



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Porto Alegre,
2015



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

CENTRO COLABORADOR
EM ÁLCOOL E DROGAS

Secretaria Nacional de
Política sobre Drogas

Ministério da
Justiça



VALÉRIA CRISTINA DA SILVA

**TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK NA REDE PÚBLICA
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA- PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de álcool e outras drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Prevenção e Assistência a Usuários de Drogas

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosemeri Siqueira Pedroso

Porto Alegre, dezembro de 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rosemeri Siqueira Pedroso

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rosemeri Siqueira Pedroso – CPAD/HCPA
Presidente

Prof.^a Dra. Lísia von Diemen – CPAD/HCPA
Membro

Prof.^o Dr. Anderson Stoft– HCPA
Membro

Prof.^a Ms Alessandra Calixto –HCPA
Membro Externo

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015

“Seja a mudança que você quer ver no mundo.”

Dalai Lama

Dedicatória

À minha querida avó Lídia Gabriel de Albuquerque
(*In memoriam*), fonte inspiradora, Pessoa exemplar a
quem Deus me concedeu o convívio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, presente em todos os momentos de minha vida!

Agradeço a minha mãe e meu pai, Cristiana Albuquerque da Silva e José Bezerra da Silva, pelos ensinamentos de que nunca devemos desistir dos nossos sonhos.

Aos meus irmãos, Verônica Cristina e Lindemberg José, pelo carinho e amizade.

Ao Stone Oliveira, amigo, companheiro, marido presente em todos os momentos. Lhe sou grata pelo apoio imprescindível de sempre.

Aos meus filhos queridos e amados, Leticia Cristina Oliveira e Lucas Edward Oliveira, pelo carinho e compreensão nas ausências! Minha fonte inspiradora de vida!

À minha sogra, Izabel Félix de Oliveira, presente desde o início do mestrado, sempre apoiando e incentivando. Meu muito Obrigada!

Ao meu sogro Wilson Oliveira (*in memoriam*), pelo incentivo prestados nos meus estudos.

Ao Prof. Dr. Flávio Pechansky e toda a equipe do Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA/SENAD, Unidade Álvaro Alvim, pelo acolhimento e oportunidade do aprimoramento do conhecimento.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Rosemeri Siqueira Pedroso, grata pelos aprendizado ao longo desta caminhada e pelo apoio nos momentos mais difíceis. Meu muito Obrigada!

Aos Professores, Prof.^a Dra. Lísia Von Diemen, Prof.^a Ms. Alessandra Calixto e Prof.^o Dr. Anderson Stoft, pelo privilégio de contar com V.Sas. em minha Banca Examinadora.

Ao Comitê de juízes especialistas, Dra. Lídia Macedo, Dra. Carla Dalbosco, Dra. Sílvia, pelas importantes contribuições na fase da análise dos dados.

Ao Luciano Guimaraes, que com toda presteza realizou as análises estatísticas, que permitiu ampliar meus conhecimentos.

Ao Dr. Geraldo Amorim, pelo apoio e incentivo ao longo deste percurso.

À amiga Cecília Yelpo, pela amizade, força e incentivo desde o início do Mestrado.

À amiga Alessandra Cruz, pela amizade e carinho prestados nos maiores desafios enfrentados. Parceira de todos os momentos.

Aos colegas de turma, Magda Valadares, Ingrid Cabral, Luiz Magnum, Maria Carmem Neves, Márcio Silveira, Leonardo Moreira, pela amizade e pelos momentos de apoio e descontração vivenciados nesta trajetória.

À Diretora do CAPS AD, Maria de Fátima Miranda, a Psicóloga Joanira Souza e a Assistente Social Gerlane Bandeira, pela receptividade e apoio na realização da pesquisa.

SILVA, Valeria Cristina da. Tratamento do usuário de crack na rede pública de saúde do município de João Pessoa- PB. Porto Alegre - RS. 2015. fs.48 Dissertação (Mestrado em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas) - Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Porto Alegre, 2015.

RESUMO

Introdução: O uso do crack constitui-se um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade. O crack apresenta-se como uma nova forma de uso da cocaína, com padrão de uso cada vez mais intenso e compulsivo, ocasionando inúmeras intercorrências e implicações sociais e a saúde, levando o usuário a busca de tratamento. **Objetivo:** Conhecer a trajetória de tratamento do usuário de Crack em serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial – CAPSAD III, através das narrativas sobre o consumo e busca por serviço especializado na rede pública de saúde. **Método:** Estudo qualitativo de uma amostra intencional de doze usuários de crack, sendo oito homens e quatro mulheres, em tratamento no CAPS ad III no município de João Pessoa/PB. Os dados foram explorados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. **Instrumentos:** Foi utilizada como instrumento de investigação, entrevista semiestruturada individual para a coleta dos dados sociodemográficos e das narrativas sobre o uso do crack e busca por tratamento. Foram aplicados o Questionário da Trajetória do Usuário de Crack/QTTUC e a Escala de Recaída para usuários de crack – ERUC, porém os dados serão analisados e publicados em artigos posteriormente. **Resultados:** Os achados apontam dificuldades de acesso aos serviços especializados, ocorrendo mais de uma tentativa para conseguir tratamento na rede pública de saúde e observa-se que os serviços da atenção básica e rede hospitalar, ainda não se encontram preparados para atendimento as demandas oriundas dos usuários de crack. Além da relevância do tratamento ambulatorial, evidencia-se a necessidade de serviços da assistência social para retaguarda aos usuários em situação de extrema vulnerabilidade social. **Conclusão:** Os resultados sugerem a implementação de programas que possam facilitar o acesso de usuários de crack aos serviços do Sistema único de Saúde- SUS, qualificar as ações em seus diferentes níveis de atenção e aprimorar os processos de prevenção à recaída, para que os usuários de crack consigam reduzir o retorno do uso das substâncias psicoativas em sua trajetória de tratamento.

Palavras-chave:

Cocaína crack; Tratamento; Saúde pública.

ABSTRACT

Background: Today, crack addiction is one of the major public health issues. Crack is as a new way of cocaine use, with intense and compulsive brains and body effects, resulting in a huge social complications, as well as health implications, leading to seek treatment. **Aims:** Understand the trajectory of crack addicted while in treatment at clinic of Psychosocial Care – CAPS AD III, through narratives about consumption and seeking for specialized doctors from public

health system care. **Method:** Qualitative study; convenience sample of 12 crack addicted, 8 men and 4 women, undergoing treatment at CAPS ad in the city of João Pessoa / PB. We review the data through content analysis technique. **Instruments:** We made a semi-structured interview for each subject for demographic data collection, as well as we collected narratives about the consumption of crack and treatment. We applied questionnaire of crack User trajectory/ QTTUC and Crack Use Relapse Scale (CURS), but the data will be analyzed and published later. **Results:** These findings indicate that accessing specialized services is a tough pathway. Usually, the health public consumer must go there more than one time to be attend. In addition, the public health system still have not enough structure to attend demands from crack users. Besides the relevance of clinic treatment, it is highlighted that social services is essential for users supporting. **Conclusion:** The results suggest that is mandatory develop and execute programs that would facilitate crack users access to the Public Health System. To sum up, increase quality actions at different levels of health care and improve the relapse prevention process is central to crack users avoid relapses while in treatment.

Keywords:

Crack cocaine; Treatment; Public health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ERUC	Escala de Recaída para Usuários de Crack
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
KA	Kappa Ajustado
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
PABAK	Prevalece and Bias Adjusted Kappa
PB	Paraíba
QTTUC	Questionário de Tratamento da Trajetória do Usuário de Crack
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Questões norteadoras do estudo.....	24
Quadro 2. Etapas de análise de conteúdo.....	25
Quadro 3. Índice de Concordância PABAK.....	25
Quadro 4. Categorias.....	27
Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários de crack em tratamento no CAPS ad.....	28
Tabela 2. Início do consumo de drogas lícitas e ilícitas dos usuários de crack (N =12)	29
Tabela 3. Características do consumo de crack entre os entrevistados (n=12)	30

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS	10
PREFÁCIO	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.2 Epidemiologia do Crack	14
1.3 Efeitos e consequências	15
1.4 Tratamento para dependência do crack	16
1.5 Tratamento e Recaída	16
1.6 Justificativa.....	18
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3. ARTIGO	20
3.1 Artigo a ser submetido para publicação	20
3.1.1 Revista Cadernos Saúde Pública	20
4. ESTUDOS COMPLEMENTARES	40
5. CONCLUSÃO	41
5. REFERÊNCIAS	42
6. ANEXOS	46
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
Roteiro da Entrevista	48

PREFÁCIO

O presente estudo foi desenvolvido pelo Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas (CPAD) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que teve como objetivo geral conhecer a trajetória de tratamento do usuário de Crack em serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial – CAPSAD III, através das narrativas sobre o consumo e busca por serviço especializado na rede pública de saúde.

Um projeto de pesquisa foi submetido ao GPPG e aprovado sob o nº 15-0176 oficializando a Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas, em dezembro de 2015, como requisito parcial para a obtenção do Título Mestre em Prevenção e Assistência a Usuários de Drogas.

O artigo é proveniente de um projeto de pesquisa, e foi produzido a partir dos dados obtidos através de um estudo qualitativo, realizado com uma amostra de doze usuários de crack em tratamento no CAPS ad III do município de João Pessoa- PB.

Por fim, as limitações do estudo e as discussões dos resultados do artigo são apresentados nas conclusões e considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Cocaína e Crack

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central¹, extraída das folhas de um arbusto chamada *Erythroxylum coca*, planta nativa da América Andina², seu consumo datam de mais de 4500 anos, nas civilizações dos Andes.^{3,4} No início do século XIX a cocaína era comercializada para uso terapêutico e medicinal.³ e só no século XX que a substância foi considerada uma droga proibida, devido a descoberta dos seus efeitos prejudiciais.¹ Nos anos 1980, nas sociedades ocidentais, a cocaína voltou a ganhar atenção, sendo considerada uma droga glamorizada, sintonizada ao ambiente workaholic dos grandes centros urbanos⁵.

A produção da cocaína passa por diversas etapas^{4,6}: Inicialmente, as folhas são transformadas em uma pasta base. Essa pasta de coca pode ser obtida através da maceração das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio. A partir dessa pasta, é possível originar o crack, a merla e a cocaína refinada, dependendo do processo químico ao qual é submetido.

O consumo do crack ocorre através da inalação da fumaça, produzida ao queimar a pedra⁴. A merla apresenta-se sob a forma de pasta é um produto menos purificado que também pode ser fumado.⁷ A cocaína, ao ser mais refinada, apresenta-se com o aspecto de pó, sob a forma de um sal, o cloridrato de cocaína. Pode ser “aspirado” /inalado – através da aspiração do pó; injetável - pela via intravenosa, após diluído em água.⁸

De fabricação caseira, fumado em cachimbos, consumido em grupos dentro de casas abandonadas (crack houses)⁹, surge o crack, nos bairros pobres de Los Angeles, Miami e Nova York nos anos de 1984 e 1985¹⁰. No Brasil, as informações sobre a chegada do crack são advindas de evidências que apontam o surgimento da droga em bairros da zona Leste alcançando o Bairro da Estação da Luz (Cravolândia) na Cidade de São Paulo. Sendo sua primeira apreensão realizada em 1990.¹¹

Visando uma maior compreensão sobre o fenômeno do uso da cocaína e crack, torna-se fundamental conhecer os índices que os dados epidemiológicos apontam, para o consumo dessas substâncias no Brasil.

1.2 Epidemiologia do Crack

Os estudos a respeito do crack iniciaram há pouco tempo no Brasil ¹², dentre eles, destaca-se o mais recente inquérito epidemiológico¹³ realizado pela Fiocruz, que estimou 370 mil usuários de crack e /ou similares no Brasil. Os dados apontam 78,68% dos usuários presentes nas cenas de uso são do sexo masculino, com idade média de 30 anos, em sua maioria apresentam padrão de consumo diário, sendo que 10% utilizaram serviços de internação para tratamento e 6,55% acessaram serviços extra hospitalares.

Inquéritos anteriores também apresentam achados em relação ao uso de drogas: O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)¹⁴ realizado em 2012, aponta que 4% da população adulta, (quase 6 milhões de brasileiros), já experimentaram alguma apresentação de cocaína na vida. Aproximadamente 2 milhões de pessoas já usou cocaína fumada (crack/merla e oxi) pelo menos uma vez na vida e que quase metade dos usuários (45%) experimentaram cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.

Dados do V LENAD¹⁵ sobre o consumo de drogas entre estudantes de doze a dezoito anos de idade realizados em 2004, nas 27 capitais brasileiras pelo Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), apontam que 2% dos estudantes fez uso na vida de cocaína no Brasil, com índice superior ao Paraguai (1,6%), Portugal (1,3%), e com menor índice em relação aos Estados Unidos (5,4%), Espanha (4,1) e Chile (3,7). O crack foi usado por 0,7% dos estudantes no Brasil, cm destaque para João Pessoa, onde teve o maior percentual do País, com de 2,5% de uso na vida dessa droga.

Em 2001 e 2005 o Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou dois levantamentos que abrangeram indivíduos de 12 a 65 anos de idade, na 107 maiores cidades do País⁹. Tanto os dados do I como do II Levantamento Epidemiológico apresentam uma maior prevalência do uso da cocaína e crack pelo sexo masculino. Os dados do I Levantamento¹⁶ apontam maior porcentagem de uso na vida para homens (1,2%) na faixa etária de 25 a 34 anos (0,7%). No II Levantamento a maior porcentagem de uso na vida foi para homens (3,2%), na faixa etária de 25 a 34 anos. Dados do II Levantamento¹⁷ apontam que 1,4% dos adultos e 1% dos jovens, fizeram uso na vida da cocaína (crack, merla, oxi), aproximadamente 2 milhões de indivíduos.

Os principais resultados em 2005 foram: no Brasil o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 19,4%, quase metade da porcentagem dos Estados Unidos (38,9%), próxima a do Chile (17,1%). A prevalência de uso na vida de cocaína foi de 2,3%,

percentual próximo ao do Chile (4,0%) e Espanha (3,2%). Nas 107 maiores cidades do País o uso na vida de crack foi de 0,7%.

Levando-se em consideração o aumento do consumo de crack no País, considera-se relevante o conhecimento sobre os efeitos do uso dessa substância no organismo e suas implicações para as demais áreas da vida do usuário.

1.3 Efeitos e consequências

O crack chega ao cérebro muito mais rápido que a cocaína em pó. Enquanto a cocaína em pó inalada leva de 10 a 15 minutos para surtir o efeito desejado, o crack pode chegar ao cérebro de 10 a 15 segundos, e seus efeitos pode durar de 5 a 10 minutos.¹⁸

As funções cognitivas do usuário podem ser comprometidas, especialmente déficits de atenção, concentração, memória, aprendizagem e nas funções executivas, podendo perdurar por longo prazo, podendo ser irreversíveis.¹⁹

Tanto o emagrecimento intenso quanto a insônia, decorrentes do uso do *crack*, estão intimamente ligados aos efeitos psíquicos da droga, apresentando os seguintes riscos associados: lesões físicas devidas a brigas, comportamento sexual arriscado, detenção policial e perda de vínculos.²⁰

Essa nova forma de administração da cocaína atinge o cérebro em alguns segundos, originando um padrão de consumo intenso, compulsivo e recorrente.⁹ O uso do crack ocorre com duração de vários dias e com múltiplos episódios até o esgotamento físico e psicológico.¹⁹ A compulsão pelo uso da droga tende a levar o usuário a ter comportamentos bizarros, agressividade, alucinações, tremores, irritabilidade, desconfiança, medo de perder a droga e na abstinência podem aparecer cólicas, dores no corpo, vômitos e náuseas.¹⁹

O crack apresenta um potencial altamente dependógeno, produz em curta duração uma grande euforia, seguida de fissura e desejo de repetir a consumo da substância. O que leva o dependente a utilizar a substância até a exaustão, sem alimentar-se e sem dormir⁹ e, de uma forma geral, a degradação a níveis físicos, psíquicos e morais¹⁵, trazendo problemas sociais e a saúde pública.¹⁸

Considerando que os usuários de cocaína e crack foram os que mais procuravam tratamento nos ambulatórios e serviços de internação para dependência de substâncias psicoativas nos anos 90²¹, se faz necessário investigar sobre o tratamento para dependência do crack.

1.4 Tratamento para dependência do crack

O tratamento da dependência química trata-se de um conjunto de intervenções e técnicas que tem como objetivo abstinência ou redução do consumo de drogas, melhoria na qualidade de vida e funcionamento social²². As características multidimensionais da adição²⁰ demandam tratamento multiprofissional e interdisciplinar, com estratégias dirigidas ao consumo da droga e ao atendimento as diversas áreas afetadas²¹.

No Brasil não existem modelos de tratamento específico para a dependência do crack. Apesar do consenso de que se trata de uma doença crônica e complexa, há muitas controvérsias a respeito de quais abordagens demonstra maior efetividade científica¹². O tratamento não deve ser focado apenas no uso de drogas, mais também nas várias necessidades do usuário, uma vez que ele apresenta perdas em sua vida, durante o período de consumo da substância, o que atuará como fator comprometedor a sua recuperação¹².

A importância da combinação de modelos varia de acordo com as fases de tratamento que os dependentes se encontram²³. A internação hospitalar consiste em desintoxicação em ambiente psiquiátrico em hospital geral, com foco em questões psicossociais, associado ao uso de medicamentos para alívio dos sintomas.⁹A desintoxicação, apresenta-se como uma etapa de curta duração, e que é considerado apenas o começo do tratamento. O ambulatório especializado, ou serviços de mútua ajuda são os locais onde o usuário passará maior parte do tempo, e após seis meses, uma moradia assistida, para ajudá-lo na abstinência, e na retomada de outros aspectos de sua vida, onde permanecerá por um período de tempo mais adequado, visando melhor efetividade no tratamento²⁴.

1.5 Tratamento e Recaída

A recaída tem sido um dos maiores desafios no tratamento de um indivíduo com dependência química. Alguns autores definem a recaída como o retorno aos sintomas após um período de remissão²⁵, outros definem como um processo dinâmico que resulta no retorno aos padrões anteriores de comportamentos considerados problema²⁶.

A fissura é considerada um fator crítico para a ocorrência do uso compulsivo e da dependência de drogas e para os episódios de recaídas após período de abstinência.²⁷As causas das recaídas em transtornos de comportamento tem sido estudadas e desta forma têm desenvolvidos modelos de tratamentos de prevenção, considerando a incidência desses em modalidade

de transtornos¹¹. Desta forma a prevenção da recaída tem recebido crescente atenção científica.¹¹

Um investigação apontou que a motivação para a mudança e as técnicas de prevenção da recaída estimularam a abstinência entre 50% e 70% dos usuários, tanto no regime de internação quanto ambulatorial, porém as recaídas aos padrões de consumo anteriores ao tratamento chegaram a atingir em um período de um ano mais de 50% dos usuários.²⁸

Nos últimos anos, o consumo do crack tem sido a principal causa de internação.³ Estudo realizado em seis hospitais psiquiátricos da grande São Paulo apontou que das internações realizadas 29,8% dos pacientes usavam cocaína cheirada, 38,4% consumiam crack e 31,8% consumiam cocaína em pó e crack, perfazendo-se um total de 70% de usuários de crack³. A maioria desses usuários tendem a buscar os serviços já com muitos prejuízos, levando-o a procura de internação e tendendo a ter baixa adesão ambulatorial após alta²⁹.

O estudo recente³⁰ sobre a trajetória retrospectiva e prospectiva de uma coorte de usuários de crack internados apontou recaídas precoces para o uso do crack: 65,9% recaíram após 30 dias e 86,4% recaíram após 90 dias de alta hospitalar. Os achados evidenciam a busca de tratamentos na rede pública de saúde. De uma amostra de 293 sujeitos, em torno de 90% foram internados até cinco vezes, em um período de 2 anos, e 65% receberam atendimento ambulatorial até três vezes, em dois anos. Uma outra investigação³¹ aponta 43,3% dos usuários de crack já estiveram pelo menos uma vez internados para tratamento do crack. Percebendo com isso que usuários dificilmente conseguem manter-se em abstinência após a alta³² Compatível com os descritos em um outro estudo, em que os entrevistados afirmaram ser inevitável a recaída ocorrendo logo após a alta ou abandono do tratamento.³⁰

As dificuldades de acesso aos serviços ao tratamento são presentes principalmente quando as de recaídas ao uso de crack tem elevado a procura por dispositivos de saúde na tentativa de serem readmitidos,⁵ o que também confirma os achados de um estudo sobre a trajetória de tratamento de homens e mulheres usuários de crack internados, onde são referidas as dificuldades no acesso à internação, que pode levar ao abandono do tratamento.³⁰

A procura por serviços especializados por parte dos usuários de crack está cada vez mais presente, corroborando com os achados da Pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas /UFRGS¹², em cinco centros de atendimento ambulatorial e hospitalar no Brasil, que apontou que 39,4 % dos usuários que procuraram por tratamento foi motivado pelo uso de crack. Desta forma verifica-se a necessidade do conhecimento sobre a trajetória do usuário de crack na busca de tratamento na rede pública de saúde.

1.6 Justificativa

Estudos sobre a trajetória do usuário na rede pública em busca de tratamento ainda são escassos na literatura científica, principalmente em relação ao usuário de crack com histórico de vários tratamentos anteriores. Também são poucos os estudos que abordam a recaída de usuários de crack, embora achados recentes apontem que estas ocorrem com frequência após alta hospitalar e/ou ambulatorial.³⁰

O estudo sobre o trajetória do usuário de crack na rede pública de saúde, culmina na colaboração para um maior entendimento sobre o consumo do crack e as frequentes buscas por tratamento, o que poderá contribuir, significativamente, para o prognóstico e para qualificar as ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde e na elaboração de políticas públicas preventivas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a trajetória do usuário de Crack em serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial – CAPS AD, através das narrativas sobre o consumo e tratamento, na rede pública de saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil sociodemográfico do usuário de crack;
- Compreender o cotidiano do usuário de crack e sua percepção em relação ao consumo e busca de tratamento na rede pública de saúde;

3. ARTIGO

3.1 Artigo a ser submetido para publicação

3.1.1 Revista Cadernos Saúde Pública

Percepção do usuário de crack em relação ao uso e tratamento na rede pública

Valéria Cristina da Silva ^I; Rosemeri Siqueira Pedroso ^I

^ICentro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA/SENAD, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – HCPA/UFRGS

Correspondência: Valéria Cristina da Silva, Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA/SENAD. Unidade Álvaro Alvim. R. Prof. Álvaro Alvin, 400, Bairro Rio Branco, CEP 90420-020, Porto Alegre, RS, Brasil
Fone:83 98725-3011/98844-5337
E-mail: valeriapsico_@hotmail.com

RESUMO

O estudo tem como objetivo descrever a percepção do usuário de crack em relação ao uso e tratamento na rede pública de saúde. Adotou-se metodologia qualitativa e amostra intencional por saturação (oito homens e quatro mulheres), utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo de Bardin. A procura por tratamento se deu devido a auto percepção do estado de saúde. Como consequências do uso do crack as mulheres declaram violência doméstica por seus companheiros também usuários e a perda do exercício da maternidade. Os relatos evidenciam dificuldades no acesso aos serviços especializados. Na perspectiva dos entrevistados o tratamento ambulatorial é um serviço de apoio e suporte psicossocial aos usuários de crack, porém referiram a necessidade de serviços assistenciais de moradia e alimentação gratuita para os usuários em situação de rua. Os resultados sugerem a implementação de programas que não só abordem as questões relacionadas a dependência química, mas que atendam as peculiaridades de grupos específicos, como as sujeitos em situação de extrema vulnerabilidade social e as questões relacionadas a gênero.

Palavras-chave:

Tratamento; Usuário de crack; Rede pública de saúde

ABSTRACT

The study aims to describe the perception of crack users regarding of public health system use and treatment. We adopted a qualitative methodology and intentional sample by saturation (eight men and four women), through semi-structured interviews and the Bardin theory of content analysis. Searching for treatment was due to self-perceived health condition. As consequences of crack addiction, the female subjects report domestic violence committed by their partner, who are also addicted, and they reported a losing process of maternity. The discourses show difficulties in get access into specialized health services. In the subject's outlook, clinic treatment is a service of psychosocial support for crack users, but they state about free housing and food assistance needed services to users on the streets. The results suggest the implementation of programs that do not discuss the issues regarding to substance abuse only, but that cover trait of specific groups such as groups in extreme vulnerability, as well as social problems related to gender.

Keywords:

Treatment; Crack addicted; Health public network

Introdução

No Brasil o crack se difundiu, tornando-se um problema de saúde pública,^{1,2}. Os estudos tem procurado demonstrar o aumento do consumo do crack^{3,4} perfil dos usuários^{4,5} padrão de consumo^{6,7} os comprometimentos à saúde ocasionados pelo uso da substância^{8,9}, as técnicas de tratamento^{10,11}, o que oferecem importante contribuição para o planejamento de intervenções de cuidados junto a esses indivíduos.

A tendência do crescimento do uso do crack, está documentada desde meados da década de 90, onde estudos detectaram o aumento no consumo dessa substância em serviços ambulatoriais especializados^{3,12} As investigações tem procurado compreender o perfil dos usuários de crack que acessa os serviços de saúde ¹³, considerando as dificuldades de abordagem e manejo da problemática que envolve a dependência do crack. A investigação sobre o fenômeno da fissura, tem sido objeto de estudo de pesquisadores, visando maior compreensão sobre o desenvolvimento do padrão compulsivo de uso e dependência do crack e entendimento em relação as recaídas após período da abstinência.¹⁴ Os estudos evidenciam as complicações clinicas e transtornos mentais como as associações mais frequentes, seguidas dos prejuízos cardiopulmo-

nares.¹⁵ Em relação as técnicas de tratamento para a dependência química, os achados tem apresentado bons resultados para as abordagens psicossociais, quanto ao manejo psicoterapêutico para usuários de crack e cocaína.¹⁶

A temática sobre tratamento para a dependência de crack é recente e vem sendo bastante discutida na atualidade, pois não existe um modelo único que seja efetivo para usuários de *crack*, e sim a combinação de modelos e abordagens¹⁷, que deve ser apoiada em uma estratégia de tratamento de longo prazo e dividido em várias etapas, que vão muito além da internação.¹⁸ As abordagens comportamentais (terapia cognitivo –comportamental, prevenção de recaídas, treinamento de habilidades sociais, entrevista motivacional e manejo de contingência) e terapias complementares são consideradas estratégicas com reconhecida evidência científica.¹⁹

Dos serviços da rede pública de saúde que os usuários procuram acessar para tratamento da dependência do crack, achados de um estudo realizado recentemente, demonstra que 6,3% dos usuários apontaram o CAPS ad; 3,6% hospital psiquiátrico; e 2,1% equipamento hospitalar.⁴ O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad III),²⁰ apresenta-se como referência do Sistema Único de Saúde – SUS, para atendimento especializado situado próximo ao local de moradia dos usuários, devendo ter como retaguarda leitos psiquiátricos em hospital geral e outros serviços comunitários.

Estudos qualitativos que abordem aspectos relacionados as experiências dos usuários de crack, referente ao seu consumo e tratamento, ainda são raros. Portanto, o presente estudo visou descrever a percepção do usuário de crack em serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial – CAPS AD III, através das narrativas, sobre a trajetória de uso e busca por tratamento na rede pública de saúde, pretendendo contribuir para a implementação de novas estratégias de abordagens e para as intervenções de ampliação do acesso aos serviços e de adesão ao tratamento.

Método

Estudo qualitativo²¹ com homens e mulheres usuários de crack em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD III em João Pessoa/PB, nos meses de maio e junho de 2015.

Amostragem

Os participantes do estudo foram selecionados no próprio CAPS ad III, o que contou com o auxílio de uma psicóloga e uma assistente social para apresentação da entrevistadora junto aos usuários. Foram realizadas doze entrevistas, quando os discursos atingiram o critério de saturação^{22,23}, ou seja, quando os relatos dos entrevistados apresentaram redundâncias e nenhuma informação nova foi descoberta. Ainda foram realizadas mais duas entrevistas para a confirmação das repetições das narrativas e foram descartadas posteriormente.

Instrumentos

- ✓ Entrevista individual semiestruturada: perguntas abertas previamente padronizadas, que contendo os dados sociodemográficos, a primeira experiência de uso de crack, a história de uso de drogas, o padrão de consumo, as estratégias de coping e a percepção do entrevistado sobre os prejuízos, consequências e tratamento na rede pública de saúde.

Entrevistas

1. O convite para participação no estudo foi feito pessoalmente pela pesquisadora principal do estudo, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e sobre a necessidade da gravação, com a garantia do sigilo e anonimato;
2. Os horários das entrevistas foram combinados com os próprios sujeitos, respeitando os momentos de atendimento dos mesmos no serviço;
3. As entrevistas foram realizadas individualmente em local apropriado e sem interferências no próprio serviço;
4. Após obter o consentimento informado dos participantes as entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em áudio, com duração mínima de 60 min e máxima de 1 h e 20 min;
5. As entrevistas foram transcritas integralmente pela pesquisadora principal;
6. Não houve nenhuma desistência.

Estudo piloto

Antes da realização da investigação propriamente dita, a pesquisadora principal realizou um estudo-piloto com uma amostra de oito usuários de crack, selecionados em diferentes serviços e dentre eles pessoas em situação de rua que não se conheciam, para assegurar uma amostra heterogênea. O objetivo desse estudo piloto, foi avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos de coleta de dados na fase que antecede a realização da pesquisa. As questões norteadoras do estudo foram testadas, quanto à sua viabilidade, a fim de fazer correção de erros e realizados os ajustes necessários para a sua aplicação. Como resultado do estudo piloto inserimos perguntas para coleta de dados sociodemográficos, o que foi aferido pelo prontuário do entrevistado. A entrevista constou de nove questões norteadoras que foram selecionadas pela pesquisadora principal, que é psicóloga, com experiência profissional na área da Saúde Mental, como gestora e supervisora clínico institucional da rede ad (álcool e outras drogas), e com base na revisão de literatura.

Quadro 1. Questões norteadoras do estudo

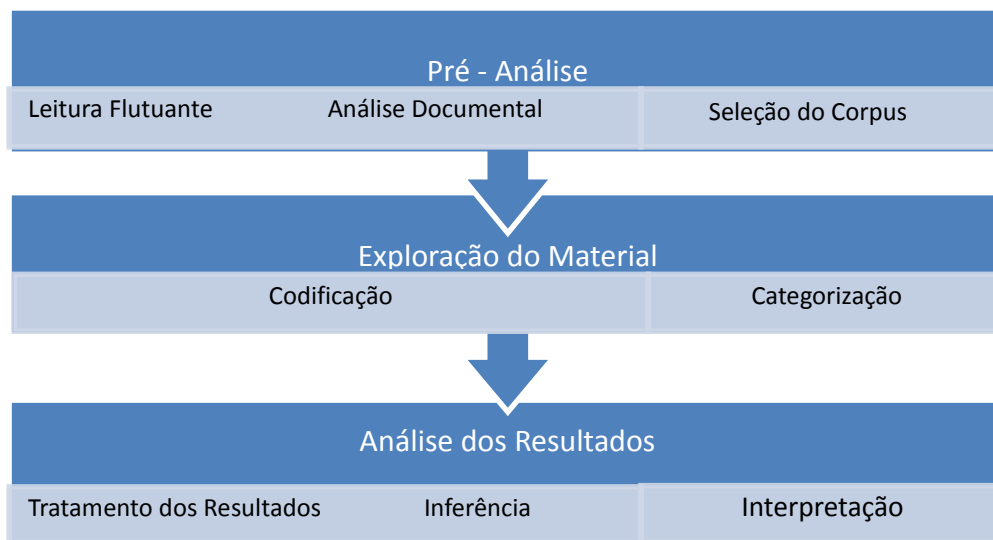
Questões norteadoras	
1	Como foi sua primeira experiência com o uso do crack?
2	Em sua opinião, o que influenciou para que você usasse o crack?
3	Qual a regularidade/frequência de consumo de crack?
4	Além do crack, você usa outras substâncias psicoativas (drogas)? Quais e com que idade você começou a usar cada tipo de droga?
5	Como você percebe o uso do crack na sua vida?
6	Em quais circunstâncias você tentou conseguir tratamento na rede Pública de Saúde? Quantas tentativas foram realizadas?
7	Qual sua percepção em relação aos tratamentos ofertados nos serviços públicos de saúde para os usuários de crack?
8	Você utiliza estratégias para prevenir as recaídas? Quais?
9	Qual o tempo máximo que conseguiu manter-se abstinente? (Ficar limpo)

Análise do conteúdo das entrevistas

As entrevistas foram transcritas de forma ordenada, categorizadas pela pesquisadora principal e submetidas a análise de conteúdo de Bardin²⁴, através de três etapas: pré-análise,

contato com o material coletado através de “leitura flutuante e constituição do corpus da pesquisa. A exploração do material, consistiu na codificação e categorização, através das seguintes etapas: a) escolha das unidades de contagem, b) a seleção das regras de contagem e c) a escolha de categorias; Análise dos resultados -foram elaboradas inferências e interpretações alicerçadas no conteúdo das narrativas.

Quadro 2. Etapas de análise do estudo



Fonte: Esquema adaptado de Bardin 1977²⁵

Índice PABAK²⁶

As categorias elencadas das narrativas dos entrevistados foram encaminhadas para dez (juízes) profissionais e especialistas em dependência química (sete psicólogos, três assistentes e sociais) para análise do material codificado. Para avaliar a concordância entre os juízes avaliadores e medir a confiabilidade das variáveis categóricas, realizou-se a aplicação do índice PABAK (Prevalece and Bias Adjusted Kappa) - Kappa ajustado (KA) pela prevalência. Usou-se os critérios de Landis & Koch, para interpretação da concordância, que foi classificado como quase perfeita (0,80 -1.00). Foi utilizado o software WINPEPI versão 11.47.

Quadro 3. Índice de Concordância PABAK

	Juíz 1	Juíz 2	Juíz 3	Juíz 4	Juíz 5	Juíz 6	Juíz 7	Juíz 8	Juíz 9	Juíz10
Juíz1	-	0,73	0,73	0,67	0,53	0,60	0,60	0,73	0,60	0,60
Juíz2	86,7	-	0,73	0,80	0,67	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73
Juíz3	86,7	86,7	-	0,80	0,67	0,73	0,73	0,87	0,73	0,73
Juíz4	83,3	80,0	90,0	-	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80
Juíz5	76,7	83,3	83,3	90,0	-	0,67	0,67	0,67	0,80	0,67
Juíz6	80,0	86,7	86,7	90,0	83,3	-	0,1	0,87	0,73	0,73
Juíz7	80,0	86,7	86,7	90,0	83,3	100	-	0,87	0,73	0,73
Juíz8	86,7	86,7	93,3	90,0	83,3	93,3	93,3	-	0,73	0,73
Juíz9	80,0	86,7	86,7	90,0	90,0	86,7	86,7	86,7	-	0,87
Juíz10	80,0	86,7	86,7	90,0	83,3	86,7	86,7	86,7	93,3	-

No triângulo superior apresentamos o índice PABAK

No triângulo inferior apresentamos o percentual de concordância

Painel de especialistas

Em momento posterior a pesquisadora principal agrupou de forma ordenada as categorias e submeteu a um “Painel de especialistas” composto por três psicólogos e um assistente social, com formação em saúde mental e/ou dependência química. Em uma reunião com duração de uma hora, o painel de especialistas, com base na leitura e interpretação dos conteúdos das entrevistas distribuídas em vinte e uma subcategorias, estabeleceu as seguintes cinco categorias representativas: Categoria 1 - Primeira experiência do uso de crack Categoria 2 – Padrão de consumo do crack Categoria 3 -Percepção dos prejuízos e consequências Categoria 4-; Tratamento na rede pública de saúde. Categoria 5- Estratégias de controle do craving (fissura). Estes foram selecionados para análise e discussão dos dados referentes a trajetória de uso e busca por tratamento na rede pública de saúde.

Quadro 4. Categorias

Categoria	Sub categoria
Primeira experiência de uso do crack	Início do uso de drogas lícitas e ilícitas
	Uso de drogas na família
	Influência de amigos/parentes e curiosidade
Padrão de consumo do crack	Frequência de uso
	Uso combinado de crack com outras drogas
	Formas de obtenção do crack
Percepção dos prejuízos e consequências	Comprometimento a saúde
	Perdas familiares/separações
	Perdas sociais e Perdas materiais
Tratamento na rede pública de saúde	Busca por tratamento e acesso a serviços
	Tratamento ambulatorial
	Necessidade de atendimento psicológico de assistência social e necessidade de medicamentos
Estratégias de controle do craving(fissura)	Fissura para o uso do crack
	Uso de outras substâncias para evitar fissura do crack
	Necessidade de evitar contextos de uso

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do Protocolo nº 5327 em conformidade com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes legais da pesquisa que envolve seres humanos²⁷.

Resultados**Dados sociodemográficos**

A amostra deste estudo foi composta por usuários de crack(n=12), sendo oito homens e quatro mulheres em tratamento. A tabela 1 demonstra as características dos usuários entrevistados. A idade variou entre 25 e 52 anos. Mais da metade (66,7%) dos usuários tinham ensino fundamental completo. Indivíduos solteiros (83%), católicos (83%), com moradia própria (66,7%) e em situação de rua (33,3%). Um pouco mais que a metade (58,3%) moravam sozinhos e 41,6% vivia com alguém da família de origem ou família atual.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de usuários de crack em tratamento no CAPS ad (N=12)

Nome/idade/sexo*	Escolaridade**	Estado Civil***	Religião	Com quem reside?	Nº de filhos	Profissão/ocupação	Trabalha?	Possui moradia****
N36F	2- 8 anos	Solteiro	Católica	Só	02	Copeira	Desempregada	Situação de rua
O49M	9 anos ou mais	Casado	Católica	Esposa	06	Pedreiro	Bicos	Sim
S52M	2-8 anos	Separado	Católica	Só	02	Guarda municipal serigrafista	Licença médica	Sim
L46M	9 anos ou mais	Solteiro	Católica	Pai, mãe, irmã.	03		Desempregada	Sim
C25M	9 anos ou mais	Solteiro	Católica	Mãe	02	Vendedor	Desempregado	Sim
B38M	2- 8 anos	Solteiro	Católica	Só	01	Motorista	Desempregado	Situação de rua
F40M	2- 8 anos	Solteiro	Católica	Mãe, irmã	02	Office boy	Bicos	Sim
I45M	2- 8 anos	Solteiro	Evangélico	Só	02	Motorista	Desempregado	Situação de rua
H40M	2- 8 anos	Casado	Católica	Esposa	02	Motoboy	Desempregado	Sim
G35F	2- 8 anos	Solteira	Católica	Só	03	Baba	Desempregada	Situação de rua
P47F	2- 8 anos	Solteira	Católica	Só	05	Não	Bicos	Sim
A30F	2- 8 anos	Separada	Católica	Só	02	Não	Bicos	Sim

Casado – relato do entrevistado, independente do oficialmente registrado em cartório; Solteiro- os que não coabitam com companheiro/a ** Escolaridade – anos de estudo completo; *situação de rua se refere a morador de rua, não tem residência própria

Compreende-se que a trajetória do uso e busca de tratamento, se faz necessário, o conhecimento sobre os aspectos relacionados à primeira experiência do uso do crack (início do usos de drogas lícitas e ilícitas, uso de drogas na família, influência de amigos e curiosidade), padrão de consumo, os prejuízos e consequências, as circunstâncias de procura por tratamento na rede pública de saúde e as estratégias utilizadas pelo usuário para controle da fissura.

Categoria 1: Primeira Experiência de uso do crack

Na tabela 2 podemos observar que as substâncias lícitas (tabaco (n=10), álcool (n=7)) e a substância ilícita (maconha (n=9)) foram apontadas como as drogas mais consumidas pelos entrevistados, antes da primeira experiência de uso do crack. A grande maioria dos participantes iniciou o consumo do crack a partir de 18 anos de idade.

Tabela 2. Início de consumo de drogas lícitas e ilícitas dos usuários de crack (N=12)

Inicial/ idade/sexo	Inalante	Tabaco	Álcool	Maconha	Cocaína	Crack
N36F	07	13	14	NU	25	25
O49M	NU	14	20	18	NU	28
S52M	NU	12	15	21	NU	40
L46M	14	NU	NU	16	NI	39
C35M	NU	10	10	15	NU	30
B38M	14	NI	NU	10	25	32
F40M	11	11	NU	11	40	22
I45M	NU	12	NI	NU	19	23
H40M	NU	10	09	17	22	18
G35F	11	12	NU	16	NU	17
P47F	NU	12	18	18	NI	30
A33F	14	13	16	18	NU	25

*NU= nunca fez uso da substância

**Ni= entrevistado não informou se fez uso da substância

Mais da metade (n=8; 66,7%) dos indivíduos se referiu ter membros da família usuários de substâncias. Todos os entrevistados (n=12) relataram a influência de amigos e a curiosidade como fatores que os motivaram a consumir o crack.

[...] eu odiava cigarro, bebida! Porque eu tinha um pai que era alcoólatra. Aí eu odiava bebida e cigarro. Minha mãe as vezes me mandava acender o cachimbo dela! O cigarro dela!!” (O49M)

“A primeira vez foi com um companheiro meu de trabalho. Aí! quando foi um dia eu quis usar como experiência. Bem! foi curiosidade, é uma droga mais forte no efeito dela!” (S52M) (“mais forte no efeito dela” entende-se como mais potente)

Categoria 2. Padrão de consumo do crack

Na tabela 3, é apresentada as características do consumo de crack entre os usuários entrevistados. O consumo diário do crack predominou no relato dos entrevistados (n=10; 83,3%). Embora o consumo por dia tenha frequência bastante variada, observou-se que em média, os entrevistados consumiam 25 pedras de crack por dia (desvio-padrão 10,6).

Tabela 3. Características do consumo de crack entre os entrevistados (n=12)

Iniciais/idade/ Sexo	Tempo de uso do crack (anos)	Frequência de consumo	Nº de pedras/ consumo dia
N36F	11 anos	Diário	25
O49M	21 anos	Mensal	30
S52M	12 anos	NF	NF
L46M	07 anos	Final de semana	30
C35M	05 anos	Diário	06
B38M	06 anos	Diário	15
F40M	18 anos	Diário	15
I45M	22 anos	Diário	25
H40M	22 anos	Diário	40
G35F	16 anos	Diário	50
P47F	17 anos	Diário	80
A33F	10 anos	Diário	40

NF- não falou

Quase metade dos participantes (n=5; 45%), relatou usar crack com maconha, já o uso combinado do crack com o álcool foi referido por 27% dos sujeitos. Apenas um entrevistado relatou fazer apenas uso de crack e uma relatou o uso combinado do crack com o tabaco.

“O crack? eu machucava o crack, fazia o cigarro com maconha e botava... aquele pozinho, né?!” Que era o crack machucado... e fumava o crack. (I45M)

Para obtenção do crack 66,7% dos entrevistados relataram troca e venda de pertences pessoais e familiares. As mulheres referiram troca de sexo por dinheiro ou pela substância, conforme alguns depoimentos:

“Eu tinha uma moto, vendi pra usar o crack. Todo fim do mês comprava uma bicicleta, vendia, trocava numa peda, duas peda.” (B38M). (Define-se como peda, pedra).

“Eu me prostituía pra fumar todinho de crack...porque eu não comprava de pedrinhas.” (N36F)

Categoria 3. Percepção dos prejuízos e consequências

Todos os entrevistados relataram prejuízos e perdas para suas vidas, tanto na esfera social, familiar, quanto à saúde, ocasionados pelo consumo do crack. Na amostra das mulheres entrevistadas (n=4) duas usuárias referiram violência doméstica por seus companheiros e duas participantes relataram perda dos filhos para adoção. É o que observamos em alguns depoimentos:

“[...] Você perde muita amizade né? convívio social, perdi empregos bom né?” (L46M)

“Meu peso tá muito baixo...fiquei muito magra, e peguei uma tosse por causa desse negócio aí...ela é ilusão! O crack. Fiquei nervosa e ouvia voes e não dormia.” (A33F) (“ouvia voes” define-se como ouvia vozes)

“[...] meu ex- companheiro usava cana e o crack. Se eu não fumava com ele, batia em mim batia no rosto...ele pegava os bicos do meus peito e puxava, depois do crack ele ficou assim! ele meteu o facão nas minhas pernas através do uso da do crack.” (G35F) (“Cana” significa álcool, cachaça. “Meteu o facão,” significa desferiu golpes de facão).

“[...]Cheguei um ponto de...hoje meus filhos viver em um orfanato. Eu perdi por causa do... do crack, bendize! Assim, porque eu não era uma mãe exemplar, eu fumava na frente do meus filho.” (N36F)

Categoria: 4 Tratamento na rede pública de saúde

Os motivos da busca por tratamento especializado foram: 75% dos entrevistados relataram sintomas depressivos, sentimentos de solidão, angústia; 80% por uso compulsivo. Os usuários de crack em sua ampla maioria (91,7%) referiram ter procurado por tratamento por iniciativa própria.

“Foi no momento assim, que você procura mais um tratamento quando você meio que tá numa situação mal, difícil. Deprimido, doente, com depressão..., por conta de droga... Tá entendendo?” (L46M)

As dificuldades para conseguir tratamento especializado foram referidos pela maioria dos entrevistados. Observa-se que os sujeitos em situação de rua referiram acesso facilitado ao tratamento, pelos serviços da assistência social, conforme alguns depoimentos.

“Um monte...mas dez vezes pra conseguir. Procurei posto médico, mas só que falavam pra mim que não podia que lá era um posto médico porque eu tinha que procurar um caps... “Várias não sei... várias, várias vezes...aqui eu pra conseguir tratamento aqui.” (A33F)

“Quando comecei a fazer uso do crack apareceu a síndrome de pânico em mim...e passava mal nos canto. Ia pro hospital, médica dizia que eu não tinha nada!” (L46M) (define-se mal nos canto” como não passar bem nos lugares)

“[...]sou lá do Centro POP, não sei se a senhora já ouviu falar, comecei a visitar lá...foi quando disse vamos pra CAPS? Foi aí que a gente veio. Foi mais fácil...[...]” (G35F)

A necessidade de atendimento psicológico foi relatada por quase metade dos entrevistados (41,7%). Quase metade dos participantes (33,4%) referiram necessidade de apoio medicamentoso no tratamento. Alguns aspectos referentes a necessidade de serviços da assistência social foram relatados por 25 % dos entrevistados, tais como: serviços de alimentação gratuita para pop em situação de rua, serviços de acolhimento/abrigo. É o que podemos observar nos relatos a seguir:

“Remédio? Eu tomo remédio, eu tomo diazepam pra ant. ansiedade, pra tirar a vontade...tomo um monte de remédio.” (A33F) (“Monte de remédio” entende-se como muito remédio)

“[...]aqui com o psicólogo converso, tem de manhã tem de tarde tem de noite né? porque eu acho assim a noite tem vicio pra tratar o pessoal.” (N36F)

“[...] se eu sair daqui e for pra rua eu vou voltar a usar.” porque dormi em rua eu nunca passei por isso! depois que conheci ele! essa pesta do crack, aí pronto, durmo na rua.” (G35F)

“[...]tem muitos morador de rua aqui. Vem, mar não vem pra se tratar. Vem, mar porque... Uma necessidade! ou seja: um prato de comer...!” (L46M) (“mar “entende-se como mais. “Um prato de comer” significa comida)

Categoria 5. Estratégias para controle do craving (fissura).

Proporção expressiva dos participantes (n=10) relataram utilizar estratégias para controlar a fissura, impedir seu desenvolvimento e evitar as recaídas para o uso do crack.

“Eu me afasto...assim eu me afasto de lá onde eu vivo porque lá no Centro onde moro todos usam.” (G35F)

“Você, compro um cigarro de maconha, tá entendendo? Fumo, aí relaxo, tá entendendo? É uma das estratégias, e boa, viu?” (H40M)

Discussão

Nossos achados apontaram que o crack não costuma ser a primeira droga usada pelos usuários entrevistados, podendo ser precedida do consumo de outras substâncias psicoativas, o que corrobora estudos prévios^{28,29}. Nicotina, álcool e maconha foram, respectivamente as drogas lícitas e ilícitas, mencionados como as mais usadas antes do início do uso do crack.^{5,30} Esta evidência sugere programas preventivos voltados não só para o consumo de drogas ilícitas, mas também para as demais substâncias com potencial de abuso.

Apenas um sujeito atribuiu influência direta de membros da família para o primeiro consumo do crack, o que corrobora com o que foi observado em um estudo²⁸ onde aponta que os usuários não responsabilizam as famílias pelo seu uso do crack. Este achado nos remete a importância dos programas de tratamento que envolvem os familiares dos usuários, com identificação dos fatores de riscos para as recaídas para o uso do crack.

Observa-se que o início do uso do crack foi motivado pela influência de amigos e pela curiosidade de experimentar mais uma substância, o que também observam-se em outros achados^{28,4}. De acordo com os depoimentos observa-se que a curiosidade que leva a migração de uma droga para a outra, pode estar relacionado ao desejo de sentirem novas sensações, com efeitos mais intensos e de experimentar prazeres diferentes²⁸. Evidencia-se a relevância da necessidade de ações de prevenção voltadas para ao risco referentes ao uso experimental de drogas.

A forma mais comum de obtenção do crack relatada pelos usuários de crack é a troca e venda de pertences pessoais e familiares. Esse resultado é compatível com outro estudo¹⁴, que também observou esses dados. As atividades ilícitas como roubos/furtos foram referidos de forma espontânea pela minoria dos entrevistados. A metade das mulheres referiram envolvimento com prostituição para conseguir dinheiro para a compra do crack, corroborando com outros achados e estudos anteriores.^{14,28,31}

Evidencia-se nos depoimentos da mulheres entrevistadas a presença de violência doméstica por parte de seus companheiros também usuários de crack e a separação dos filhos devido as dificuldades para o exercício da maternidade. Esse achado sugere que os programas de tratamento tenham abordagens diferenciadas e adequadas no atendimento as mulheres, levando em consideração não só a perspectiva do tratamento da dependência do crack, mas em

relação também a outras demandas e especificidades dos usuários do sexo feminino em sua trajetória de uso da substância.

Observa-se que os motivos para a busca por tratamento foi a reconhecimento acerca das implicações e consequências para a saúde, o que destoa dos resultados de um estudo²⁸, cujos dados apontam que a motivação para a procura de tratamento de deu devido aos problemas sociais e familiares. O uso compulsivo e a presença de sintomas de depressão, ansiedade foram referidos pela maioria expressiva dos entrevistados. A depressão e a ansiedade foram considerados pela literatura como os transtornos mentais mais comuns em usuários de crack³². Desta forma destaca-se para a importância da oferta de cuidados de saúde no atendimento a esses usuários³³.

As várias tentativas para o acesso ao tratamento da dependência do crack, no sistema público de saúde, foram relatados pela maioria expressiva dos entrevistados, corroborando com outros estudos.²⁸ Dois entrevistados relataram terem procurado a unidade de Saúde da Família e hospital geral. Os achados apontam que os serviços da rede públicas de saúde ainda não se encontram preparados para atendimentos as demandas oriundas dos usuários de crack. Observa-se que as dificuldades vão desde a falta de um acolhimento satisfatório até escuta qualificada.

A busca por tratamento ambulatorial se mostrou diferente nos entrevistados que se encontram em situação de rua, estes relataram que o acesso ao serviço especializado foi facilitado com o intermédio de serviços ofertados pela rede da Assistência Social. Destaca-se para a importância das intervenções e procedimentos realizados nos serviços ambulatoriais para vinculação desse usuário ao tratamento para a dependência do crack.

Como limitação do estudo, nossos achados não podem ser generalizados para representar todos os sujeitos usuários de crack. Porém, os resultados aqui apresentados demonstram que o CAPS ad é visto como um serviço de apoio e suporte para os usuários de crack com atendimento psicológico e apoio medicamentoso. Sendo que os relatos apontam ainda a necessidade de serviços assistenciais de retaguarda de acolhimento e moradia, para os usuários que querem e desejam a abstinência, mas que se encontram em situação de rua.

As estratégias para controle da fissura ou para impedir seu desenvolvimento e evitar as recaídas para o uso do crack referidos pelos entrevistados, tais como: evitar contato com contexto de uso, afastar-se dos amigos de consumo e consumir outra substância em substituição do crack, também são compatíveis com os descritos em outros estudos.¹⁴

Conclusão

O CAPS ad III é visto como um serviço de apoio e suporte para os usuários de crack com atendimento psicológico e apoio medicamentoso. Porém, observa-se nos relatos a necessidade de serviços assistenciais de retaguarda de acolhimento e moradia para aqueles que se encontram em situação de rua. Destaca-se a importância de qualificação profissional bem como a necessidade de intervenções e procedimentos para vinculação do usuário ao tratamento para a dependência do crack nos serviços ambulatoriais. Os achados sugerem que os programas de tratamento tenham abordagens diferenciadas e adequadas no atendimento as mulheres, levando em consideração não só a perspectiva do tratamento da dependência do crack, mas em relação também a outras demandas e especificidades dos usuários do sexo feminino em sua trajetória de uso da substância. O estudo não visou representatividade, portanto, os resultados não podem ser generalizados e nem utilizados para representar todos os usuários de crack. Sugerem-se investigações futuras sobre a temática abordada para que se tenha maior compreensão do fenômeno e ampliação do conhecimento a respeito das necessidades dessa população, visando direcionamentos para as ações no âmbito do cuidado.

Nota das autoras

As autoras declaram não haver conflitos de interesses para esse estudo e que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Colaboradores

V. C. Silva elaborou o projeto, realizou a análise, interpretação dos dados e a redação final do artigo. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de toda a obra. R. S. Pedroso, colaborou com a concepção do projeto, participou da análise de dados, contribuiu na redação da versão final do artigo.

Agradecimento

Ao CAPS AD III David Capistrano Filho pelo apoio concedido à primeira autora para a realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira LG de, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008 Aug; 42(4):664–71. Available from: http://www.scelo.br/scelo.php?script=sci_atext&pid=S003489102008000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev. Bras. Psiquiatr.* (São Paulo, Brazil 1999) [Internet]. 2006 Sep; 28(3):196–202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063219>
3. Ferri CP, Laranjeira RR, da Silveira DA, Dunn J, Formigoni ML. [Increase in the search for treatment by crack users in 2 outpatient clinics at the city of Sao Paulo from 1990 to 1993]. *Rev. da Assoc. Médica Bras.* [Internet]. 1997 Jan; 43(1):25–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9224988>
4. Bastos F, 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? 2014; Available from: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/10019>
5. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. [Crack cocaine users who attend outpatient services]. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2011 Nov; 27(11):2263–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22124503>
6. Oliveira LG de, Nappo SA. [Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use]. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2008 Aug; 42(4):664–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18641794>
7. Dias V, Oliveira M. Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Out/Nov; 23(4): 1068-76; Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/112207>
8. Pulcherio G, Stolf AR, Partenon M, Fensterseifer D, Kessler FHP. Crack – da pedra ao tratamento [Internet]. *Rev. AMRIGS.* 2010. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf
9. Sayago CB, Lucena-Santos P, Ribeiro F, Yates MB, Oliveira M da S. Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. *Aletheia* [Internet]. Universidade Luterana do Brasil; (42):164–74. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-03942013000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

10. Kolling N, Petry M, Melo W. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Rev. Bras. Ter.* [Internet]. 2011; Available from: http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872011000100003&script=sci_arttext
11. Rodrigues V, Horta R. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2013; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n3/05.pdf>
12. Caulkins J. Is crack cheaper than (powder) cocaine? *Addiction* [Internet]. 1997; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02865.x/abstract>
13. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. [Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatric hospitals, Brazil]. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2003 Dec; 37(6):751–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14666305>
14. Chaves T V, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saude Publica* [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011 Dec; 45(6):1168–75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
15. Hamid A. Crack: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/crack economy. *Int. J. Addict.* [Internet]. 1991 Aug; 26(8):825–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1960001>
16. McClelland GT. The effects and management of crack cocaine dependence. *Nurs. Times* [Internet]; 101(29):26–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16052938>
17. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do usuário de crack. 2012; Available from: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=ITApEDzdDCMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Tratamento+do+usuário+de+crack.+&ots=eapv4S6GmD&sig=iRQmE4By_fo-vCuArNmhLwAe7rBI
18. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. Do Sul* [Internet]. 2008; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>
19. Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2011; Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt->

BR&lr=&id=zzivab1phXwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dependência+Química:+Prevenção,+Tratamento+e+Políticas+Públicas&ots=pfSoIypb4i&sig=emwVueuUDDSadPnvz0DAVSxDSu0

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.190, de 4 de junho de 2009 Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010). [Internet]. Portaria no 1.190 2009. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
21. Minayo MC de S. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde [Internet]. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 406. Available from: <http://www.saraiva.com.br/o-desafio-do-conhecimento-pesquisa-qualitativa-em-saude-11-ed-431728.html>
22. Turato E. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e. 2003; Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=341863&indexSearch=ID>
23. Fontanella B, Júnior RM. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estud* [Internet]. 2012; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a07.pdf>
24. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
25. Bardin L, Reto L, Pinheiro A. *Análise de conteúdo*. 1979; Available from: http://www.edicoes70.pt/mall/70/Livros/prefacios/Top_Antropologia_Sociologia_70_Setembro.pdf
26. Byrt T, Bishop J, Carlin J. Bias, prevalence and kappa. *J. Clin. Epidemiol.* [Internet]. 1993 [cited 2016 Jan 14]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/089543569390018V>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução CNS No466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. Resolução CNS No466 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
28. Pedroso RS, Kessler F, Pechansky F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends psychiatry Psychother.* [Internet]. 2013 Jan; 35(1):36–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25923184>

29. Jorge MSB, Quinderé PHD, Yasui S, Albuquerque RA. [The ritual of crack consumption: socio-anthropological aspects and impacts on the health of users]. *Ciência & saúde coletiva* [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 Jan 14]; 18(10):2909–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24061017>
30. Sanchez Z van der M, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2002 Aug; 36(4):420–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
31. Poitevin L, Stefanon E. O uso do crack e suas consequências para a saúde. [unifra.br](http://www.unifra.br) [Internet]. Available from: <http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/227.pdf>
32. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2004 Nov; 30(4):749–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15624547>
33. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction* [Internet]. 2008 Feb; 103(2):284–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18199307>
34. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4):64-671.

4. ESTUDOS COMPLEMENTARES

Visando um maior aprofundamento a respeito do conhecimento do usuário de crack na trajetória de consumo e busca de tratamento, temos o objetivo de realizar um estudo para verificar os fatores que contribuem para a recaída ao uso de crack, utilizando a Escala de Recaída para os Usuários de Crack – ERUC e para mapear o caminho percorrido pelo usuário de crack na rede pública de saúde, utilizando o Questionário da Trajetória do Tratamento do Usuário de crack/QTTUC. Os dados já foram coletados para posterior análise e divulgação.

5. CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo principal, compreender o cotidiano do usuário de crack e sua percepção em relação à trajetória de uso e busca de tratamento na rede pública de saúde. Os resultados apontam para o desafio de se descobrir formas e estratégias de abordagens de tratamento que contemplem as especificidades dos usuários de crack, e especificamente em relação aos menos favorecidos, como os indivíduos que vivem em situação de extrema vulnerabilidade social e no que se refere as mulheres e questões de gênero. Evidencia-se que esses grupos especiais que estão conseguindo acessar o sistema de saúde pública, ainda enfrentam muitas dificuldades, e que requer o apoio de outros dispositivos da rede de assistência para que possam auxiliá-los em direção ao tratamento especializado no Sistema Único de Saúde – SUS.

Apesar que a extrapolação dos resultados para outros serviços seja limitada, que o estudo não visou a representatividade, os achados podem ser utilizados como subsídios preliminares para avaliação das práticas cotidianas no CAPS ad. Fundamentando os profissionais quanto para intervenções e estratégias que favoreçam a ampliação do acesso e a vinculação, condizentes com as questões adversas demandadas pelos usuários de crack, e que precisam ser vistos de forma singular e individualizada.

5. REFERÊNCIAS

1. Dackis C, O'Brien C. Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *J. Subst. Abuse Treat.* [Internet]. 2001; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547201001921>
2. Scheffer M, Pasa G, Almeida R. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicol. Teor. e Pesqui.* [Internet]. 2010; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>
3. Ferreira P, Martinib R. Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2001; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n2/5583.pdf>
4. Queiroz V. A questão das drogas ilícitas no Brasil. 2008; Available from: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/123462/Economia292028.pdf?sequence=1>
5. Carlini E, Noto A, Galduróz J, Nappo S. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *J. bras. Psiquiatr* [Internet]. 1996; Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=166842&indexSearch=ID>
6. EMCDDA- European Monitoring Centre for Drugs and Drug ADDICTION. Cocaine and “base/crack” cocaine. Lisbon; 2001. Available from: www.emcdda.europa.eu.
7. Lopes C. Investigação epidemiológica e molecular da infecção pelo vírus da hepatite C em usuários de drogas ilícitas no Brasil Central. 2009; Available from: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/1587/1/Tese Carmen.pdf>
8. Brasil, Ministério da Justiça. Livroto informativo sobre drogas psicotrópicas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia. 5ª edição - 1ª reimpressão. Brasília, DF; 2011. Available from: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>
9. Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2011; Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zzivab1phXwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Dependência+Química:+Prevenção,+Tratamento+e+Políticas+Públicas&ots=pfSoIypb4i&sig=emwVueuUDDSadPnvz0DAVSxDSu0>
10. Reinerman C, Levine H. Crack in context: Politics and media in the making of a drug scare. *Contemp. Drug Probs.* [Internet]. 1989; Available from: http://heinonline-backup.com/hol/cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/condp16§ion=37

11. Uchôa MA. Crack: o caminho das pedras. 1st ed. São Paulo: ATICA; 1996.
12. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. do Sul [Internet]. 2008; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>
13. Bastos F, 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? 2014; Available from: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/10019>
14. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014
15. Galduróz J. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004. 2005; Available from: https://scholar.google.com.br/scholar?q=.+V+Levantamento+sobre+o+consumo+de+drogas+psicotrópicas+entre+estudantes+do+ensino+fundamental+e+médio+nas+27+capitais+brasileiras&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0,5#0
16. Carlini E, Galduróz J. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo Cebrid/ ... [Internet]. 2002; Available from: http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/I_Levantamento_Domiciliar_sobre_o_Uso_de_Drogas_Psicotrópicas_no_Brasil.pdf
17. Carlini E. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. 2007; Available from: https://scholar.google.com.br/scholar?q=.+II+levantamento+domiciliar+sobre+o+uso+de+drogas+psicotrópicas+no+Brasil:+estudo+envolvendo+as+108+maiores+cidades+do+país:+2005.+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0,5#0
18. Carlini E, Nappo S, Galduróz J, Noto A. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. Rev. Imesc [Internet]. 2001; Available from: http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/#/pdfs/artigos/multidisciplinares/efeito_das_drogas_psicotropicas_no_snc.pdf
19. Rodrigues V. Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. Rev. Bras. ... [Internet]. 2006; Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872006000100007>
20. Ribeiro L, Sanchez Z, Nappo S. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a07v59n3>

21. Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2012; 58(2):141-153; Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/abuso_e_dependencia_crack.pdf
22. Cunningham JA. Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug Alcohol Depend.* [Internet]. 2000 Jun 1; 59(3):211–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10812281>
23. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction* [Internet]. 2006 Sep; 101(9):1292–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16911728>
24. Pulcherio G, Stolf AR, Partenon M, Fensterseifer D, Kessler FHP. Crack – da pedra ao tratamento [Internet]. *Rev. AMRIGS.* 2010. Available from: http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf
25. Alves HNP, Ribeiro M, Castro DS. Cocaína e Crack, cap.15. In: Diel A, Cordeiro DC, Laranjeira R e cols. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas.* Editora Artmed, 2011.
26. Brandon TH, Vidrine JI, Litvin EB. Relapse and relapse prevention. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* [Internet]. 2007 Jan; 3:257–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716056>
27. Chaves T, Sanchez Z. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011; 45 (6); Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2774.pdf>
28. Siegal HA, Li L, Rapp RC. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict. Behav.* [Internet]. 2002; 27(3):437–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12118630>
29. Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst. Abus.* [Internet]. 2008 Jan; 29(3):71–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19042208>
30. Pedroso RS, Kessler F, Pechansky F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends psychiatry Psychother.* [Internet]. 2013 Jan; 35(1):36–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25923184>
31. Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SM de M, da Silva AA, Lacchini AJB. [Perception of crack users in relation to use and treatment]. *Rev. gaúcha Enferm. / EEN-FUFRGS* [Internet]. 2013 Mar; 34(1):140–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23781735>
32. Guimarães CF, Santos DVV dos, Freitas RC de, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no

Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. do Sul [Internet]. Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 2008 Aug; 30(2):101–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

6. ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Trajetória do tratamento de usuário de crack na rede pública de saúde de João Pessoa

Pesquisador Responsável: Rosemeri Siqueira Pedroso

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo científico que tem como objetivos analisar a trajetória de tratamento do usuário de Crack em serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial – CAPSAD III, conhecer o perfil sócio demográfico do usuário de crack, compreender o cotidiano do usuário de crack e sua percepção em relação à trajetória de uso e busca de tratamento, verificar os fatores que contribuem para as recaídas para o uso do crack e mapear o caminho percorrido pelo usuário na rede pública de saúde.

Se você aceitar participar será convidado (a) a responder a uma entrevista individual, contendo questões sobre o uso do crack e sobre as características sócio demográficas. Em seguida, será aplicado o Questionário da Trajetória do Usuário de Crack /QTTUC, visando mapear os serviços públicos de Saúde acessados e depois será aplicada a Escala de Recaída para usuários de Crack /ERUC, para verificar os fatores que influenciam a recaída para o uso da substância. O tempo estimado para responder todos os instrumentos é 60 min.

A participação nesta pesquisa não deverá causar nenhum tipo de dano à integridade física, psíquica e nem complicações legais aos participantes. Caso sinta algum desconforto no momento da pesquisa e/ou ao término, terá assistência profissional no próprio CAPS ad. Você tem a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento no CAPS AD.

Através da sua participação, será possível colaborar para um maior entendimento sobre o consumo do crack, os fatores que influenciam para a recaída e as frequentes buscas por tratamento, o que poderá contribuir para o prognóstico e qualificação das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços da saúde e na implementação das políticas públicas preventivas.

Sua identidade ficará preservada. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, sem que apareça o nome dos participantes do estudo.

Não haverá nenhum tipo de despesa para participar deste estudo, bem como você não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Qualquer esclarecimento que necessite poderá solicitar informações sobre o estudo, através do contato com a Pesquisadora Responsável: Rosemeri Siqueira Pedroso, Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, fone 51 3359 7480. Também está à disposição a Pesquisadora Valéria Cristina da Silva, pelo fone 83 3218-5062. Ainda, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA - Localizado no 2º andar, sala 2227A, com horário de atendimento das 8h às 17h, de segunda à sexta, Fone 51 3359-7640.

Este documento é elaborado em duas vias, uma que ficará com você e outra que será guardada pela equipe de pesquisa deste projeto. Esclareça dúvidas antes de consentir em participação.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias.

João Pessoa/PB _____ de _____ de 2015.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

Roteiro da Entrevista

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ Região: _____

Anos de estudo: _____ Estado Civil: _____ Profissão/Ocupação: _____

Endereço: _____

Com quem reside: _____ Nº de Filhos: _____

Como foi sua primeira experiência com o uso do crack?

Em sua opinião, o que influenciou para que você usasse crack?

Qual a regularidade/frequência de consumo de crack?

Além do crack, você usa outras substâncias psicoativas (drogas)? Quais e com que idade você começou a usar cada tipo de droga?

Como você percebe o uso do crack na sua vida?

Em quais circunstâncias você tentou conseguir tratamento nos serviços da rede pública de saúde? Quantas tentativas foram realizadas?

Qual sua percepção em relação aos tratamentos ofertados nos serviços públicos de saúde para os usuários de crack?

Você utiliza estratégias para prevenir as recaídas? Quais?

Qual o tempo máximo que conseguiu manter-se abstinente? (Ficar limpo).