germes seriam os causadores de doenças infecciosas. Entre ele propor sua teoria em 1849, demonstrá-la em 1854, e as autoridades londrinas aceitarem sua teoria e impedirem outro surto em 1866, passaram-se quase 20 anos (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

A epidemiologia, tendo como pilares a clínica, medicina social e a estatística, constitui-se atualmente na principal ciência da informação em saúde, podendo definir a abordagem dos fenômenos da saúde-doença-cuidado por meio da quantificação, utilizando-se de cálculos matemáticos, técnicas de amostragem e de análise (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

A epidemiologia pode ser dividida em descritiva e analítica. Como objetivos principais da metodologia descritiva estão o delineamento do perfil epidemiológico dos entrevistados e a possibilidade de realizar intervenções de saúde coletiva por meio de estudos de frequência e de distribuição destes eventos, assim, servindo como um método investigativo. Um exemplo são os boletins produzidos pelos serviços de vigilância, os quais devem orientar ações de assistência, prevenção e controle de doenças, além de contribuírem para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde (ROUQUAYROL, GURGEL, 2013).

Já a metodologia analítica tem como objetivo realizar delineamento para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Um dos principais delineamentos analíticos é o estudo transversal, onde a exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente. Em geral, esse tipo de investigação começa com um estudo para determinar a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde de uma população especificada (DRUMOND JR, 2006). E para este estudo foi empregada esta metodologia.

Em se tratando do consumo das SPA, a epidemiologia vem ganhando destaque na comunidade científica, devido a estudos que demonstram a magnitude do consumo destas substâncias. No Brasil, atualmente, nota-se um aumento significativo de produções nesta área, particularmente nas últimas duas décadas. Os resultados destes estudos servem para os planejamentos de programas de prevenção (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

A epidemiologia também estuda a distribuição dos determinantes de saúde e os eventos em populações específicas com vistas a minimizar os diferentes problemas de saúde. Quando esta definição é aplicada para o uso de SPA a epidemiologia tem historicamente servido como fundamentação para o entendimento da natureza e extensão do uso, do abuso e da dependência na população a partir de informações básicas, clínicas, tratamentos e pesquisas sobre os serviços para o desenvolvimento de estratégias de prevenção (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; CAMPOS et al, 2012).

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório e analítico o qual visou analisar a influência dos determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack,* parte integrativa da pesquisa "*Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso*"[1].

5.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Pelotas-RS, o qual conta com dois serviços específicos voltados a atenção a usuários de *crack*, álcool e outras drogas, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) e a Estratégia Redução de Danos (RD).

Município da Região Sul do estado do Rio Grande do Sul com população estimada para o ano de 2015 segundo IBGE (2015) de 342.873 habitantes.

Figura 4 - Localização do município de Pelotas-RS

Fonte: Prefeitura Municipal de Pelotas/RS

A rede de saúde do município é composta por cinquenta e três unidades básicas de saúde, seis hospitais, um Pronto Atendimento Adulto, um Pronto-Socorro

[1] Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq nº 041/2010, coordenada pela Profª Dra Michele Mandagará de Oliveira tendo como instituição executora a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A coleta de dados ocorreu de outubro de 2011 a outubro de 2012 e o Relatório final foi confeccionado e encaminhado para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (OLIVEIRA; COIMBRA, 2014).

Municipal, uma Unidade Básica de Atendimento Imediato, oito Centros de Atenção Psicossocial (seis destinados ao atendimento adulto, um destinado a crianças e adolescentes e um destinado a usuários de SPA) e um serviço de atenção a AIDS, no qual está locado o Programa de Redução de Danos (BRASIL, 2015).

5.3 Amostragem

Foi obtida uma amostra estratificada pela estratégia Redução de Danos e CAPS AD, tendo como objetivo estimar a proporção de usuários de *crack* entre os usuários acompanhados pelos programas Redução de Danos e CAPS AD no município. Para o cálculo, utilizaram-se as informações fornecidas pelo sistema de informação da estratégia Redução de Danos e pelo cadastro dos usuários do CAPS AD. A prevalência de usuários de *crack* foi desconhecida ($p = 0,50$), admitiu-se um erro amostral de 4% ($d=0,04$), sob o nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), o total de elementos em cada estrato correspondeu ao total de usuários cadastrados no Programa Redução de Danos ($N=5.700$) e no CAPS AD ($N=200$). O n encontrado foi alocado proporcionalmente aos respectivos estratos, acrescentou-se 10% para substituição de perdas eventuais. A amostra final foi constituída por 505 entrevistas.

Do total de 505 entrevistados, 133 (26,3%) eram usuários de crack e responderam a escala CCQ-Brief, recorte este que será utilizado neste estudo.

5.4 Dos entrevistadores

A coleta de dados e entrevistas necessárias ao estudo transversal de resultados foi realizada por uma equipe multiprofissional que envolveu a equipe de redução de danos, acadêmicos e formados dos cursos de enfermagem, psicologia, educação física, medicina e biologia.

Os entrevistadores passaram por um processo de seleção e posteriormente treinados em um curso de 40h, incluindo treinamento para aplicação de instrumentos.

5.5 Dos participantes

Os Critérios de Inclusão foram:

- Ser usuário acompanhado pelo Programa de Redução de Danos;
- Ser usuário do CAPS AD;
- Ser morador de Pelotas-RS;
- Ser maior de 18 anos;
- Ter participado da pesquisa Perfil dos Usuários de *Crack* e Padrões de uso.
- Ter respondido a escala CCQ-Brief

O Critério de exclusão foram:

- Não ter utilizado *crack*.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, totalizou-se uma amostra de 133 usuários que foram entrevistados.

5.6 Da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de outubro de 2011 a outubro de 2012. A seleção dos participantes ocorreu aleatoriamente, por meio de sorteio. Foram entrevistados os usuários de dois campos distintos: Os usuários acessados pela equipe de RD e os usuários cadastrados no CAPS AD.

Inicialmente, previa-se um período de coleta de dados de quatro meses, contudo, por se tratar de uma população muito difícil de ser localizada, este período se alongou por 12 meses. As entrevistas ocorreram principalmente no domicílio dos entrevistados com o auxílio da equipe do RD e do CAPS AD.

5.7 Instrumentos

A entrevista ocorreu através de um questionário estruturado (**ANEXO C**) e para o presente estudo, foi utilizada a escala *Cocaine Craving Questionnaire* (CCQ–Brief), variáveis socioeconômicas e demográficas, relacionamento com a família, uso de outras SPA (álcool, tabaco e maconha), sintomas de ansiedade, tempo e padrão de uso de *crack*, eventos na vida, estratégias de redução de danos e condições de saúde.

O CCQ-Brief*,* foi desenvolvido por Sussner et al (2006), do qual fizeram uma adaptação do *Cocaine Craving Questionnaire Now*, elaborado por Tiffany et al (1993). O CCQ-Now apresenta 45 questões e com sua adaptação para o CCQ-Brief

foram escolhidas 10 questões. O instrumento (CCQ-Brief) foi criado para facilitar a mensuração do *craving,* visto que, segundo os autores, o instrumento leva menos de dois minutos para ser aplicado, os seus itens são fáceis de entender, e pode ser rapidamente marcado e interpretado. O CCQ-Brief foi criado de modo a refletir os aspectos gerais do *craving* de cocaína, sendo este instrumento importante para ser utilizado quando o pesquisador desejar ter o panorama de *craving* geral em um determinado instante (SUSSNER et al, 2006).

A tradução e a adaptação do questionário para usuários de *crack* foram realizadas por Araujo, Pedroso e Castro (2010) e Araujo et al (2011), respectivamente. As questões estão expostas na **Tabela 1** abaixo descrita. O CCQ-Brief é uma escala *likert* de 7 pontos, que vai de "discordo totalmente" até "concordo totalmente". O escore é realizado através de uma soma simples e os níveis de *craving* são divididos em 4 grupos: Mínimo, Leve, Moderado e Grave, e os pontos de corte de cada grupo estão demonstrados na **Tabela 2.**

Tabela 1 - *Cocaine Craving Questionnaire – Brief* (CCQ-Brief) – Versão Brasileira Adaptada para o *Crack*

Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das frases abaixo marcando em apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for à marca de um dos lados, mais você concordara ou discordara da frase. Por favor, complete cada item. Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.
1. Eu desejo tanto fumar *crack* que quase posso sentir seu gosto. DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **2. Eu tenho um desejo muito forte pelo *crack*.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **3. Vou fumar *crack* assim que puder.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **4. Acho que poderia resistir a fumar *crack* neste momento.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **5. Eu estou com fissura pelo *crack* agora.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **6. Tudo que queria fazer agora era fumar *crack*.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **7. Não sinto nenhum desejo pelo *crack* neste momento.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **8. Fumar *crack* agora faria as coisas parecerem perfeitas.** DISCORDO TOTALMENTE 1: 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **9. Eu vou fumar *crack* assim que tiver a chance.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE **10. Nada seria melhor do que fumar *crack* agora.** DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

Fonte: Araujo, Pedroso e Castro (2010)

Tabela 2 – Pontos de corte do CCQ-Brief – Versão Brasileira Adaptada para o *Crack*

Grau de *Craving*	CCQ-Brief Escore Total
Mínimo	0 a 11 pontos
Leve	12 a 16 pontos
Moderado	17 a 22 pontos
Grave	23 ou mais pontos

Fonte: Araujo et al (2011).

5.8 Variável dependente

Para avaliação dos desfechos foi utilizada a variável **nível de *craving***.

Tabela 3– Variável dependente

Variável	Definição	Escala
Nível de *craving*	Estratificada	Escala – **CCQ-brief**

Fonte: Projeto de pesquisa "Perfil dos usuários de crack e padrões de uso – Pelotas-RS 2014

5.9 Variáveis independentes

As variáveis independentes utilizadas para a análise foram as apresentadas na **Tabela 4.**

Tabela 4– Variáveis independentes

Variável	Definição	Escala
Sexo	Dicotômica	Feminino /masculino
Idade	Discreta	Em anos
Cor da pele	Nominal	Branco, preto, pardo
Estado civil	Nominal	Casado, solteiro, c/ ou s/ companheiro, viúvo, separado ou divorciado
Renda individual	Discreta	Em reais
Renda familiar	Discreta	Em reais
Escolaridade	Discreta	Anos aprovados
Trabalho	Dicotômica	Sim ou não
Filhos	Dicotômica	Sim ou não
Relacionamento Familiar	Nominal	Insatisfeito, mais ou menos e satisfeito
Uso de Tabaco	Dicotômica	Sim ou não
Uso de Álcool	Dicotômica	Sim ou não
Uso de Maconha	Dicotômica	Sim ou não
Tempo de uso do crack	Discreta	Em anos
Frequência de uso de crack	Nominal	Até 4 vezes ao mês, até 3 vezes por semana, 4 vezes ou mais
Estratégia de redução de danos	Nominal	Dormir, comer, tomar água, diminuir o uso e trocar por outra substância menos danosa
Eventos ocorridos no último ano	Dicotômica	Sim ou não
Problemas de saúde	Dicotômica	Sim ou não
Auto avaliação de saúde	Nominal	Ruim, regular, boa
Tuberculose	Dicotômica	Sim ou não
HIV	Dicotômica	Sim ou não
Hepatite B	Dicotômica	Sim ou não
Hepatite C	Dicotômica	Sim ou não
Hipertensão	Dicotômica	Sim ou não
Diabetes	Dicotômica	Sim ou não
Transtornos psiquiátricos menores	Dicotômica	Escala – SRQ-20

Fonte: Pesquisa “Perfil dos usuários de crack e padrões de uso – Pelotas-RS 2014”

5.10 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado nos seguintes momentos:

- Na aplicação dos instrumentos de coleta: através da checagem de cada entrevistador ao final da entrevista; na revisão realizada pelos supervisores ao receber o questionário e na correção da codificação.
- Na entrada de dados: por meio da checagem e mapa de consistência.
- E na replicação do questionário em 5% da amostra, e, posteriormente, comparada as respostas.

5.11 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução COFEN n° 311/2007[2] capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) que diz respeito às responsabilidades e deveres (artigo 89, 90 e 91) e às proibições (artigo 94 e 98) (COFEN, 2007).

Também acatou a Resolução 196/96 no processo de coleta de dados, bem como as diretrizes da Resolução 466/12[3] no que diz respeito à análise e devoluta dos resultados, Resoluções estas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que tratam dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996, 2013).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas recebendo o parecer nº 301/2011 (**ANEXO A**).

Aos participantes do estudo foi assegurado, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o anonimato sobre as informações fornecidas pelos mesmos e o livre acesso aos dados e resultados alcançados (**ANEXO D**). Também foi garantida resposta a qualquer pergunta ou dúvida e o direito de desistir em qualquer momento da investigação. Para a utilização dos

---

[2] Capítulo III (das responsabilidades e deveres): Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo á vida e à integridade da pessoa. Art 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (das proibições): Art. 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja respeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

[3] Resoluções 196/96 e 466/12: Incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

dados da pesquisa obteve-se permissão formal da pesquisadora responsável, conforme **Anexo B**.

Também foi solicitada permissão aos coordenadores dos serviços, trabalhadores de saúde e usuários para aplicação dos questionários.

Os resultados deste estudo serão devolvidos para os usuários, profissionais e para a comunidade em geral por meio de um seminário que será desenvolvido pelo grupo de pesquisa neste ano, da publicação da dissertação e de artigos científicos.

5.12 Processamento e análise de dados

Os dados foram digitados através do Gerenciador de banco de dados Microsoft Access e após a digitação, exportados para o software estatístico STATA v.12 da STATACORP LP para realização das análises estatísticas.

Investigou-se a associação entre a variação do nível de fissura em usuários de *crack* e os potenciais fatores determinantes nas respectivas dimensões.

A adoção do modelo hierarquizado deve-se a multiplicidade de fatores individuais e comportamentais que influenciam simultaneamente na variação do desfecho, discriminando-se as dimensões em blocos hierarquizados (FUCHS; VICTORA; FACHEL, 1996; VICTORA, 1997).

Definiram-se em nível distal as características demográficas e econômicas, dado que na revisão da literatura, muitos autores atribuem a interferência destes fatores a comportamentos em usuários de SPA.

Em nível intermediário, atribuíram-se os fatores comportamentais de satisfação das relações familiares, eventos de vida ocorridos no último ano, as estratégias que o usuário de SPA utiliza para a redução de danos, bem como utilização, tempo e padrão de uso das diferentes substâncias.

Em nível proximal, foram atribuídas as características da condição de saúde dos usuários.

Definiu-se como variável dependente, a classificação dos **níveis de *Craving*** e como potenciais fatores de confusão e de ajuste do modelo final a idade e o sexo do usuário, as variáveis independentes selecionadas foram investigadas como potenciais fatores de risco e não foi definida uma associação principal dado que a natureza deste estudo é exploratória (Figura 5).

Na fase inicial foram realizadas análises descritivas e exploratórias mediante uso de distribuições de frequências e medidas descritivas e de dispersão (médias, medianas e desvio padrão) das variáveis selecionadas. As análises bivariadas foram realizadas visando a identificar diferenças proporcionais entre as variáveis independentes e o **nível de *Craving*** dos usuários de *crack* para cada dimensão dos blocos hierarquizados, mediante aplicação do Teste Qui quadrado de Tendência Linear, adotou-se o nível de significância estatística de 5% (valor de $p \leq 0,05$).

Não foi possível avançar para as etapas subsequentes da modelagem, em decorrência do nível de estratificação do desfecho (n*ível de Craving)*, o número de observações em alguns subgrupos foi insuficiente para permitir a geração de estimativas confiáveis e precisas.

Foi estimado o poder da amostra para verificar a proporção do nível de Craving na amostra de usuários de Crack (n=136) que correspondeu a 99%.

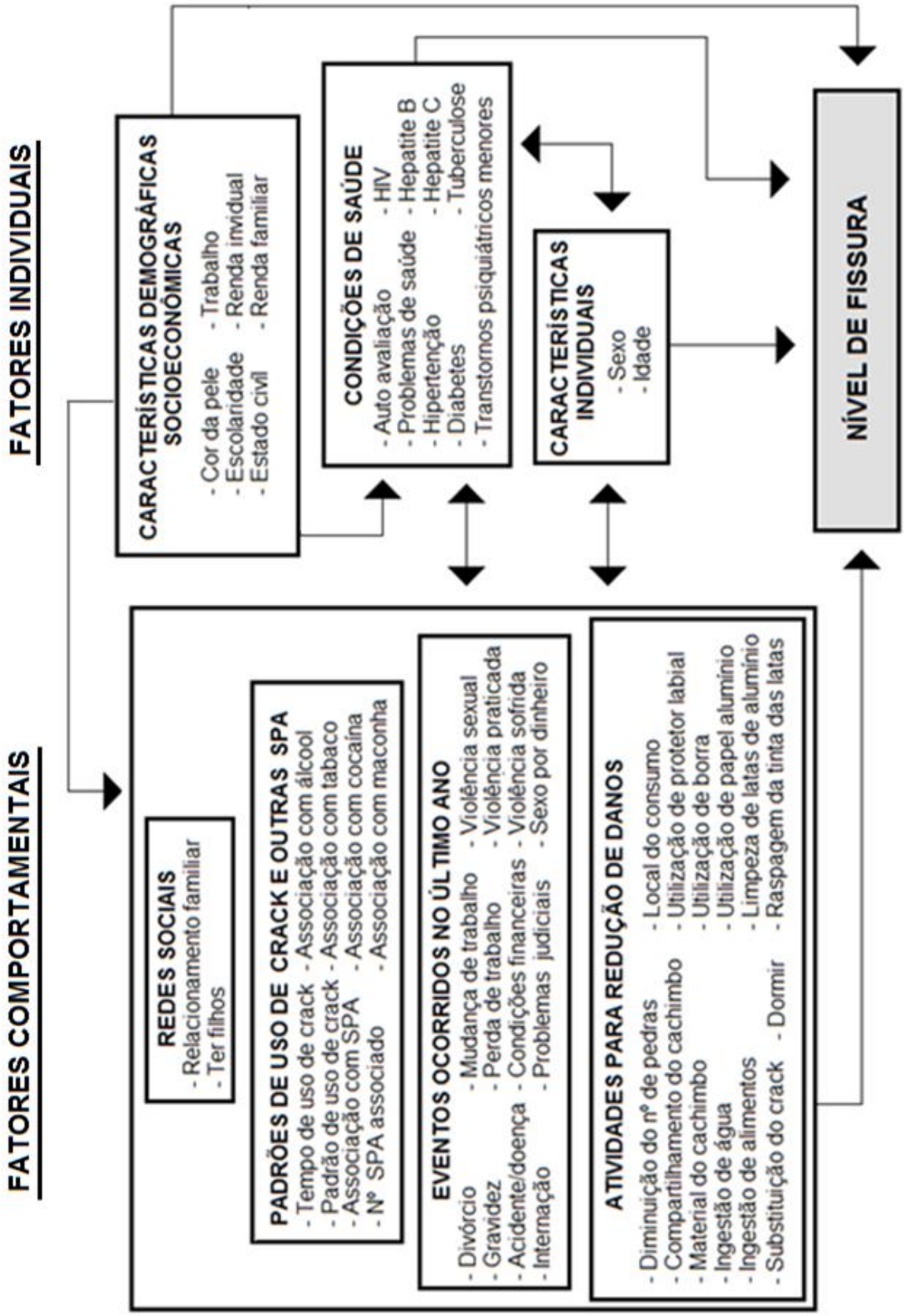

Figura 5 – Quadro de variáveis utilizadas na análise

6 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 133 indivíduos que responderam integralmente a escala CCQ-Brief. Em relação ao nível de fissura, apresentada na **Figura 6,** observa-se que 6 usuários (4,5%) foram classificados com nível de fissura mínimo (0 a 11 pontos), 12 usuários (9,0%) nível de fissura leve (12 a 16 pontos), 58 usuários (43,6%) nível de fissura moderado (17 a 22 pontos) e 57 usuários (42,9%) com nível de fissura grave (23 pontos e mais).

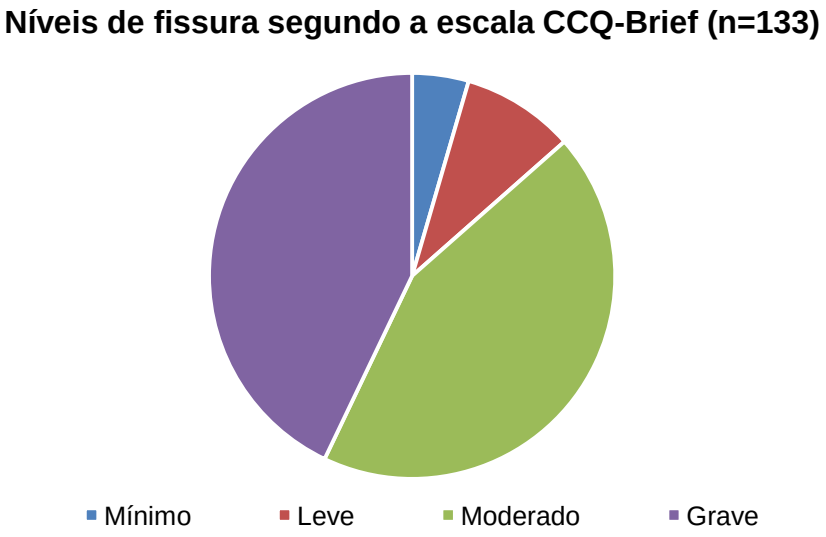

Figura 6 – Gráfico dos níveis de fissura segundo a escala CCQ-Brief (n=133). Pelotas-RS, 2012.

Ressalta-se que 86% dos participantes (n=115) apresentaram níveis de fissura de moderado a grave. A distribuição da frequência dos pontos da escala CCQ-Brief está apresentada na **Figura 7** a seguir:

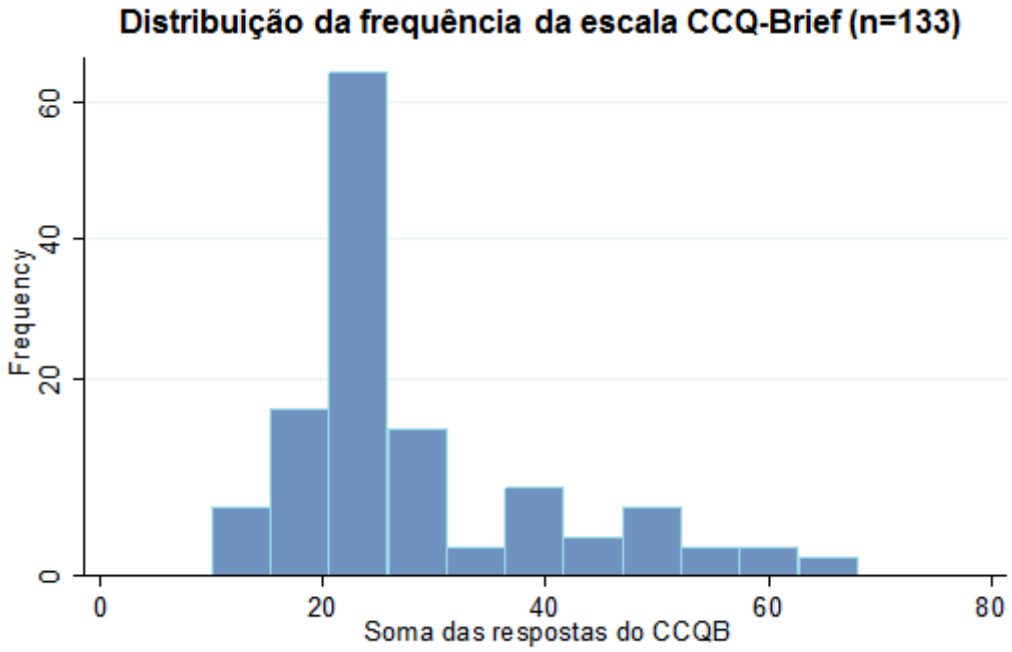

Figura 7 – Histograma da distribuição da frequência da escala CCQ-Brief (n=133). Pelotas-RS, 2012.

O escore médio obtido da escala CCQ-Brief foi de 27,5 (dp = ± 12,4), o escore mediano 22, o mínimo 10 e o máximo 68 pontos. Abaixo está apresentado o Perfil demográfico dos usuários na **Figura 8.**

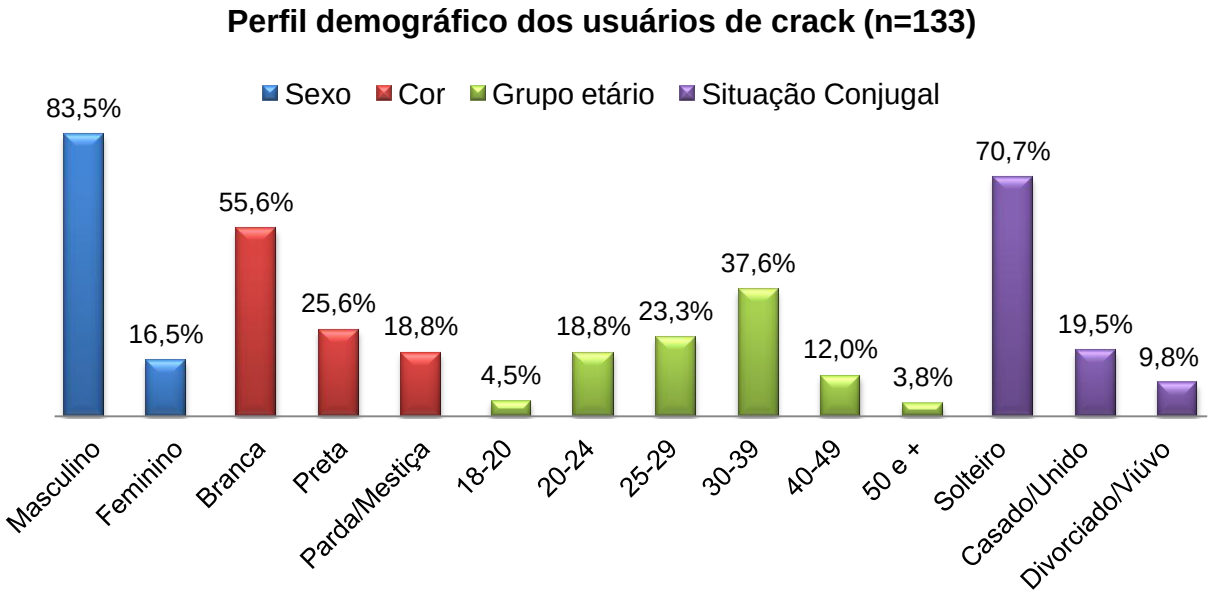

Figura 8 – Gráfico do perfil demográfico dos usuários de crack (n=133). Pelotas-RS, 2012.

Em relação ao perfil demográfico dos entrevistados apresentados na **Figura 8**, há um predomínio do sexo masculino entre os usuários de crack (83,5%). A média de idade foi de 32 anos (dp= ± 9,4 anos), 60,9% concentram-se entre 25 a 39 anos, 23% a idade foi inferior a 25 anos e, 15,8% a idade foi superior a 40 anos ou mais.

A cor autorreferida branca foi predominante (55,6%), a cor preta correspondeu a 25,6% dos entrevistados e pardos/mestiços (18,8%). Quanto à situação conjugal, observam-se um predomínio de solteiros (70,7%), os casados corresponderam a 19,5%. A seguir está apresentado o perfil socioeconômico na **Figura 9**.

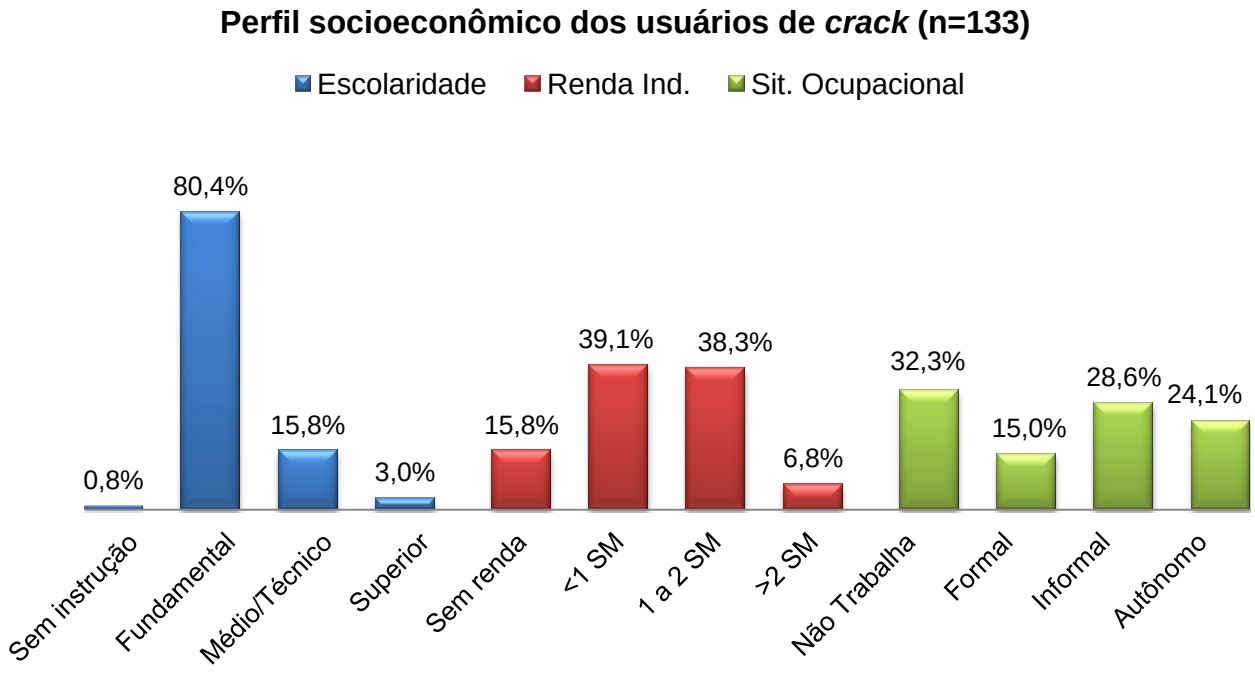

Figura 9 - Perfil socioeconômico dos usuários de *crack* (n=133). Pelotas-RS, 2012.

Ao analisar a **Figura 9**, observa-se que o ensino fundamental completo ou incompleto foi predominante entre os usuários (80,4%), seguido do ensino médio ou técnico (15,8%) e apenas, 3% possuíam o ensino superior completo ou incompleto. Já em relação à distribuição do rendimento individual, 15,8% não possuíam rendimento, 39,1% possuem renda < 1 salário mínimo (SM) enquanto que, em 38,3%, a renda individual variou entre 1 a 2 SM e 6,8% recebiam acima de 2 salários mínimos. Quanto à situação ocupacional dos entrevistados, 32,3% estavam desempregados, 15,0% possuíam emprego formal e 28,6%, informal, 24,1% eram autônomos.

Tabela 5 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo características demográficas e socioeconômicas dos usuários de *crack* (n=133). Pelotas-RS, 2012.

Variáveis	Total		Nível de *craving*								p-valor
			Mínimo 0 – 11		Leve 12 – 16		Moderado 17 - 22		Grave 23 e +		
	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%	
Sexo											
Feminino	22	16,5	2	9,1	1	4,6	9	40,9	10	45,4	0,248
Masculino	111	83,5	4	3,6	11	9,9	49	44,1	47	42,3	
Grupo Etário											
< 20	6	4,5	0	0,0	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0,983
20 – 24	25	18,8	0	0,0	1	4,0	16	64,0	8	32,0	
25 – 29	31	23,3	1	3,2	1	3,2	12	38,7	17	54,9	
30 – 39	50	37,6	5	10,0	8	16,0	18	36,0	19	38,0	
40 – 49	16	12,0	0	0,0	1	6,2	8	50,0	7	43,8	
50 e +	5	3,8	0	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	
Cor											
Branca	74	55,6	2	2,7	9	12,2	34	45,9	29	39,2	**0,045**
Preta	34	25,6	3	8,8	2	5,9	16	47,1	13	38,2	
Parda/Mestiça	25	18,8	1	4,0	1	4,0	8	32,0	15	60,0	
Situação conj.											
Solteiro	94	70,7	4	4,3	11	11,7	40	42,5	39	41,5	0,942
Casado/Unido	26	19,5	2	7,7	1	3,8	13	50,0	10	38,5	
Divorciado/Viúvo	13	9,8	0	0,0	0	0,0	5	38,5	8	61,5	
Escolaridade											
Sem Instrução	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0,083
Fundamental	107	80,4	6	5,6	7	6,5	45	42,1	49	45,8	
Ensino Médio e Téc.	21	15,8	0	0,0	4	19,1	11	52,4	6	28,6	
Superior	4	3,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	
Renda Individual											
Sem renda	21	15,8	2	9,5	1	4,8	8	38,1	10	47,6	0,178
< 1 SM	52	39,1	4	7,7	3	5,8	21	40,4	24	46,1	
1 – 2 SM	51	38,3	0	0,0	6	11,8	25	49,0	20	39,2	
> 2 SM	9	6,8	0	0,0	2	22,2	4	44,4	3	33,3	
Renda Familiar											
Sem renda/ < 1 SM	43	32,3	3	7,0	0	0,0	17	39,5	23	53,5	0,304
1 – 2 SM	46	34,6	3	6,5	5	10,9	21	45,6	17	37,0	
> 2 SM	44	33,1	0	0,0	7	15,9	20	45,5	17	38,6	
Situação Ocupacional											
Não trabalha	43	32,3	3	7,0	5	11,6	15	34,9	20	46,5	0,863
Formal	20	15,0	1	5,0	1	5,0	11	55,0	7	35,0	
Informal	38	28,6	0	0,0	3	7,9	18	47,4	17	44,7	
Autônomo	32	24,1	2	6,2	3	9,4	14	43,8	13	40,6	

Nota: Idade média = 32 anos (dp= ± 9,4 anos) e Idade mediana = 30 anos; Salário mínimo = R$ 622,0;*Qui-quadrado de Tendência Linear.

Na **Tabela 5,** quando observamos a distribuição dos níveis de *craving* dos usuários que autodeclararam cor de pele parda ou mestiça apresentaram maior

prevalência do nível grave (60,0%), quando comparado com as demais cores autorreferidas, as diferenças proporcionais entre os escores se mostraram estatisticamente significantes (p=0,045).

A distribuição dos níveis de *craving* segundo o sexo revela que há uma maior prevalência de usuárias de *crack* com nível de fissura grave (45,4%) quando comparado com os entrevistados do sexo masculino (42,3%). Contudo não foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes, entretanto merece destaque, visto que mesmo as mulheres representando 16,5% do total da amostra, elas apresentaram níveis de fissura mais elevados.

Ressalta-se a relação inversa entre os níveis de *craving,* as rendas familiar e individual e a escolaridade. Observou-se que quanto menos escolarizados e com menor renda, maiores são as prevalências de usuários com níveis de fissura moderado a grave.

Tabela 6 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo características relacionadas às redes de apoio dos usuários de *crack* (n=133). Pelotas-RS, 2012.

Variáveis	**Total**		**Nível de *craving***								**p-valor**
			Mínimo 0 – 11		**Leve 12 - 16**		**Moderado 17 – 22**		**Grave 23 e +**		
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Tem filhos											
Não	41	31,1	0	0,0	3	7,3	25	61,0	13	31,7	**0,045**
Sim	91	68,9	6	6,6	9	9,9	32	35,2	44	48,3	
Relacionamento familiar											
Insatisfeito	31	23,5	1	3,2	3	9,7	16	51,6	11	35,5	0,099
Neutro	28	21,2	4	14,3	3	10,7	6	21,4	15	53,6	
Satisfeito	73	55,3	1	1,4	6	8,2	35	47,9	31	42,5	

Nota: *Qui-quadrado de Tendência Linear

Na **Tabela 6** apresenta-se a distribuição dos níveis de *craving* e as características relacionadas à rede de apoio social dos usuários de *crack*. Observou-se que a variável - ter filhos - apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes (p=0,045), a maior prevalência no nível moderado localizou-se entre os usuários sem filhos (61,0%) e grave entre os usuários com filhos (48,3%). Quanto ao relacionamento familiar e a distribuição dos níveis diferenciados de *craving*, as diferenças proporcionais não se mostraram estatisticamente significantes.

Entretanto, destaca-se a ausência de um padrão quanto à distribuição dos níveis de *craving* e os níveis de satisfação com a relação familiar.

Tabela 7 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo eventos ocorridos na vida dos usuários de *crack* no último ano (n=133). Pelotas – RS, 2012.

Variáveis	Total		Nível de *craving*								p-valor*
			Mínimo 0 – 11		Leve 12 – 16		Moderado 17 – 22		Grave 23 e +		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Divórcio/separação	34	25,6	4	11,8	1	2,9	14	41,2	15	44,1	**0,040**
Prisão ou problemas com a Justiça	51	38,4	0	0,0	5	9,8	15	29,4	31	60,8	0,305
Acidentes ou doença pessoal	36	27,1	2	5,6	2	5,6	11	30,5	21	58,3	0,252
Gravidez	19	14,3	1	5,3	2	10,5	9	47,4	7	36,8	0,694
Mudança de trabalho	39	29,3	1	2,6	5	12,8	17	43,6	16	41,0	0,326
Mudança condições Financeira	58	43,6	1	1,7	6	10,3	27	46,6	24	41,4	0,239
Mudança de trabalho do Cônjuge	19	14,3	1	5,3	4	21,0	10	52,7	4	21,0	**0,035**
Perda de trabalho	43	32,3	1	2,3	5	11,6	19	44,2	18	41,9	0,378
Praticou ato de violência	37	27,8	2	5,4	1	2,7	13	35,1	21	56,8	**0,029**
Sofreu ato de violência	45	33,8	2	4,4	3	6,7	18	40,0	22	48,9	0,345
Fez sexo por dinheiro	16	12,0	0	0,0	2	12,4	7	43,8	7	43,8	0,492
Internação para reabilitação	15	11,3	1	6,6	4	26,7	3	20,0	7	46,7	0,587
Sofreu violência sexual	4	3,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0,840

Nota: *Qui-quadrado de Tendência Linear.

Na **Tabela 7,** está descrita a distribuição dos níveis de *craving* segundo eventos de vida ocorridos no último ano com os usuários de *crack*. Entre os eventos mais frequentemente relatados pelos entrevistados, destacaram-se as mudanças nas condições financeiras (43,6%), prisão ou problemas com a justiça (38,4%), ter sofrido atos de violência (33,8%) e perda de trabalho (32,3%).

Observam-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os seguintes eventos e os níveis de *craving*: ter se divorciado ou se separado no último ano com prevalência de 44,1% dos usuários com nível de fissura grave, seguida pela prevalência de 41,2% no nível moderado (p=0,040); ter ocorrido mudança nas condições de trabalho do cônjuge/companheiro com prevalência de 52,7% do nível

de fissura moderado (p = 0,035); e ter praticado atos de violência no último ano em que se observa uma prevalência de 56,8% dos entrevistados com nível de fissura grave (p=0,029).

Tabela 8 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* segundo padrões de uso e uso associado com outras substâncias psicoativas dos usuários de crack (n=133). Pelotas – RS, 2012.

Variáveis	Total		Nível de *craving*								p-valor*
			Mínimo 0 – 11		Leve 12 – 16		Moderado 17 – 22		Grave 23 e +		
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	
Tempo de uso em anos											
< 1 ano	2	1,5	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0,262
1 - 5 anos	50	37,9	1	2,0	4	8,0	24	48,0	21	42,0	
6 - 10 anos	61	46,2	3	4,9	6	9,8	25	41,0	27	44,3	
≥ 11 anos	19	14,4	2	10,5	2	10,5	6	31,6	9	47,4	
Padrão de uso											
Leve	45	37,5	4	8,9	4	8,9	21	46,7	16	35,5	0,565
Moderado	10	8,3	0	0,0	2	20,0	6	60,0	2	20,0	
Pesado	65	54,2	1	1,5	4	6,2	23	35,4	37	56,9	
Uso associado com outra SPA[a]											
Não	47	35,3	4	8,5	6	12,8	20	42,6	17	36,2	0,774
Sim	86	64,7	2	2,3	6	7,0	38	44,2	40	46,5	
Quantas SPA[a] no mesmo dia (n=86)											
1 SPA	26	30,2	1	3,8	2	7,7	16	61,5	7	26,9	**0,042**
2 – 3 SPA	39	45,4	1	2,6	4	10,3	15	38,5	19	48,7	
≥ 4 SPA	21	24,4	0	0,0	0	0,0	7	33,3	14	66,7	
Associa álcool											
Não	27	20,3	2	7,4	3	11,1	8	29,6	14	51,9	0,305
Sim	106	79,7	4	3,8	9	8,4	50	47,2	43	40,6	
Associa tabaco											
Não	20	15,6	0	0,0	3	15,0	11	55,0	6	30,0	**0,051**
Sim	108	84,4	6	5,6	8	7,4	45	41,7	49	45,4	
Associa cocaína											
Não	37	28,9	2	5,4	4	10,8	15	40,6	16	43,2	0,853
Sim	91	71,1	3	3,3	8	8,8	41	45,0	39	42,9	
Associa maconha											
Não	20	15,5	1	5,0	2	10,0	8	40,0	9	45,0	0,874
Sim	109	84,5	5	4,6	10	9,2	48	44,0	46	42,2	

Nota:[a]SPA: Substâncias Psicoativas; *Qui-quadrado de Tendência Linear

Na **Tabela 8**, analisou-se a distribuição dos níveis de *craving* segundo o padrão de uso de crack**,** observou-se que 60,6% dos usuários relataram utilizar *crack* há mais de 5 anos, o padrão de uso com maior prevalência foi o uso pesado (54,2%), o qual se caracteriza pelo uso da substância quatro ou mais vezes por semana. Em relação aos níveis de fissura, pode-se constatar uma relação

diretamente proporcional, na qual o maior tempo de uso correspondeu a maior prevalência de usuários com níveis de fissura grave.

Quando se observa o uso associado de *crack* com outras SPAs, o maior número de usuários (84,5%) relatou utilizar concomitantemente maconha, seguido de tabaco (84,4%) e álcool (79,7%). A distribuição dos níveis de *craving* segundo número de SPA´s revelam que, quanto mais substâncias são utilizadas, maior é a prevalência de usuários de *crack* com nível de fissura grave, chegando a 66,7% para quem utiliza 4 ou mais substâncias. Dado este que apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes (p=0,042).

Outra relação com relevância estatística foi a associação de tabaco e os níveis de *craving* (p=0,05), na qual se observa que os usuários que relataram fazer esta associação apresentaram maior prevalência do nível grave de fissura (45,4%) quando comparado com os que não utilizam (30,0%).

Tabela 9 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* associado às ações de redução de danos no último ano dos usuários de crack (n=133). Pelotas – RS, 2012.

Variáveis	Total		Nível de *craving*								p-valor*
			Mínimo 0 – 11		Leve 12 – 16		Moderado 17 – 22		Grave 23 e +		
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
Diminuiu o nº de pedras											
Não	64	48,1	3	4,7	8	12,5	26	40,6	27	42,2	0,559
Sim	69	51,9	3	4,3	4	5,8	32	46,4	30	43,5	
Compartilha cachimbo											
Não	57	42,9	1	1,7	6	10,5	25	43,9	25	43,9	0,405
Sim	76	57,1	5	6,6	6	7,9	33	43,4	32	42,1	
Raspa a tinta da lata antes de usar											
Não	109	82,0	5	4,6	12	11,0	46	42,2	46	42,2	0,396
Sim	24	18,0	1	4,2	0	0,0	12	50,0	11	45,8	
Lava a lata antes de usar											
Não	100	75,2	6	6,0	10	10,0	45	45,0	39	39,0	0,605
Sim	33	24,8	0	0,0	2	6,1	13	39,4	18	54,5	
Utiliza cachimbo de bambu											
Não	125	94,0	6	4,8	12	9,6	56	44,8	51	40,8	0,193
Sim	8	6,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	6	75,0	
Utiliza papel alumínio no cachimbo											
Não	90	67,7	5	5,6	10	11,1	40	44,4	35	38,9	0,358
Sim	43	32,3	1	2,3	2	4,6	18	41,9	22	51,2	
Bebe água											
Não	36	27,1	3	8,3	5	13,9	18	50,0	10	27,8	0,230
Sim	97	72,9	3	3,1	7	7,2	40	41,2	47	48,5	
Alimenta-se											
Não	52	39,1	4	7,7	6	11,5	23	44,2	19	36,5	0,751
Sim	81	60,9	2	2,5	6	7,4	35	43,2	38	46,9	
Dorme											
Não	60	45,1	4	6,7	5	8,3	26	43,3	25	41,7	0,581
Sim	73	54,9	2	2,7	7	9,6	32	43,8	32	43,8	
Substituiu por uma SPA menos danosa											
Não	66	49,6	5	7,6	4	6,1	27	40,9	30	45,4	0,063
Sim	67	50,4	1	1,5	8	11,9	31	46,3	27	40,3	
Fuma em lugares arejados											
Nunca	39	29,6	2	5,1	7	18,0	18	46,1	12	30,8	0,332
Às vezes	42	31,8	1	2,4	3	7,2	19	45,2	19	45,2	
Sempre	51	38,6	2	3,9	2	3,9	21	41,2	26	51,0	
Utiliza protetor labial											
Nunca	110	83,4	5	4,6	10	9,1	48	43,6	47	42,7	0,548
Às vezes	11	8,3	0	0,0	1	9,1	4	36,4	6	54,5	
Sempre	11	8,3	0	0,0	1	9,1	6	54,5	4	36,4	
Utiliza borra											
Nunca	42	32,1	2	4,8	3	7,1	23	54,8	14	33,3	0,836
Ás vezes	24	18,3	0	0,0	2	8,3	12	50,0	10	41,7	
Sempre	65	49,6	3	4,6	6	9,2	23	35,4	33	50,8	

Nota: *Qui-quadrado de Tendência Linear

Apesar de grande parte das varáveis da **Tabela 9** referente às ações de redução de danos desenvolvidas pelos usuários de *crack* não apresentarem associação com os níveis de fissura, pode-se destacar que mais da metade dos usuários n=76 (57,1%) fazem o compartilhamento de seus cachimbos, mais de 80% não raspam a tinta da lata antes de utilizá-la e n=89 (67,9%) fazem utilização da borra. Destacou-se, também, uma variável relacionada à substituição do *crack* por outra droga. A mesma demonstrou que dos usuários que fazem a substituição por uma droga "menos danosa" (40,3%) apresentaram nível grave de fissura, enquanto os que não realizavam esta substituição (45,4%), também se apresentavam neste mesmo nível.

Tabela 10 – Distribuição proporcional dos níveis de *craving* associado às condições de saúde no último ano dos usuários de crack (n=133). Pelotas – RS, 2012.

Variáveis	Total		Nível de *craving*								p-valor*
			Mínimo 0 – 11		Leve 12 - 16		Moderado 17 - 22		Grave 23 e +		
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%	
Auto avaliação de saúde											
Ruim	10	7,5	0	0,0	3	30,0	4	40,0	3	30,0	0,814
Regular	33	24,8	1	3,0	1	3,0	14	42,4	17	52,5	
Boa	90	67,7	5	5,6	8	8,9	40	44,4	37	41,1	
Problemas de saúde											
Não	80	60,2	4	5,0	7	8,8	34	42,5	35	43,7	0,674
Sim	53	39,8	2	3,8	5	9,4	24	45,3	22	41,5	
Tuberculose											
Não	123	95,4	6	4,9	11	8,9	54	43,9	52	42,3	0,180
Sim	6	4,6	0	0,0	0	0,0	1	16,7	5	83,3	
HIV											
Não	117	91,4	5	4,3	10	8,5	49	41,9	53	45,3	0,995
Sim	11	8,6	1	9,1	1	9,1	5	45,4	4	36,4	
Hepatite B											
Não	126	98,4	6	4,8	11	8,7	53	42,1	56	44,4	0,926
Sim	2	1,6	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
Hepatite C											
Não	121	94,5	5	4,1	10	8,3	51	42,2	55	45,4	0,926
Sim	7	5,5	1	14,3	1	14,3	3	42,9	2	28,6	
Hipertensão											
Não	116	90,6	5	4,3	10	8,6	48	41,4	53	45,7	0,854
Sim	12	9,4	1	8,3	1	8,3	6	50,0	4	33,3	
Diabetes											
Não	124	96,9	6	4,8	11	8,9	51	41,1	56	45,2	0,566
Sim	4	3,1	0	0,0	0	0,0	3	75,0	1	2,5	
Transtorno psiquiátrico menor SRQ – 20											
Negativo	75	56,4	4	5,3	9	12,0	39	52,0	23	30,7	**0,014**
Positivo	58	43,6	2	3,4	3	5,2	19	32,8	34	58,6	

Nota: *Qui-quadrado de Tendência Linear

De acordo com os resultados expostos na **Tabela 10,** referente às condições de saúde dos usuários de *crack*, a grande maioria das características relacionadas às condições de saúde não apresentaram associação com os níveis de fissura. Exceto entre os níveis de *craving* e o Transtorno Psiquiátrico Menor SRQ-20 que apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes (p=0,014) com 75 usuários com SRQ negativo e 58 usuários com SRQ positivo. Dos usuários que apresentaram SRQ positivo, 34 (58,6%) apresentavam nível grave de fissura e 19 (32,8%) apresentavam nível moderado.

No próximo capítulo será apresentada a discussão referente aos resultados aqui apresentados.

7 DISCUSSÃO

Os Determinantes Sociais de Saúde podem influenciar o processo saúde-doença do indivíduo, comunidade e seu entorno. Reflete-se na qualidade de vida e na quantidade de recurso disponível para a sociedade. A OMS conceitua os DSS como as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham e a comissão dos determinantes sociais de saúde define os determinantes como causas fundamentais das doenças e iniquidades em saúde (VENTURA, 2014; CNSS, 2008; WHO, 1946).

Diretamente relacionado às inequidades geradas pelos DSS, está o conceito de vulnerabilidade social. O conceito de vulnerabilidade inclui dimensões individuais, coletivas e contextuais que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Estudos apontam que a maioria dos usuários de *crack* se apresenta em situação de vulnerabilidade socioeconômica e que os prejuízos na tomada de decisão, aliados à dificuldade em lidarem com o *craving*, são fatores que podem influenciar no ciclo de recaídas, em demissão do emprego, prejuízos financeiros e até na desagregação familiar (BASTOS; BERTONI, 2014; BRASIL, 2013; VIOLA et al, 2013; VIOLA et al, 2012; HORTA et al, 2011).

O perfil dos participantes deste estudo demonstrou que a maioria era do sexo masculino, a média de idade dos usuários entrevistados foi de 32 anos, predominantemente solteiros, com baixa escolaridade e baixa renda. Perfil este que não destoa de outras pesquisas com método similar (LAPPANN et al, 2015; BASTOS; BERTONI, 2014; SILVEIRA et al, 2006).

As diferenças sociais e econômicas apresentam grande impacto no processo saúde-doença, tanto pela escassez de recursos do indivíduo, como pela ausência de investimento em infraestrutura comunitária. Ser homem ou mulher, jovem ou idoso,

pobre ou rico, tem diferentes significados e diferentes consequências para a saúde (BARATA, 2012; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em relação aos níveis de *craving* distribuídos na amostra, obteve-se que a maioria dos entrevistados apresentou nível de fissura moderado ou grave. Resultado este similar ao encontrado no estudo desenvolvido por Lappann et al (2015), no qual também foi utilizado a escala CCQ-Brief, e no estudo de Silveira et al (2006) que foi baseado na avaliação da fissura descrita pelos entrevistados.

Muitas vezes referida como uma necessidade imprescindível para o corpo, a fissura é definida como fator causal do fenômeno conhecido como *binge*: padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de *crack* que pode durar dias, até que se termine a disponibilidade da substância ou até que se haja a exaustão do usuário. A busca obcecada pelo *crack* pode suscitar em comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais (CHAVES et al, 2011).

Em relação ao sexo, mesmo as entrevistadas do sexo feminino apresentando-se em menor número quando comparadas aos entrevistados do sexo masculino, elas apresentaram maior prevalência no nível de fissura grave.

Entre as mulheres usuárias de *crack* evidencia-se que as mesmas utilizam maior quantidade da substância e são mais propensas à dependência de *crack* quando comparadas aos homens (SAYAGO et al, 2013).

O fato de mulheres estarem consumindo mais substâncias psicoativas, entre elas o *crack*, abrange a complexidade do meio social e das relações humanas no mundo contemporâneo (FERTIG et al, 2016). As mudanças nas relações intersubjetivas e no papel que ela ocupa na sociedade, pode fazer com que essa mulher busque no *crack* o prazer em resposta às novas exigências sociais.

O mesmo que ocorreu com a variável - sexo - dos entrevistados ocorre com a cor de pele autorreferida. No perfil há um predomínio de usuários que se autodeclararam brancos, contudo, quando analisada a relação com os níveis de fissura observa-se que usuários pardos/mestiços apresentam maior prevalência de nível de *craving* grave que as demais categorias. Análise esta que demonstrou associação estatisticamente significante.

Confirmando, assim, a hipótese levantada neste estudo em que os usuários de *crack* que apresentam inequidades sociais de saúde têm mais chance de apresentar níveis de fissura elevados.

Embora o abuso do *crack* não se restrinja às classes desfavorecidas, há o nítido predomínio de marcadores de exclusão social se comparados com a população em geral. Dentre os marcadores de exclusão social, destaca-se a cor da pele parda ou preta autorreferida, sugerindo uma trajetória de marginalização social que precede o uso da substância. Somam-se à cor da pele, outras inequidades presentes nos DSS, como a baixa escolaridade, a falta de moradia e o desemprego ou trabalho precário (MESSA et al, 2016; BASTOS; BERTONI, 2014).

Portanto um ponto analisado que merece destaque é a interferência dos níveis de fissura à realização de alguma atividade profissional e na renda individual do usuário, no qual se constatou que os níveis de fissura eram menores entre as pessoas que exerciam atividades profissionais formais e apresentavam maiores níveis econômicos, e que, pessoas com níveis de fissura elevados não conseguiam trabalhar e, portanto, não apresentavam renda. Contudo, devido a esta associação não apresentar relação estatisticamente significante, a hipótese levantada de que usuários de crack que não trabalham tem maior chance de apresentar níveis mais elevados de fissura não pode ser confirmada.

A perda social que o usuário apresenta em relação ao equilíbrio e à manutenção de emprego, de uma rede social de amigos e do convívio com a família, muitas vezes, é apenas um sintoma do abandono e da exclusão socioeconômica em que a pessoa se encontra, mostrando, dessa forma, não só uma responsabilidade da saúde, mas de desenvolvimento de ações integradas que envolvam diversas áreas que trabalhem em conjunto para uma abordagem mais ampla, que vai além da saúde, englobando áreas como a educação, o serviço social e a cidadania (SILVA JÚNIOR et al, 2012).

Falando especificamente das relações familiares, estas aparecem como elemento relevante no estudo dos fenômenos relacionados ao consumo de substâncias. Se por um lado, o ambiente familiar é referido como predisponente e algumas práticas familiares podem se caracterizar como estímulos para a experimentação e a continuidade do uso de substâncias psicoativas, por outro lado, a família também é considerada primordial para evitar o consumo ou na busca por tratamento e no período da recuperação (HORTA et al, 2014; VIOLA et al, 2013; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013; POZZA et al 2011). A família aparece tanto no polo do risco como no da proteção.

No caso específico desse estudo, cabe a reflexão que os usuários que apresentaram algum tipo de rompimento nas relações familiares, mostraram níveis de fissura elevados, remetendo ao entendimento que o uso abusivo do *crack* pode ser caracterizado pelo isolamento social, perda ou afastamento do trabalho e deterioração da convivência familiar. Confirmando, assim, a hipótese de que a insatisfação com as relações familiares está relacionada a um maior nível de fissura de *crack.*

A fissura é recorrentemente referida por usuários abusivos e dependentes de *crack* como uma necessidade imprescindível para o corpo e indispensável para a vida. A impulsividade para saciá-la pode causar sofrimento tanto para o indivíduo como para quem está em seu entorno (PICOLI, 2013; CHAVES et al, 2011).

Este comportamento impulsivo, decorrente de níveis de fissura mais elevado, podem explicar alguns eventos ocorridos no último ano da vida dos entrevistados. Entre estes eventos destacaram-se as mudanças nas condições financeiras, prisão ou problemas com a justiça, ter sofrido e praticado atos de violência e perda de trabalho.

Estes dados apresentam relevância frente à discussão sobre os DSS, visto que o mesmo é caracterizado pelas condições em que a pessoa vive. A pobreza, a desigualdade social, a falta de políticas publicas inclusivas, a vulnerabilidade social e, principalmente, a falta de oportunidades de inserção social apresentam grandes impactos, que se tornam fatores de risco para a questão biopsicossocial do indivíduo.

Aliado a isso, também há o comportamento obsessivo gerado pelo *craving* intenso, este comportamento pode tirar do indivíduo sua capacidade de escolha e discernimento, focando suas atitudes na obtenção da substância. Uma vez que o *crack* se torna imprescindível na vida do indivíduo, a urgência em consumi-lo poderá colocar o usuário e seu entorno em situações de risco (CHAVES et al, 2011).

Na literatura observa-se que o aumento do *craving* está associado positivamente ao tempo de uso de *crack* e ao padrão de consumo. Isso quer dizer que quanto maior o tempo de uso e a quantidade da substância, maior serão os níveis de fissura (LAPPANN et al, 2015; ISMAEL; BALTIERI, 2014). Resultado este similar ao deste estudo.

Porém um mecanismo utilizado pelos usuários de *crack* para enfrentar a fissura é a utilização concomitante ou intercalada de outras substâncias psicoativas. Com o intuito de potencializar os efeitos positivos ou minimizar os efeitos negativos da substância, os usuários aplicam como critério de escolha da substância a ser utilizada em conjunto com o *crack* experiências de outros usuários, experimentação e avaliação dos efeitos das combinações testadas. Muitas são as possibilidades de combinação que englobam medicamentos, substâncias estimulantes e depressoras do sistema nervoso central, contudo as substâncias mais mencionadas são maconha, álcool e tabaco (GONÇALVES; NAPPO, 2015).

Os dados supracitados vão ao encontro dos resultados deste estudo, já que as substâncias psicoativas mais utilizadas em combinação com o *crack* relatadas foram a maconha, seguida do tabaco e do álcool.

Quanto à interferência de outras substâncias psicoativas na variação da fissura nos usuários de *crack*, nota-se que os indivíduos que têm dificuldade em lidar com o seu consumo de cocaína/*crack* são mais propensos a usar o álcool como um mecanismo para a diminuição da fissura e a maconha como forma de tratamento para a diminuição do consumo do *crack* (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Contudo há de se destacar que estudos vêm comprovando que a combinação de álcool com cocaína (seja ela na forma em pó ou em pedra) podem levar a resultados muito danosos para a saúde. O consumo destas duas substâncias concomitantemente gera a substância chamada cocaetileno que se apresenta mais tóxica ao organismo humano que a utilização da cocaína e do crack isoladamente (PORTELA, 2016).

Outra substância analisada quanto à interferência na fissura foi o tabaco. Os resultados encontrados tanto na literatura (REID et al, 1998) quanto nos resultados deste estudo afirmam que a nicotina aumenta os níveis de fissura. Desta forma, pode-se notar que a utilização do álcool e/ou da maconha pode servir como mecanismo de proteção para a diminuição dos níveis de fissura, porém a utilização do tabaco pode acarretar no aumento destes níveis. Confirmando, assim, a hipótese em que a utilização do tabaco associado ao *crack* é um fator de risco para o aumento dos níveis de fissura.

Os resultados deste estudo vêm apresentando a utilização de SPA como estratégias que podem amenizar os sintomas da abstinência e os níveis de fissura do *crack*. Porém, como exposto anteriormente, há de se levar em conta a

necessidade de uma avaliação mais profunda deste uso, no sentido de se evitar o abuso destas outras substâncias que, assim como o uso abusivo de *crack*, pode levar a prejuízos tanto no âmbito físico, psíquico, como social. Destaca-se este fator porque foi observado também neste estudo que quanto mais substâncias são utilizadas, maior é a prevalência de usuários de *crack* com nível de fissura grave, chegando a quase 70% para quem utiliza 4 ou mais substâncias. Resultado este que ratifica a hipótese de que utilizar *crack* e outras substâncias psicoativas com um padrão de uso abusivo aumenta a chance de apresentar níveis mais elevados de fissura.

Estratégias de redução de danos também são recorrentes entre os usuários de *crack* e foram apontados como possíveis fatores que interferem nos níveis de fissura. A falta de alimentação, a não ingestão de água e a ausência ou a diminuição de períodos de sono foram fatores que influenciaram o aumento da fissura (KLUWE-SCHIAVON et al, 2015).

Entre os entrevistados deste estudo, pode-se destacar que quase metade relatou não ingerir alimentos e não dormem enquanto estão utilizando a substância. Além disso, mais da metade dos usuários fazem o compartilhamento de seus cachimbos e mais de 80% não raspam a tinta da lata antes de utilizá-la como base para fumar o *crack*, portanto ficam suscetíveis à contaminação de doenças como a hepatite e a tuberculose e a intoxicação por resíduos de metal.

Sem o intuito de apresentar normas prescritivas, ao analisar os resultados deste estudo e dos achados na literatura, destaca-se a necessidade do indivíduo em desenvolver estratégias que influenciam positivamente o metabolismo, bem como evitar comportamentos que colocam em risco a saúde. É sabido que a introdução de destas estratégias podem influenciar na diminuição dos sintomas de abstinência e, consequentemente, nos níveis de fissura que podem se evidenciar. Contudo cabe destacar que muitos dos entrevistados apresentam-se em situação de extrema vulnerabilidade e, muitas vezes, não se alimentam, não dormem ou compartilham o material para a utilização do *crack*, pois não apresentam condições financeiras e, muitas vezes, se encontram em situação de rua.

Como pode ser observado, estes resultados mesmo não apresentando associação estatisticamente significativa, não podem confirmar a hipótese de que a utilização de estratégias de redução de danos podem diminuir os níveis de fissura,

apresentam dados muito importantes para a ação dos profissionais de saúde frente às necessidades decorrentes do uso da substância.

E é principalmente neste ponto que a equipe de RD se faz de extrema importância. Compreendendo que os níveis elevados de fissura dificultam muito o usuário a aderir tratamentos que pregam a abstinência da substância, a equipe de RD pode garantir uma mínima qualidade de vida para estes usuários a partir das atividades desenvolvidas por estes.

As atividades desenvolvidas pela equipe de RD para o consumidor de *crack* estão intimamente ligadas ao desenvolvimento da autonomia da população, incluindo desde a confecção de cachimbos para evitar o fumo em recipientes potencialmente contaminados, a distribuição de piteiras de silicone, protetor labial, informações e educação sobre infecções sexualmente transmissíveis, a distribuição de preservativos até o desenvolvimento de projetos sociais (MACHADO; BOARINI, 2013).

Finalizando os fatores associados aos níveis de fissura estão as condições de saúde dos entrevistados.

A autoavaliação de saúde pode ser definida como a percepção subjetiva do impacto do estado de saúde, sendo uma construção multidimensional que inclui vários domínios, como o físico, o psicológico e o social (DACHS; SANTOS, 2006).

Esta subjetividade faz alusão a como as pessoas sentem ou percebem suas vidas, sendo importante na avaliação do que faz da vida ser algo bom e desejável, porquanto os fatores objetivos sozinhos são insuficientes para explicar a experiência da qualidade de vida que tem direta influência da autopercepção de saúde (RABELO et al, 2010).

Ao observar os resultados, constata-se que a maioria dos entrevistados autoavaliou as suas condições de saúde como boa, contudo cabe ressaltar que os usuários com autoavaliação regular foram os que apresentavam maiores prevalências nos níveis de fissura moderado e grave.

Outro ponto importante é que quase metade dos entrevistados relatou apresentar algum problema de saúde. As situações de risco, os comportamentos relacionados à saúde e o estado de saúde físico e mental tendem a variar entre os grupos sociais, reforçando a influência dos DSS no processo saúde-doença (BARATA, 2012).

Existem consequências físicas, psíquicas e sociais diretamente relacionadas ao uso de *crack* que são entendidos como fatores agravantes do hábito nocivo, destacando-se uma maior exposição a infecções sexualmente transmissíveis, complicações clínico-somáticas ligadas ao uso abusivo dessa substância e a comorbidade com transtornos psiquiátricos (GROSSI; OLIVEIRA, 2013).

Entre as doenças sexualmente transmissíveis estudadas, merece destaque que 8,6% dos entrevistados relataram ser portadores do vírus HIV, valor este superior ao encontrado em estudo realizado no ano de 2009, quando foi encontrada uma prevalência de 5,9% de HIV entre usuários de substâncias ilícitas (BASTOS; MALTA; ALBUQUERQUE, 2009).

Alguns aspectos que podem estar associados a esse panorama de maior contaminação entre os usuários de *crack* seria a exposição a relações sexuais sem a utilização de preservativos e o compartilhamento de objetos para a utilização da substância. Além disso, apesar da evidente exposição ao risco, grande parte dessa população não realiza o teste para o HIV, evidenciando assim que o número de usuários portadores do vírus pode ser ainda maior (BASTOS; BERTONI, 2014).

O adoecer em função do uso de uma substância tem aspectos que ultrapassam os efeitos no organismo. As substâncias psicoativas, as representações e os significados sociais que estas substâncias possuem, assim como as expectativas dos que a consomem, são de fundamental importância para o desenvolvimento dos agravos que possam vir a ocorrer.

Isso remete à questão da vulnerabilidade em relação ao HIV, que se vincula a um conjunto de aspectos individuais e comportamentais que facilitam a infecção, além dos aspectos sociopolíticos. As disparidades socioeconômicas e de acesso à saúde podem acarretar no adoecimento pelo vírus (CUNHA et al, 2015).

Em relação aos problemas de saúde de ordem psíquica, a presença de transtornos psiquiátricos associada ao consumo abusivo de *crack* é um fenômeno bem documentado. A correta identificação da comorbidade psiquiátrica é necessária, visto que funciona como um fator agravante, indutor e perpetuador da condição de dependência ou abuso, bem como interfere no prognóstico e correta conduta terapêutica. Esta comorbidade é, muitas vezes, subestimada e subdiagnosticada e os sintomas referentes a um transtorno mental, muitas vezes, são atribuídos ao uso agudo ou síndrome de abstinência (KLUWE-SCHIAVON et al, 2015; ISMAEL;

BALTIERI, 2014; GROSSI; OLIVEIRA, 2013; LABIGALINI JUNIOR; RODRIGUES; SILVEIRA, 1999; REID et al, 1998).

Na pesquisa, observou-se associação estatisticamente significante entre a presença de transtornos psiquiátricos menores (TPM) em relação aos níveis de fissura. Ratificando, assim, a hipótese em que os usuários de *crack* que apresentam sintomas de TPM tm maior chance de apresentar níveis mais elevados de fissura.

A partir disso, pode-se inferir a existência de relação entre estes dois aspectos. Entretanto, por se tratar de um estudo transversal, não pode ser confirmado se a utilização do *crack* acarreta a presença de transtornos psiquiátricos ou se é a presença destes transtornos que influenciam na utilização da substância. Estes fatores devem ser estudados com maior profundidade no futuro, visto que a identificação das suas causas eleva o cuidado em saúde baseado apenas nos aspectos biológicos para o patamar de um cuidado biopsicossocial.

Em um estudo no qual foi comparada a presença de TPM entre usuários de *crack* com os usuários de outras SPA, constatou-se que os usuários de *crack* apresentam maior prevalência. E que entre os grupos sintomáticos, o que mais é evidenciado é o humor depressivo-ansioso (SILVEIRA, 2014).

Pode-se concluir que a presença de sintomas psíquicos, como o de ansiedade e depressão, associada à dependência de SPA são frequentes, cabendo ressaltar que a comorbidade aumenta a gravidade dos sintomas e compromete o tratamento, piorando o prognóstico (LEITE, 2015).

A compreensão da fissura apresenta dificuldades decorrentes da própria falta de consenso científico acerca de sua definição. Outra dificuldade é o fator da percepção da fissura por cada usuário ser muito variável, em algumas situações aspectos psicofisiológicos são enfatizados, porém, na grande maioria dos casos, aspectos subjetivos estão em pauta. E o terceiro ponto é que, muitas vezes, estes sintomas são confundidos com a presença de sintomas psíquicos.

As desigualdades em saúde são manifestações dos DSS do processo saúde-doença. Portanto os profissionais de saúde precisam estar atentos para o outro, tentar identificar seus anseios e necessidades e o olhar do profissional deve ir além dos motivos que fizeram os usuários procurarem o serviço de saúde. Ao adotar essa conduta no momento assistencial, assume-se que a saúde e a doença não são apenas objetos, e sim, configuram-se como o modo de ser e andar na vida.

A vulnerabilidade associada ao consumo abusivo de *crack* pode acabar acarretando a dependência dessa substância, na ocorrência de danos biopsicossociais, no isolamento e marginalização, na violência e no rompimento de laços afetivos com a família. Estes fatores contribuem para a diminuição da qualidade de vida e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde (RAMIRO; PADOVANI; TUCCI, 2014; RODRIGUES et al, 2012).

E é nesse sentido, englobando as iniquidades e as desigualdades sociais vivenciadas por esses usuários, que estudos das dificuldades e das potencialidades de enfrentamento relacionados ao consumo dessa substância devem ser realizados. Tais estudos teriam o poder de ampliação da atuação da/na saúde pública, com novas reflexões para a formulação de políticas públicas de saúde com foco no atendimento integral das necessidades dos usuários e não propostas reducionistas que apenas culpabilizam os usuários. Pois somente com o enfrentamento das desigualdades sociais poderá ocorrer a modificação da desigualdade dos determinantes sociais de saúde.

8 CONCLUSÃO

Ao finalizar este estudo, pode-se perceber que os objetivos foram alcançados. A prevalência de fissura em usuários de *crack* utilizando a escala CCQ-*Brief*, demonstrou que os entrevistados, na sua maioria, apresentam níveis de fissura de moderado a grave. E ao analisar a influência dos Determinantes Sociais de Saúde na variação do nível de fissura em usuários de *crack,* constatou-se que os fatores de vulnerabilidades sociais, econômicos, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais estão relacionados ao perfil dos usuários de crack.

Entre os fatores individuais, os que demonstraram interferência estatisticamente significante nos níveis de fissura foram a cor da pele e apresentação de sintomas de transtornos psiquiátricos menores. Resultados estes que confirmaram as hipóteses de que os usuários de *crack* que apresentam iniquidades sociais de saúde têm mais chance de apresentar níveis de fissura elevados e que os usuários de crack que apresentam sintomas de transtornos psiquiátricos menores têm maior chance de apresentarem níveis mais elevados de fissura.

Já entre os fatores comportamentais, os que mostraram relação com o *craving* foram as variáveis vinculadas ao relacionamento familiar (ter se separado/divorciado no último ano), a utilização concomitante do crack com tabaco e ser poliusuário de substâncias psicoativas. Achados estes que ratificam as hipóteses que os usuários de crack que apresentam insatisfação nas relações familiares apresentam maior nível de fissura de crack, utilizar tabaco pode ser um fator de risco para aumento dos níveis de fissura do crack e que quem utiliza crack e outras substâncias psicoativas com um padrão de uso abusivo tem mais chance de apresentar níveis mais elevados de fissura.

Portanto as seguintes hipóteses não foram confirmadas: usuários de *crack* que não trabalham têm maior chance de apresentar níveis mais elevados de fissura; ter usado maconha pode ser um fator de proteção para diminuir os níveis de fissura do *crack*; ter usado álcool pode ser um fator de proteção para diminuir os níveis de fissura do *crack*; e o uso de estratégias de redução de danos como dormir, comer e beber água é um fator de proteção para diminuir os níveis de fissura do *crack*.

Contudo cabe destacar que as variáveis que não apresentaram associação estatística, mas que merecem ênfase são as características demográficas e socioeconômicas dos entrevistados. Constatou-se um predomínio de entrevistados de classe social baixa com marcadores de exclusão social como ser mulher, com baixa escolaridade, sem trabalho e baixa renda. Demonstrando, assim, que o crack não é a causa da exclusão social, mas sim, mais um elemento para tal.

Portanto, com o desenvolvimento deste estudo, pode-se identificar que a maioria dos usuários de *crack* apresenta-se à margem da sociedade e que são necessárias intervenções a partir de um planejamento conjunto de políticas públicas ancoradas nas necessidades dos usuários, procurando a melhoria das condições de vida destes. Estas ações não se fazem apenas no âmbito da saúde, mas sim, interdisciplinarmente com estratégias que minimizem as questões de vulnerabilidades sociais.

Como limitação deste estudo, cabe destacar que o mesmo foi realizado em um município de médio porte do Estado do Rio Grande do Sul e que a amostra não foi suficiente para a continuidade da análise multivariada. Outro ponto importante é que a variável dependente (níveis de *craving*) trata-se mais de uma questão clínica, porém optou-se, neste estudo, por analisá-la sob uma ótica social, visto que ficou comprovado que sem o investimento do Estado para minimizar as desigualdades sociais, a raiz do problema sempre existirá.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para as reflexões acerca das inequidades em saúde dos usuários de crack e que incentive a criação de novas propostas de estudos desta temática, bem como, novas estratégias de atenção às pessoas usuárias de substâncias psicoativas, uma vez que é necessário que os profissionais de saúde, de maneira geral, possam refletir acerca do contexto de vida destas pessoas e que, com isso, possam considerar estratégias de cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, R. R.; MADRUGA, C. S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addict Behav**, v. 39 p. 297-301, 2014.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

AMARANTE, P. D. C.; SOUZA, L. E. **Crack: cuidar e não reprimir.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ARAUJO, R. B.; CASTRO, M. G. T.; PEDROSO, R. S. LUCENA-SANTOS, P.; BALBINOT, A. D.; FISCHER, V. J.; MARQUES, A. C. P. R. Induction and comparison of craving for tobacco, marijuana and crack. **Arch. Clin. Psychiatry**, v. 42, n. 5, p.117-121, 2015.

ARAUJO, R. B.; CASTRO, M. G. T.; PEDROSO, R. S.; SANTOS, P. L.; LEITE, L.; ROCHA, M. R.; MARQUES, A. C. P. R. Validação psicométrica do *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* – Versão Brasileira Adaptada para o *Crack* para dependentes hospitalizados. **J. Bras. psiquiatr**. v. 60, n. 4, p. 233-9, 2011.

ARAUJO, R. B.; OLIVEIRA, M. S.; PEDROSO, R. S.; MIGUEL, A. C.; CASTRO, M. G. T. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.

ARAUJO, R. B.; PEDROSO, R. S.; CASTRO, M. G. T. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire – Brief. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n. 5, p. 195-8, 2010.

BARATA, R. B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BASTOS. F.; MALTA, M.; ALBUQUERQUE, E. **Taxas de Infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros**. Ministério da Saúde. Brasil; 2009.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. (orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BRASIL. Ministério de Saúde. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União Seção 2, 13 nov 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996.** Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília; 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, DATASUS. **Serviços de Saúde do Município de Pelotas**. Acessado em 05 de out. 2015. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=87455531001200

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Efeitos de substâncias psicoativas**: módulo 2. 7ª ed., Brasília, 2014.

BRUNI, A.L. **SPSS aplicado à pesquisa acadêmica**. São Paulo: Atlas, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

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

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**: 2005 /São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A; NAPPO, S. A.Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1168-75, 2011.

CHILDRESS, A.R.; MOZLEY, P.D.; MCELGIN, W.; FITZGERALD, J.; REIVICH M, O. C. P. Limbic activation during cue-induced cocaine craving. **Am J Psychiatr**, v. 156 p. 11-8, 1999.

CNDSS. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde. **As causas das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório. Rio de Janeiro, 2008.

COFEN. **Resolução COFEN n° 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007**. Dispões sobre o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

COMPTON, W. M.; THOMAS, Y. F.; CONWAY, K. P.; COLLIVER, J. D. Developments in the Epidemiology of Drug Use and Drug Use Disorders. **Am J Psychiatry,** v. 162 p. 1494-502, 2005.

CUNHA, G. H.; FIUZA, M. L. T.; GIR, E.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; GALVÃO, M. T. G. Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 23, n. 2, p. 183-91, 2015.

DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 4, p. 887-894, 2006.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DRUMOND JR, M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modo de fazer. In: CAMPOS G.W.S. et al (ORG). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo Hucitec Rio de janeiro Fiocruz, 2006.

DRUMOND JR, M. Epidemiologia em serviços de saúde: conceitos, instrumentos e modo de fazer. In: CAMPOS G.W.S. et al (ORG). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec 2ª ed, 2013. p. 443-482.

FERTIG, A.; SCHNEIDER, J. F.; OLIVEIRA, G. C.; OLSCHOWSKY, A.; CAMATTA, M. W.; PINHO, L. B. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 310-316, 2016.

GONÇALVES, J. R.; NAPPO, S. A. Factores thet lead to the ude of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 706, 2015.

GROSSI, F. T.; OLIVEIRA, R. M. **Manejo clínico do usuário de crack.** Minas Gerais: Diretrizes clínicas, 2013.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; ROSSET, A. P.; HORTA, C. L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2263-70, 2011.

HORTA, R. L.; VIEIRA, L. S.; BALBINOT, A. D.; OLIVEIRA, G. O.; POLETTO, S.; TEIXEIRA, V. A. Families and crack cocaine consumption. **J Bras Psiquiatr.** v. 63, n. 2, p. 104-12, 2014.

ISMAEL, F.; BALTIERI, D. A. Role of personality traits in cocaine craving throughout an outpatient psychosocial treatment program. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 1, p. 24–31, 2014.

KLUWE-SCHIAVON, B.; TRACTENBERG, S. G; SANVICENTE-VIEIRA, B.; ROSA, C. S. O.; ARTECHE, A. X.; PEZZI, J. C. et al. Propriedades psicométricas da Cocaine Selective Severity Assessment (CSSA) em mulheres usuárias de crack. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 115-21, 2015.

KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, n. 55, p. 693-700, 2001.

LABIGALINI JUNIOR, E.; RODRIGUES, L. R.; SILVEIRA, D. X. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. **Journal of psychoactive Drugs,** v. 31, n. 4, p. 451-5, 1999.

LAPPANN, N. C.; MACHADO, J. S. A. TAMEIRÃO, F. V.; BENJAMIM, M. L. N. Craving pelo crack nos usuários em tratamento no centro de atenção psicossocial. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v. 11, n. 1, p. 19-24, 2015.

LEITE, S. C. **O processo saúde doença na perspectiva de usuários de crack e outras drogas**. 2015. – p.88. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-95, 2013 .

MAGURA, S.; ROSENBLUM, A. Modulating effect of alcohol use on cocaine use. **Addictive Behaviors**, v. 25, n. 1, p. 117–22, 2000.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 53, p. 237-249, 2015.

MESSA, G.; VITUCCI, L.; GARCIA, L.; DUTRA, R.; SOUZA, J. Por uma psicopatossociologia das experiências dos usuários de drogas nas cracolândias/cenas de uso no Brasil. In: SOUZA, J. (ORG). **Crack e exclusão social.** Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. p. 163-190.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. **Informações sobre drogas/ Padrões de uso.** Brasília, 2013.

OLIVEIRA, M. M.; COIMBRA, V. C. C. **Perfil dos usuários de crack e padrões de uso/ Relatório Final**. Pelotas, 2014.

PALIWAL, P.; HYMAN, S. M.; SINHA; R. Craving Predicts Time to Cocaine Relapse: Further Validation of the Now and Brief Versions of the Cocaine Craving Questionnaire. **Drug Alcohol Depend**, v. 93, n. 3, p. 252-9, 2008.

PICOLI, M. M. C. **Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Caps I do Interior do Rio Grande do Sul**. Florianópolis, 2013, SC, 167 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

PORTELA G. **Álcool: números preocupam profissionais de saúde pública**. Rio de Janeiro: Icict/Fiocruz; 2016.

POZZA, A. M.; FONSECA, G. A. A.; LACERDA, G. A. F.; FARIAS, A. A. A influência familiar no envolvimento dos jovens com as drogas. **Interdisciplinar:** Revista Eletrônica da Univar, n. 6 p. 154-7, 2011.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Abr-Jun, v. 25, n. 2, p. 203-11, 2009.

RABELO, D. F.; LIMA, C.F.M.; FREITAS, P.M.; SANTOS, J.C. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 115-130, nov. 2010.

RAMIRO, F. S.; PADOVANI, R. C.; TUCCI, A. M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 379-392, 2014.

RAMIS ANDALIA, R. M.; SOTOLONGO CODINA, P. L. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. **Rev Cubana Salud Pública**, v.35, n.4, p. 65-77, 2009.

REID, M. S.; MICKALIAN, J. D.; DELUCCHI, K. L., HALL, S. M.; BERGER, S. P. An acute dose of nicotine enhances cue-induced cocaine craving. **Drug and Alcohol Dependence,** v. 49, p. 95–104, 1998.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2ªed - Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed – Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAYAGO, C. B.; LUCENA-SANTOS, P.; RIMEIRO, F.; YATES, M. B.; OLIVEIRA, M. S. Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. **Aletheia**, Canoas, n. 42, p.164-174, dez. 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 707-717, jul./set. 2005.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Influence of the family environment on individuals who use crack. **Acta Paul Enferm**. v. 26, n. 3, p. 263-8, 2013.

SILVA JÚNIOR, J. G.; MONTEIRO, C. F. S.; ARAÚJO, O. D., ROCHA, S. S.; DOURADO, G. O. L.; MELO, B. M. S. Refrections on the consumption of crack and its interface with the social determinants of health. **Ver Enferm UFPI**, v. 1, n. 2, p. 139-142, 2012.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E.; NIEL, M.; JORGE, M. R. Predicting craving among cocaine users. **Addictive Behaviors,** v. 31, p. 2292–2297, 2006.

SILVEIRA, K. L. **Transtornos Psiquiátricos Menores em Usuários de Drogas: Um Estudo Epidemiológico.** 2014. 66f.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

SUSSNER, B.; SMELSON, D. A.; RODRIGUES, S.; KLINE, A.; LOSONCZY, M.; ZIEDONIS, D. The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. **Drug Alcohol Depend**, 83(3):233-7, 2006.

TIFFANY, S. T.; SINGLETON, E.; HAERTZEN, C. A.; HENNINGFIELD, J. E. The development of a cocaine craving questionnaire. **Drug Alcohol Depend**, 34:19-28, 1993.

VENTURA, C. A. A. Determinantes Sociales de la Salud y el uso de drogas psicoactivas. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, v. 10, n. 3, p. 110- 111, 2014.

VIOLA, T. W.; CARDOSO, C. O.; FRANCKE, I. D.; GONÇALVES, H. A.; PEZZI, J. C.; ARAÚJO, R. B. et al. Tomada de decisão em dependentes de crack: um estudo com o Iowa Gambling Task. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 99-106, 2012.

VIOLA, T. W.; TRACTENBERG, S. G.; PEZZI, J. C.; KRISTENSEN, C. H.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Childhood physical neglect associated with executive functions impairments in crack cocaine-dependent women. **Drug and Alcohol Dependence,** v. 132, p. 271– 276, 2013.

WHO. World Health Organization. **Constitution of the World Health Orgar**
New York, 1946.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro referente aos artigos selecionados na Revisão Sistematizada

Autor	Local/Ano	Sujeitos	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
APPANN; MACHADO; TAMEIRÃO; BENJAMIM.	Brasil/2015	20 usuários de crack atendidos CAPS	Estudo transversal, exploratório nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) realizado seis municípios da região Oeste do Estado de Minas Gerais. Utilizou dados de perfil e a escala CCQ-Brief.	Avaliar o *craving* em usuários de crack em tratamento intensivo e semi-intensivo nos CAPS da macrorregião oeste de Minas Gerais.	O perfil prevalente dos entrevistos eram homens, jovens, solteiros e de baixa escolaridade. Os níveis de fissura estão associados positivamente ao tempo de uso de crack.
KLUWE-SCHIAVON; TRACTENBERG; SANVICENTE-VIEIRA; ROSA; ARTECHE; PEZZI; GRASSI-OLIVEIRA.	Brasil/2015	125 mulheres usuárias de crack	A tradução e adaptação da escala CSSA foi dividida em 8 etapas que consistiram na tradução, reversão para o inglês e posterior nova tradução, criação da primeira versão, pré-teste, criação da segunda versão, estudo piloto e criação da versão final.	Adaptar a Cocaine Selective Severity Assessment (CSSA) para o português do Brasil e verificar as propriedades psicométricas do instrumento.	As variáveis relacionadas a humor, alteração do sono, ansiedade e alteração de apetite foram apontadas como fatores que interferem na fissura.
ISMAEL; BALTIERI.	Brasil/2014	66 homens dependentes de cocaína tanto da forma inalável	Estudo Longitudinal onde foi realizado o acompanhamento dos participantes durante 12 semanas. Analisou, além de dados demográficos, escalas	Avaliar o papel dos diferentes traços de personalidade no *craving* por cocaína/crack medidos ao longo de um programa	Os entrevistados apresentaram uma média de idade de 30,7 anos, predominantemente solteiros (54,5%), cor de pele branca (62,1%) e com 12 anos ou mais de escolaridade (68,2%). A Idade Média do

		quanto da fumada (crack)	que mediam a influência dos traços de personalidade na intensidade do desejo pela substância.	de tratamento psicossocial.	primeiro uso de crack/cocaina foi de 20,5 anos. Os usuários que apresentaram tendência à ansiedade apresentaram maior propensão a utilização e manutenção do uso de SPA. Os níveis de *craving* também podem ser influenciados significativamente pelo padrão de uso da substância.
VIOLA; TRACTENBERG; PEZZI; KRISTENSEN; GRASSI-OLIVEIRA.	Brasil/2013	120 mulheres usuárias de crack	Estudo transversal e comparativo. A amostra foi dividida em dois grupos, o primeiro (n=37) foi composto por mulheres que apresentaram histórico de negligência na infância e o segundo (n=48) sem o histórico de negligência. Além do CTQ que examina a presença de trauma na infância e de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e padrões de uso das substâncias, foram utilizadas escalas que avaliam o grau de depressão (BDI-II), níveis de fissuras	Avaliar a execução de funções por mulheres dependentes de crack que relataram história de negligência na infância e comparar essas medidas com a execução de funções de mulheres dependentes de crack que não tinham relatado negligência na infância.	Pessoas com histórico de negligência na infância apresentaram maiores níveis de fissura do que as que não tinham este histórico. E pessoas que executam funções tendem a ter menores níveis de fissura.

			(CSSA) e toxicodependência (ASI-6).		
VIOLA; CARDOSO; FRANCKE; GONÇALVES; PEZZI; ARAÚJO; FONSECA; GRASSI-OLIVEIRA.	Brasil/2012	30 usuários de crack e 15 entrevistados controle não usuários de crack	Estudo transversal comparativo entre um grupo de usuários de crack e um grupo controle de não usuários em uma tarefa que avalia a tomada de decisão. Além dos dados sociodemográficos foi utilizada a escala CCQ-Brief e o instrumento *Iowa Gambling Task.*	Investigar se há déficits na tomada de decisão por meio do instrumento *Iowa Gambling Task.*	Os entrevistados foram convencionalmente selecionados para que metade fosse do sexo masculino e metade do sexo feminino, a média de idade foi de 30,4 anos e a escolaridade com média de 7,8 anos de estudo. Ao comparar o grupo de usuários de crack com o grupo controle os resultados demostraram que os usuários de crack apresentam maiores dificuldades em desempenhar funções. O escore final do CCQ-Brief não foi descrito no artigo.
SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA; NIEL; JORGE.	Brasil/2006	205 usuários de cocaína tanto na forma inalável quanto na fumada (crack)	Estudo transversal que utilizou um questionário com variáveis sociodemográficos, diagnóstico de dependência de SPA e questões referentes ao *craving.*	Descrever características do fenômeno *craving* em uma amostra de usuários de crack/cocaína e identificar as características que poderiam predizer o aparecimento do fenômeno.	Os entrevistados eram na sua maioria homens (86,2%) e jovens (idade média de 24,8 anos). Dos entrevistados 29,0% referiram ter sentido *craving* intenso, 39,5% relataram o *craving* moderado e 31,5% relataram ter tido *craving* leve. E usuários de crack apresentam maiores níveis de fissura que os usuários de cocaína inalada.
MAGURA; ROSENBLUM.	EUA/2000	66 usuários de cocaína	Estudo transversal que utilizou um questionário	Testar a hipótese de que usuários de	Os entrevistados eram sua maioria homens (56%), de meia

		tanto na forma inalável quanto na fumada (crack)	com variáveis sociodemográficos, diagnóstico de dependência de SPA (cocaína, crack e álcool) e questões referentes ao *craving*.	cocaína/crack pode utilizar álcool para modular os efeitos do *craving* e suas correlações.	idade (38 anos) e de etinias Afro-americanas (42%) e hispânicos (44%). A média de dias em que o entrevistado utilizou cocaína/crack no último mês foi de 18 dias com 33,3% relataram fazer uso diário. Os indivíduos que têm dificuldade em lidar com o seu consumo de cocaína/crack são mais propensos a usar o álcool como um mecanismo de enfrentamento do *craving*. Contudo o autor ressalta que o consumo de álcool pode afetar o consumo de cocaína como no aumento da vulnerabilidade social.
LABIGALINI JUNIOR; RODRIGUES; SILVEIRA.	Brasil/1999	25 usuários de crack e maconha do sexo masculino	Estudo longitudinal realizado ao longo de um período de nove meses. Todos os indivíduos que relataram o uso de cannabis foram incluídos na amostra. Os sujeitos deste estudo não receberam medicamentos para os seus sintomas de abstinência, porque eles já estavam usando	Investigar um fenômeno observado entre o uso abusivo de crack e o uso de cannabis para aliviar os sintomas de fissura e abstinência.	Os sujeitos do estudo eram todos do sexo masculino, solteiro, com uma média de 6,7 anos de estudo. A maioria dos sujeitos neste estudo (68%) deixaram de usar crack e relataram que o uso de cannabis tinham reduzido sua ânsia e produziu mudanças subjetivas e concretas em seu comportamento, ajudando-os a superar o vício.

			cannabis para esse fim.		
REID; MICKALIAN; DELUCCHI; HALL; BERGER.	EUA/1998	20 usuários de crack e tabaco	Estudo transversal randomizado que além de utilizar questionário com variáveis sociodemográficas, índice de intencidade de dependência do crack, questionário de tolerância de nicotina e o perfil do humor, realizou teste duplo-cego onde utlizou na metade dos participantes adesivo de nicotina e na outra metade placebo.	Investigar os efeitos da nicotina na indução de fissura em usuários de crack com histórico de tabagismo	Os entrevistados eram predominantimente do sexo masculino (90%) e 80% se autodeclararam negros. O estudo observou que a ansiedade aumenta os níveis de fissura em usuários de crack/cocaína e que a nicotina é capaz de aumentar estes níveis também.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N º 301/2011
Prof.ª Dr.ª Michele Mandagará de Oliveira

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "**Perfil dos usuários de crack e padrões de uso**" foi **APROVADO.**

Protocolo interno N º 063/2011

Pelotas, 26 de agosto de 2011.

Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPel
COREN-RS 21885

ANEXO B – Carta de Autorização para utilização dos dados

Carta de Autorização

Autorizo a Enfª Karine Langmantel Silveira a utilizar dados referentes à Escala CCCq-Brief utilizada na Pesquisa intitulada: "Perfil dos usuários de crack e padrões de uso" que foi aprovado e financiado pelo Edital MCT/CNPQ 041/2010.

Att,

Profª. Drª. Michele Mandagará de Oliveira

Coordenadora da Pesquisa

Michele Mandagará de Oliveira
Sub-Chefe de Departamento
Faculdade de Enfermagem
-UFPEL-

Pelotas, 15 de outubro de 2014.

ANEXO C – Questionário da pesquisa “Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso”

Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Departamento de Enfermagem Edital 041/2010 MCT/CNPQ	
PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK E PADRÕES DE USO	
Questionário	
Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para caracterizar o perfil do usuário de crack e outras drogas no município de Pelotas-RS e seus padrões de consumo.	
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO (PERFIL)	
Número de identificação: _ _ _ _ _ _	nq _ _ _ _ _ _ _ _ _
1. Área: _____ 2. Micro área: _____	ar _ _ micar _
3. Entrevistadores Aluno: _____ Redutor de danos: _____ Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Dent_ _ / _ _ / _ _ _ _
4. Este questionário é uma substituição? (0) não (1) sim	subs _
5. Entrevistado: _____	
6. Em que local foi realizada a coleta dos dados? (0) No CAPS (3) Na Abordagem de rua (1) Parte no CAPS, parte no domicílio (4) Outro _____ (2) No domicílio	let _
7. Sexo: (0) Feminino (1) Masculino	sx _
8. Qual sua data de nascimento? _ _ / _ _ / _ _ _ _	dn _ _ /_ _/ _ _ _ _

Qual sua idade? __ __ __ anos	id __ __ __
9.Cor: (0) branca (2) preta (1) parda / mestiça (3) outra, qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	cor _
10. Qual seu peso? _ _ _k _ _ _g	pes_ _ _ _ _
11. Qual sua altura? _ m _ _ _ cm	alt _ _ _ _
12.Qual seu estado civil? (0) solteiro (3) divorciado (1) casado/com companheiro (4) viúvo (2) separado (5) outro, qual?_____	stciv _
13. Até que série você estudou? _____ (00) sem escolaridade (01) ensino fundamental completo (06) curso técnico incompleto (02) ensino fundamental incompleto (07) ensino superior completo (03) ensino médio completo (08) ensino superior incompleto (04) ensino médio incompleto (09) pós-graduação completa (05) curso técnico completo (10) pós-graduação incompleta Para entrevistador preencher Total de anos de estudo_____	aest _ _ aest1 _ _
14.Você trabalha? (0) Não (1) Trabalho Informal (2) Trabalho Formal (3) Autônomo (4) Eventual Se sim, qual a ocupação? _____ _____ _____ _	trab _ ocupa1 _ _ ocupa2 _ _ ocupa3 _ _
15. Qual sua renda individual no ultimo mês? _ _ . _ _ _ .,_ _	rid _ _ . _ _ _ .,_ _

16. Qual a renda total da família no ultimo mês? _ _ . _ _ _ .,_ _	rfam _ _ . _ _ _ ,__
17. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente? (00) casa / apartamento próprio (01) casa / apartamento alugado por você mesmo (02) casa dos pais ou outros familiares (03) casa de amigos (04) pensão (alimentação e moradia) (05) abrigo de emergência (06) Posse ou ocupação (07) Rua (08) Outro, qual? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	ondmor _ _
18. Quantas pessoas moram com você? _ _	qpesmo _ _
19. Você tem filhos? (0) Não (1) Sim Se sim, quantos? _ _	filh _ nfil _ _
20. Você tem problemas de saúde? (0) Não (1) Sim **Se não pular para 22**	prosa _
21. Quais: Diabetes (0) Não (1) Sim Hipertensão (0) Não (1) Sim Tuberculose (0) Não (1) Sim HIV (0) Não (1) Sim Hepatite B (0) Não (1) Sim Hepatite C (0) Não (1) Sim Sífilis (0) Não (1) Sim Outros:_____	 diame _ hiper _ procar _ hiv _ hbv _ hcv _ sif _ qop1 _

_____	qop2 _
BLOCO B – SERVIÇOS DE SAÚDE	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a ultima vez que foi até um serviço de saúde	
22.Quais os serviços de saúde que você procura quando tem algum problema de saúde? Unidade de saúde/ Posto de saúde (0) Não (1) Sim Pronto-atendimento (0) Não (1) Sim Pronto-socorro (0) Não (1) Sim Ambulatório de especialidades (0) Não (1) Sim CAPS (0) Não (1) Sim Farmácia (0) Não (1) Sim Benzedeira (0) Não (1) Sim Redução de danos (0) Não (1) Sim Hospital Psiquiátrico (0) Não (1) Sim Comunidades Terapêuticas (0) Não (1) Sim Consultórios (0) Não (1) Sim Outros: _____ **Se refere que não foi em um serviço de saúde passar para 28**	ubs _ pa _ ps _ amb _ caps _ farm _ benz _ redano _ hospsq _ comt _ cons _ out _
23. Local da última consulta: (0) Posto de Saúde (PSF, UBS) (3) Pronto Socorro (1) Consultório Particular (4) UBAI- Navegantes (2) Ambulatório (5) Outro _____	loccon _
24. Porque você escolheu este serviço de saúde? **(Marcar até 3 itens)** (00) No passado eu já estive aqui (01) O serviço foi fortemente recomendado por alguém (02) Eu conhecia alguém que estava em tratamento aqui (03) Eu confiei na recomendação de quem me referiu este serviço	esco1 _ _ esco2 _ _ esco3 _ _

(04) A localização é muito conveniente (05) Estava dentro das minhas possibilidades financeiras (06) Eu não tive outra escolha (07) Outros: _____	
25. Motivo da ultima consulta _____ _____ _	motcon _ _
26. Até que ponto a pessoa que te atendeu no serviço de saúde pareceu compreender o seu problema (situação)? (0) Não me compreendeu de forma alguma (3) Me compreendeu bem (1) Não me compreendeu muito (4) Me compreendeu muito bem (2) Mais ou menos (8) NSA	compro_
27. Até que ponto você sentiu que foi tratado com respeito e dignidade apropriados pela equipe de saúde no serviço de saúde? (0) Nunca me senti respeitado (4) Sempre me senti respeitado (1) Raramente me senti respeitado (5) Nunca fui em um serviço de saúde (2) Mais ou menos (3) Freqüentemente me senti respeitado	trares _
28. Como você está se sentindo agora em relação a sua saúde? (0) Muito Bem (3) Mal (1) Bem (4) Muito Mal (2) Regular	percsa _
29. Você conhece a redução de danos? (0) Não (1) Sim	conhrd _
30. Você já teve contato com a equipe de redução? (0) Não (1) Sim Se sim, há quanto tempo?_____	contrd _ tcrd _ _
31. Quais drogas você já fazia uso quando teve seu primeiro contato com a RD? Álcool (0) Não (1) Sim	alc _

Tabaco (0) Não (1) Sim Cocaína (0) Não (1) Sim Maconha (0) Não (1) Sim Ácido (0) Não (1) Sim Benzina (0) Não (1) Sim Crack (0) Não (1) Sim Outras drogas ilegais (0) Não (1) Sim Se sim, especificar _____	tab _ coc _ mac _ acid _ benz _ crac _ outdrog _
32.Qual foi o último profissional de saúde que realizou visita domiciliar na sua casa? (0) Não recebi (1) Agente comunitário de saúde (2) Redutor de danos (3) Medico (4) Enfermeiro (5) outro _____	profvd _
33. Você já foi internado? (0) Não (1) Sim **Se não passar para 36**	inter _
34. Onde você foi internado e quantas vezes? Hospital psiquiátrico (0) Não (1) Sim n° vezes _____ Hospital Geral (0) Não (1) Sim n° vezes _____ Comunidade terapêutica (0) Não (1) Sim n° vezes _____	uhospi _ uquant _ _ uhger _ uhquan _ _ ucot _ ucotqt _ _
35. Você já foi internado para desintoxicação contra sua vontade? (0) Não (1) Sim	intcv _ _
BLOCO – C (TABACO E ÁLCOOL)	
36. Você fuma cigarro de tabaco? (0) Não (1) Sim (2) Ex-fumante **Se "NÃO" passar para questão 39**	fuma _
37. Por quanto tempo? _ _ _ meses	tpfu _ _
38. Quantos cigarros você fuma por dia? _ _ _	qcig _ _ _
39. Com que frequência você toma bebidas de álcool?	freb_

(0) Nunca (3) 2 a 3 vezes por semana (1) 1 vez por mês ou menos (4) 4 ou mais vezes por semana (2) 2 a 4 vezes por mês **Se "Nunca" passar para questão 44**	
Questionário CAGE	
40. Alguma vez o (a) sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (0) Não (1) Sim	culbeb_
41. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (0) Não (1) Sim	naolem_
42. O (a) Sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber? (0) Não (1) Sim	machuc_
43. O (a) sr. (a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou ressaca? (0) Não (1) Sim	preocu_
BLOCO – D (FAMÍLIA)	
44. No relacionamento com a sua família você está? (0) Muito insatisfeito (1) Moderadamente insatisfeito (4) Um pouco satisfeito (2) Um pouco insatisfeito (5) Moderadamente satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (6) Muito satisfeito	srfa _
45. Sempre que precisa de ajuda com quem sempre você pode contar? **(Marcar até 3 itens)** (00) Ninguém (01) Filho, filha (02) Irmão, irmã (03) Tio, Tia (04) Pai, Mãe (05) Companheiro, companheira	ajuco1 _ _ ajuco2 _ _ ajuco3 _ _

(06) Outro familiar, qual_____ (07) Outro que não seja familiar, quem_____	
46. Assinale os eventos que ocorreram com você no último ano:	
Morte do cônjuge/ companheiro (a) (0) Não (1) Sim	mcop _
Divórcio ou separação do casal (0) Não (1) Sim	disep _
Perda dos filhos para o conselho tutelar (0) Não (1) Sim	pfilct _
Prisão ou problemas com a justiça (0) Não (1) Sim	pris _
Morte de alguém da família / amigo íntimo (0) Não (1) Sim	magf _
Acidentes ou doenças pessoal (0) Não (1) Sim	acdc _
Acidentes ou doenças na família (0) Não (1) Sim	acdf _
Casamento (0) Não (1) Sim	casm _
Reconciliação com o cônjuge/companheiro(a) (0) Não (1) Sim	recon _
Aposentadoria (0) Não (1) Sim	apos _
Gravidez (0) Não (1) Sim	grav _
Dificuldades sexuais (0) Não (1) Sim	dfsxi _
Nascimento de criança na família (0) Não (1) Sim	nasc _
Mudança no trabalho (0) Não (1) Sim	muw _
Mudança na sua condição financeira (0) Não (1) Sim	mcfn _
Saída de filho (a) de casa (0) Não (1) Sim	sfl _
Cônjuge começou ou parou de trabalhar (0) Não (1) Sim	cwn _
Começo ou abandono de estudos (0) Não (1) Sim	caet _
Mudança de residência (0) Não (1) Sim	mdres _
Perda do Trabalho (0) Não (1) Sim	mdtrab _
Mudanças de atividades religiosas (0) Não (1) Sim	mrel _
Mudança no hábito de dormir (0) Não (1) Sim	mudor _
Praticou algum ato de violência no ultimo ano (0) Não (1) Sim	pratvi_
Sofreu algum tipo de violência no ultimo ano (0) Não (1) Sim	sofrvi_
Fez sexo por dinheiro ultimo ano (0) Não (1) Sim	sexdin_

Internou em clinica de reabilitação (0) Não (1) Sim Sofreu algum tipo de abuso/ violência sexual (0) Não (1) Sim no último ano Qual_____	clirea_ soviab_ sviab1 _ _
BLOCO – E (USO DE DROGAS)	
47. Na sua avaliação usar drogas é um problema para você? (0) Não (1) Sim Por quê?_____ _____ _____	comdr_ _ comdr1 _ _
48. Que idade você tinha quando experimentou drogas pela primeira vez? _ _	iddrpr _ _
49. Qual foi a primeira droga que você experimentou? (00) Álcool (05) Ácido (01) Tabaco (06) Benzina (02) Crack (07) Outras drogas Especificar _____ (03) Cocaína (04) Maconha	pridro _ _
50. Quais drogas você já experimentou?	
Álcool (0) Não (1) Sim	exalc _
Tabaco (0) Não (1) Sim	extab _
Crack (0) Não (1) Sim	excrac _
Cocaína (0) Não (1) Sim	excoc _
Maconha (0) Não (1) Sim	exmac _
Ácido (0) Não (1) Sim	exacid _
Benzina (0) Não (1) Sim	exbanz _
Outras drogas (0) Não (1) Sim	exout _
Se, sim Especificar_____	exespe _

Se a resposta não tiver "CRACK" passar para 79	
51. Que idade você tinha quando experimentou crack pela primeira vez? _ _	idexp _ _
52. Você faz uso associado de crack com outras drogas? (0) Não (1) Sim **Se "Não", passar para questão 56**	asscra _ _
53. Quantas drogas você já associou, em um mesmo dia, com o crack? (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 (4) 5 ou mais	assdia _
54. Quais? Álcool (0) Não (1) Sim Tabaco (0) Não (1) Sim Cocaína (0) Não (1) Sim Maconha (0) Não (1) Sim Ácido (0) Não (1) Sim Benzina (0) Não (1) Sim Outras drogas ilegais (0) Não (1) Sim Especificar _____	 asalc _ astab _ ascoc _ asmac _ asacid _ asbenz _ asouil _ asesp _
55. Você faz uso de crack com que frequência? (0) 1 vez por mês ou menos (3) 4 ou mais vezes por semana (1) 2 a 4 vezes por mês (4) diariamente (2) 2 a 3 vezes por semana	crafre _
56. Quantas pedras você fumou na última vez que consumiu crack? _____	pulcon _ _
57. Quanto você gastou na última vez que você fumou crack? _._ _ _,_ _	gasulv _._ _ _,_ _
58. Com quantas pessoas você compartilhou seu cachimbo na última vez? _____	pesch _ _
59. Você costuma fumar em quais locais?_____ _____ _ _____ _	ondfu1 _ _ ondfu2 _ _ ondfu3 _ _

60. Você costuma fumar crack? (0) sozinho (1) em grupo	comfu1 _ _ comfu2 _ _
61. Você fuma em lugares arejados? (0) nunca (1) raramente (2) Ás vezes (3) Quase Sempre (4) sempre	fumar _
62. Você faz uso de protetores labiais? (0) nunca (1) raramente (2) Ás vezes (3) Quase Sempre (4) sempre	protlab _
63. Você costuma fazer uso da borra? (0) nunca (1) raramente (2) Ás vezes (3) Quase Sempre (4) sempre	usbor _ _
64. Quais os materiais que você utiliza para fazer o cachimbo?_____ _____ _____	matco1 _ _ matco2 _ _ matco3 _ _
65. O que você faz para reduzir o dano durante o uso do crack? a) Diminuiu o número de pedras fumadas (0) Não (1) Sim b) Não compartilha cachimbo (0) Não (1) Sim c) Raspa a tinta da lata antes de usar (0) Não (1) Sim d) Lava a lata antes de usá-la (0) Não (1) Sim e) Faz uso de cachimbo de bambu (0) Não (1) Sim Forra com papel alumínio o seu cachimbo (0) Não (1) Sim f) Bebe água (0) Não (1) Sim g) Se alimenta (0) Não (1) Sim h) Dorme (0) Não (1) Sim i) Trocar por outra droga menos prejudicial (0) Não (1) Sim	dimnp _ copcah _ raslat _ lavlat _ cacbam _ foralu _ bebag _ alim _ dorm _ tpod _

Instrumento- *Cocaine Craving Questionnaire* – Brief (CCQ-B) – Versão Brasileira Adaptada para o Crack Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das frases abaixo marcando em apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for à marca de um dos lados, mais você concordara ou discordara da frase. Por favor, complete cada item. Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.	
66. Eu desejo tanto fumar crack que quase posso sentir seu gosto. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	tfucra _
67. Eu tenho um desejo muito forte pelo crack. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	descra _
68. Vou fumar crack assim que puder. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	fumcra _
69. Acho que poderia resistir a fumar crack neste momento. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	rescra _
70. Eu estou com fissura pelo crack agora. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	fiscra _
71. Tudo que queria fazer agora era fumar crack. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	fzacra _

72. Nao sinto nenhum desejo pelo crack neste momento. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	ndecra _
73. Fumar crack agora faria as coisas parecerem perfeitas. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	percra _
74. Eu vou fumar crack assim que tiver a chance. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	chacra _
75. Nada seria melhor do que fumar crack agora. DISCORDO TOTALMENTE 1 2 3 4 5 6 7 CONCORDO TOTALMENTE	mlhcra _
76. Como obteve Crack pela primeira vez?_____ _____ _____ ____	crapv _ _
77. Como obtém dinheiro para comprar a droga?_____ _____ _____ ____	obdc1 _ _ obdc2 _ _ obdc3 _ _
78. De que forma a droga chega até você?_____ _____ _____ _____ _____	fdroc1 _ _ fdroc2 _ _ fdroc3 _ _

BLOCO – F (TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES			
79. SRQ			
a) Sr(a). tem dores de cabeça com freqüência?	(0) Não	(1) Sim	dorcab _
b) Tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim	falap _
c) O(a) Sr(a). dorme mal?	(0) Não	(1) Sim	dorm _
d) O(a) Sr(a). fica com medo com facilidade?	(0) Não	(1) Sim	medfac _
e) Suas mãos tremem?	(0) Não	(1) Sim	maotre _
f) O(a) Sr(a). se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(0) Não	(1) Sim	netepr _
g) Sua digestão **não é boa** ou sofre de perturbação digestiva?	(0) Não	(1) Sim	digper _
h) O(a) Sr(a). **não consegue pensar com clareza**?	(0) Não	(1) Sim	pencla _
i) Sente-se infeliz?	(0) Não	(1) Sim	inf _
j) O(a) Sr(a). chora mais que o comum?	(0) Não	(1) Sim	chor _
l) Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim	atdia _
m) Acha difícil tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim	tomdec _
n) Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?	(0) Não	(1) Sim	trab _
o) O(a) Sr(a). não é capaz de ter **um papel útil na** vida?	(0) Não	(1) Sim	paput _
p) O(a) Sr(a). perdeu interesse nas coisas?	(0) Não	(1) Sim	perint _
q) Acha que é uma pessoa que não **vale nada**?	(0) Não	(1) Sim	pesval _
r) O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	(0) Não	(1) Sim	acavid _
s) O(a) Sr(a). se sente cansado(a) todo o tempo?	(0) Não	(1) Sim	cans _

ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e esclarecido caso queira e concorde em participar de nossas pesquisas, intituladas **"PERFILDOS USUÁRIOS DE CRACK E PADRÕES DE USO" e "AVALIAÇÃO DE ESTRUTURADA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A SAÚDE MENTAL"** autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que os referidos estudos têm como objetivos: Caracterizar o perfil do usuário de crack e outras drogas no município de Pelotas-RS e seus padrões de consumo e avaliar a estrutura da rede de atenção psicossocial a saúde mental, crack, álcool e outras drogas, num município do sul do Rio Grande do Sul.

Garantimos o anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) deforma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:_____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:_____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas
Prof.ª Dr.ª Enf.ª Michele Mandagará de Oliveira
Prof.ª Dra. Enf.ª Valéria Cristina Christello Coimbra
Rua Gomes Carneiro, nº 01. Bloco B, 2º Andar, Bairro Centro. Pelotas. RS. CEP: 96010-610.
Telefone/Fax: 53-39211525.
Email: mandagara@hotmail.com e valeriacoimbra@hotmail.com
Home Page: http://ufpel.edu.br/feo