

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, PADRÃO  
DE CONSUMO E COMPORTAMENTO  
CRIMINOSO EM USUÁRIOS DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS QUE  
INICIARAM TRATAMENTO.**

***KARINA DINIZ OLIVEIRA***

**UNICAMP**

**Campinas – 2010**

KARINA DINIZ OLIVEIRA

**Perfil sócio-demográfico, padrão de consumo e  
comportamento criminoso em usuários de substâncias  
psicoativas que iniciaram tratamento.**

*Tese apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas  
para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas,  
na Área de Concentração de Saúde Mental.*

**ORIENTADORA:** PROF. DRA. RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

**UNICAMP**

**Campinas – 2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA  
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Ol4p Oliveira, Karina Diniz  
Perfil sócio-demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento / Karina Diniz Oliveira . Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Renata Cruz Soares de Azevedo  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Álcool. 2. Crack (droga). 3. Cocaína. 4. Crime. 5. Transtorno da personalidade antisocial. 6. Inalantes-abuso. 7. Adolescentes. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Criminal behavior in alcohol and illicit substances users in treatment**

- Keywords:**
- Alcohol
  - Crack (drugs)
  - Cocaine
  - Crime
  - Antisocial personality disorder
  - Inhalants-abuse
  - Adolescents

**Titulação: Mestre em Ciências Médicas**  
**Área de concentração: Saúde Mental**

**Banca examinadora:**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Cruz Soares de Azevedo**  
**Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Paulo Dalgalarrodo**  
**Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. André Malbergier**

**Data da defesa: 15-06-2010**

---

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

---

Karina Diniz Oliveira

---

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cruz Soares De Azevedo

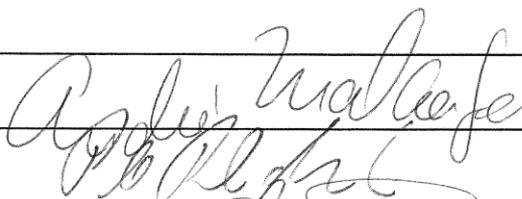
---

---

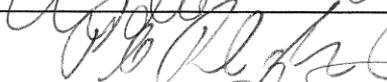
## Membros:

---

1. Prof. Dr. André Malbergier



2. Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo



3. Profa. Dra. Renata Cruz Soares De Azevedo



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 15/06/2010

---

*Para Emílio, minha cordilheira.*

*Para meus pais, José Cláudio e Heloísa, pelo que sou.*

*Para meus irmãos, Daniel, Lenise e Paula, com carinho.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

À minha orientadora, Renata Cruz Soares de Azevedo, pela dedicação e companheirismo no processo de elaboração deste trabalho.

Aos professores Paulo Dalgalarondo, Cláudio Eduardo Müller Banzato e Neury José Botega, pelas valiosas sugestões que enriqueceram a lapidação desse trabalho.

Aos professores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, pelos ensinamentos e por acompanharem sempre próximos a marcha de meu aprendizado.

A meu professor de Direito Penal, Marcelo Fortes Barbosa, que agora descansa, com a saudade das aulas que tanto me estimularam.

Aos meus professores do primário, ginásio e colegial, a quem devo os alicerces da minha formação.

À equipe do CAPS-AD Independência: Sara Teixeira, Gabriela Freitas, Clayton dos Santos, Sander Albuquerque, Carolina Galvão, Caroline Ciofi, Cristina Greco, Bruna Reis, Alessandra Carrieri, Andréa Galassi, Juliana Correa, Roberta dos Reis, Quesia Botelho, Fábio Bueno, Gustavo, Rita, Claudinei, José Roberto, Renato, Daniel, Andressa, Alessandra e Rosana, pelo apoio fraterno e incentivo à realização desse trabalho.

À equipe do ASPA, onde tudo começou.

A Marília Montoya Boscolo, pelo incentivo.

À sra Cleide Aparecida Moreira da Silva, pela análise estatística dos dados.

I. Lista de Abreviaturas.....	viii
II. Lista de Ilustrações.....	x
III. Resumo.....	xi
IV. Abstract.....	xii
1. Introdução.....	01
1.1 Uso e Dependência de Substâncias Psicoativas .....	01
Figura 1 .....	02
Figura 2 .....	05
1.2. Criminalidade .....	07
Tabela 1 .....	08
1.3.Criminalidade e consumo de substâncias psicoativas .....	08
1.4.Álcool e criminalidade.....	10
1.5.Cocaína, crack, criminalidade.....	12
1.6.Maconha e criminalidade.....	15
1.7.Solventes e criminalidade.....	16
1.8.Outras substâncias psicoativas e criminalidade.....	17
1.9.Transtorno de Personalidade Antissocial.....	17
1.10.Uso de substâncias psicoativas e prática da prostituição.....	18
2. Objetivos.....	20
2.1.Objetivo Geral.....	20
2.2.Objetivos específicos.....	20
3. Métodos.....	21
3.1.Tipo de estudo.....	21

3.2.Local da Pesquisa.....	21
3.3.Sujeitos.....	22
3.4.Procedimentos.....	23
3.5.Instrumentos da pesquisa.....	25
3.6.Análise dos dados.....	26
3.7.Aspectos éticos.....	27
4. Resultados .....	29
Tabela 2 .....	30
Tabela 3 .....	31
Tabela 4 .....	31
Tabela 5 .....	32
Tabela 6 .....	32
Tabela 7 .....	33
Tabela 8 .....	34
Tabela 9 .....	35
Tabela 10 .....	36
4.1.Artigo 1.....	38
4.2.Artigo 2.....	49
5. Discussão .....	65
6. Conclusões .....	81
7. Referências.....	82
8. Anexos.....	95
Anexo 1.....	95
Anexo 2.....	98
Anexo 3.....	99

Anexo 4.....	100
Anexo 5.....	118
Anexo 6.....	127
Anexo 7.....	128
Anexo 8.....	129

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

ADAM: *Arrestee Drug Abuse Monitoring*

ASPA: Ambulatório de substâncias psicoativas

ASPD: *Antisocial Personality Disorder*

ASPDm: *Modified Antisocial Personality Disorder*

CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CID: Classificação Internacional de Doenças

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

g: gramas

HC: Hospital de Clínicas

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

M.I.N.I.: *Mini International Neuropsychiatric Interview*

NADeQ: Núcleo de Atenção à Dependência Química

OR: *odds ratio*

PUC: Pontifícia Universidade Católica

SM: Salário Mínimo

SNC: Sistema Nervoso Central

SSCF: Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira

SSP: Secretaria da Segurança Pública

SPA: substância psicoativa

TCLE: Termo de consentimento Livre e Esclarecido

THC:  $\Delta$ -9 tetrahydrocannabinol

TPAS: transtorno de personalidade antissocial

TPASm: transtorno de personalidade antissocial modificado

U.A.: Unidades alcoólicas

Unicamp: Universidade Estadual de Campinas

**Figuras**

Figura 1: Fatores determinantes da dependência química

Figura 2: Principais áreas envolvidas na ação das SPA

**Tabelas**

Tabela 1: Dados de criminalidade no Estado de São Paulo

Tabela 2: Dados referentes ao uso de substâncias psicoativas

Tabela 3: Padrão de uso de bebidas alcoólicas

Tabela 4: Padrão de uso de maconha

Tabela 5: Padrão de uso de cocaína

Tabela 6: Padrão de uso de crack

Tabela 7: Comparação entre os serviços

Tabela 8: Comparação entre dependentes de álcool e de SPA ilícitas

Tabela 9: Perfil dos usuários de SPA avaliados e cometimento de crimes

Tabela 10: Análise multivariada dos fatores associados ao comportamento criminoso

**Objetivos** Descrever o perfil sócio-demográfico e o padrão de uso em usuários e dependentes de substâncias psicoativas (SPA), que procuraram tratamento. Discutir a relação entre uso e dependência de SPA e o cometimento de atos criminosos.

**Métodos** Estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com 183 sujeitos maiores de 18 anos, usuários e/ou dependentes de uma ou mais substâncias psicoativas, em tratamento em dois serviços de saúde especializados em dependência química em Campinas-SP. Instrumentos aplicados: questionário de dados sócio-demográficos, padrão de consumo de substâncias psicoativas e eventual cometimento de delitos; itens das seções J, K e P do “*Mini International Neuropsychiatric Interview*”. Foi desenvolvida, a partir da exclusão dos itens do M.I.N.I. relacionados à criminalidade, uma nova variável, denominada Transtorno de Personalidade Antissocial Modificado (TPASm).

**Resultados** Maioria masculina, com média de idade 40,8 anos, menos de 8 anos de escolaridade, poliusuários de substâncias psicoativas. Delitos foram cometidos por 40,4% da população; 27,9% preencheram critérios para transtorno de personalidade antissocial (TPAS). TPASm mostrou-se um fator relacionado ao cometimento de crimes, assim como o uso de solventes na adolescência (OR=5,442), não ter religião (OR= 6,783) e co-morbidade com TPAS (OR= 9,225).

**Conclusões** Ser usuário ou dependente de SPA pode contribuir para a prática de crimes. A falta de religiosidade, o uso de solventes na adolescência e a co-morbidade com Transtorno de Personalidade Antissocial Modificado mostraram-se fatores de impacto no comportamento delitivo.

**Objectives** To describe the profile and pattern of use in substance abuse and dependents that looked for treatment in two centers in the city of Campinas, SP. Besides, discusses the relationship between criminal behavior and the use and dependence of psychoactive substances (PSA).

**Methods** Quantitative cross-section study, 183 adult participants, users and/or dependents of one or multiples psychoactive substances, in treatment in two drug rehabilitation centers in the city of Campinas, Brazil during the years of 2008 and 2009. The measurements are a questionnaire containing sociodemographic data, the subject's pattern of consumption of psychoactive drugs, and the practice of committing crimes. Items from Sections J, K and P of the "*Mini International Neuropsychiatric Interview*". A new variable was described as "modified" ASPD (ASPDm), which was determined by excluding the items on the MINI directly related to criminality.

**Results** The respondents were male, average age was 40.8, less than 8 years of schooling. Polyuse of psychoactive substances. Criminal acts had been practiced by 40,4% of the sample; 51 complied with criteria for ASPD. The variables correlated with criminal behavior were: ASPDm, absence of religious practice (OR=6,783), diagnosis of ASPD (OR=9,225) and the antecedent of use of solvents (OR=5,442).

**Conclusion** Being a user or addict of one or multiple substances was can be a factor for practicing criminal acts. Besides, the use of solvents in adolescence, lack of religiosity and comorbidity with ASPD were seen as having an impact on the practice of criminal acts.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1- Uso e Dependência de Substâncias Psicoativas

As substâncias psicoativas (SPA) são as que, quando utilizadas, detêm o potencial de mudar processos de consciência, humor e pensamento individuais. Seus diferentes padrões de consumo (uso, abuso ou dependência) causam um prejuízo significativo a indivíduos e sociedades em todo o mundo.<sup>1</sup>

Pesquisa realizada em 207 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes que avaliou indivíduos entre 12 e 65 anos apontou que o uso na vida de bebidas alcoólicas foi declarado por 74,6% dos entrevistados; 44% já haviam experimentado cigarro de tabaco e 22,8% já fizeram uso na vida de alguma outra substância psicoativa, excetuando álcool e tabaco. O uso na vida de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% de prevalência.<sup>2</sup>

A experimentação de SPA ocorre principalmente na adolescência.<sup>2,3,4</sup> De acordo com dados de estudo nacional publicado em 2006, 22,6% dos estudantes de ensino fundamental e médio brasileiros já haviam experimentado alguma substância psicoativa além do álcool e do tabaco.<sup>3</sup> Se forem considerados apenas adolescentes em situação de rua que recebiam assistência de alguma instituição, a taxa sobe para 22,7% entre 10 e 11 anos, 53% de 12 a 14 anos e 78% entre 15 e 18 anos.<sup>4</sup>

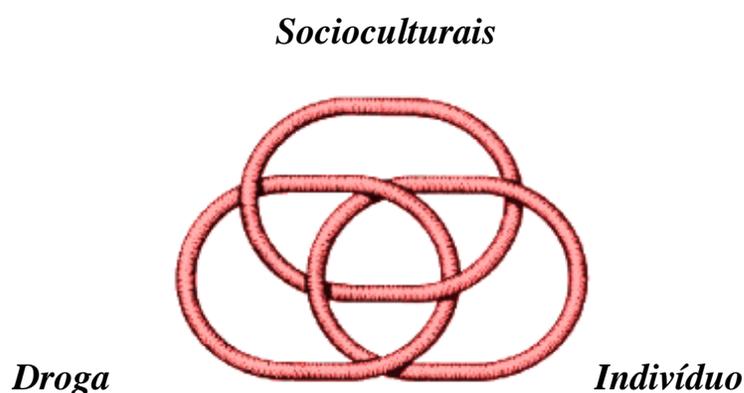
Nos Estados Unidos, a taxa de experimentação de bebidas alcoólicas por indivíduos do ensino médio chegou a 74,3% em 2003.<sup>5</sup> No Brasil a porcentagem é de 54,3% de uso entre jovens de 12 a 17 anos.<sup>2</sup> Ainda de acordo com esse estudo, dentre os jovens 7,8% declararam já terem sido abordados por alguém oferecendo a venda de substâncias ilícitas, o que sugere um acesso relativamente fácil a elas.

As taxas de dependência de SPA vêm aumentando na última década<sup>2</sup> a ponto de a questão se tornar um problema de saúde pública. A dependência do álcool no Brasil chega a 12,3%, de tabaco é de 10,1%, de maconha 1,2% e de solventes 0,2%.

Considerando a eloquência dos dados epidemiológicos, torna-se relevante a análise de fatores que contribuam para as elevadas taxas de uso e dependência de SPA entre

adolescentes e adultos na atualidade. Entre os elementos envolvidos na complexa relação dos seres humanos com as SPA destacam-se aspectos sócio-culturais (família, meio, subcultura), relacionados às substâncias (tipo de ação neurobiológica, potencial dependogênico, status legal) e do indivíduo (vulnerabilidade biológica, personalidade, presença de comorbidades, aspectos psicológicos).

**Figura 1: Fatores determinantes da dependência química**



Vários autores <sup>6,7</sup> apontam que a sociedade atual possui uma estrutura hedonista, que valoriza o imediatismo e tem no consumo um dos seus alicerces. A industrialização do século XX modificou o padrão das relações sociais, enfatizando a produção e a capacidade de consumo. Esse processo gerou um desequilíbrio entre o que se denomina cultura objetiva e subjetiva. O progresso tecnológico (cultura objetiva) não foi acompanhado pelo amadurecimento das necessidades e subjetividades individuais (cultura subjetiva).

Houve uma supervalorização da tecnologia, o crescimento econômico passou a ser visto como um fim em si mesmo e as relações sociais evoluíram para um padrão individualista e excludente. O consumo, nessa lógica, torna-se para o indivíduo uma obrigação de inserção social, e a questão da “escolha” sobre o que consumir fundamenta

um dos princípios da liberdade da estrutura capitalista.<sup>8</sup> Dessa maneira, a escolha para alguns pode dar lugar à necessidade e evoluir para a submissão completa pelo objeto a ser consumido.<sup>7</sup>

Somado a isso, a cultura que envolve o consumo de substâncias psicoativas engloba valores, relações, rituais e símbolos que reforçam o seu consumo, na medida em que oferecem ao indivíduo um padrão de identificação com valores que podem ser complementares ou mesmo substitutivos dos valores sociais vigentes, formando uma subcultura em que, muitas vezes, o ilegal sequer é imoral.<sup>7,8</sup> A inserção nessa subcultura aplaca, de certo modo, a angústia da falta de identidade em relação ao grupo social com o qual o indivíduo não se identificou ou ao qual não se adaptou.

Do ponto de vista psicanalítico, a substância psicoativa, nesse contexto, pode representar esse objeto de consumo: atraente na medida em que proporciona satisfação imediata através de seus efeitos e principalmente por ser um recurso de evitação de uma realidade percebida muitas vezes como insuportável.<sup>7,9</sup> Neste sentido, há uma tentativa de alterar a percepção dessa realidade através do uso da substância entorpecente, que pode dar uma resposta imediata a um desconforto crônico e, muitas vezes, percebido como inesgotável, causado pelo encontro do sujeito, fragmentado e incapaz de fantasiar, com a realidade. A droga passa então a desempenhar um papel nuclear no funcionamento psíquico do indivíduo e a ocupar um lugar central na sua vida, culminando com o fenômeno da dependência.<sup>7,9</sup>

No Direito Romano, o termo dependência era associado à instituição da escravidão, no sentido de submissão, ou dedicação incondicional, a algo ou alguém. A base conceitual da dependência é a anulação do poder de escolha do indivíduo.<sup>6</sup>

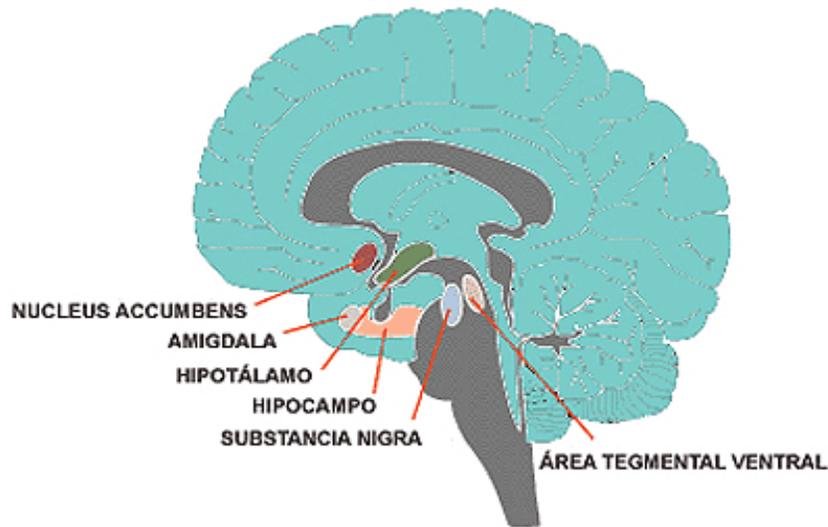
Sob a óptica da Medicina, o termo síndrome de dependência traz grande concordância entre os critérios operacionais dos dois principais manuais diagnósticos de transtornos mentais. A Classificação Internacional das Doenças (CID), em sua décima revisão,<sup>10</sup> define a síndrome de dependência como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que tornam o uso de uma substância ou classe de substâncias uma prioridade. Outros comportamentos, que antes tinham maior valor, perdem a importância e o desejo de consumir a SPA torna-se o aspecto central da vida da pessoa. Os

requisitos para o estabelecimento diagnóstico devem ser ao menos três dos seguintes: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o comportamento de uso; estado de abstinência fisiológico quando da redução ou interrupção no uso; evidência de tolerância; abandono progressivo de prazeres ou interesses em favor do uso e persistência no uso a despeito de evidência de conseqüências nocivas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais norte americano (DSM IV-TR) <sup>11</sup> acrescenta como critério a presença de um gasto de tempo excessivo para obtenção, utilização e recuperação dos efeitos da substância. Para ambas as classificações o diagnóstico deve ser feito com base no quadro apresentado nos últimos doze meses.

A dependência não foi reconhecida previamente como um transtorno cerebral. Entretanto, com os avanços recentes da neurociência, tem sido possível visualizar e medir mudanças em funções cerebrais, desde os níveis moleculares e celulares até alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o uso de substâncias a curto e a longo prazos. <sup>1</sup>

Do ponto de vista neurobiológico, um dos principais mecanismos orgânicos envolve o lobo frontal e o sistema límbico (figura 2), que têm seus circuitos neurais alterados com a mediação dos neurotransmissores dopamina, serotonina, noradrenalina e fator liberador da corticotropina.<sup>12</sup> A alteração nesses circuitos da região mesolímbica estabelece uma priorização dos estímulos relacionados ao uso de SPA frente aos demais. Há um condicionamento em que o indivíduo não identifica nenhuma atividade ou estímulo como tão prazerosa quanto o uso da SPA. Os substratos neuroanatômicos desse aprendizado são a amígdala (também envolvida no comportamento impulsivo e agressivo) e o hipocampo, associado à memória. <sup>12,13,14</sup> Há também ativação do circuito talâmico-orbitofrontal e do núcleo acumbens, juntamente com o giro do cíngulo, que estão associados ao padrão compulsivo de comportamento. Além disso, o núcleo acumbens tem interconexões com o hipotálamo, também envolvido no comportamento agressivo e impulsivo. <sup>13,14</sup>

**Figura 2- Principais áreas envolvidas na ação das SPA**



Na síndrome de abstinência recente (até uma semana), o indivíduo associa a droga a um estado de intenso prazer.<sup>12</sup> Há um aumento anormal do padrão excitatório e o córtex pré-frontal tem inibida a capacidade de iniciar alguns tipos de comportamento, enquanto fica hiperresponsivo a estímulos relacionados à disponibilidade de droga. Ao contrário da intoxicação, na abstinência recente há aumento do fluxo sanguíneo e do metabolismo da glicose tanto no lobo pré-frontal quanto no sistema límbico.<sup>12,14</sup> Quando medido após 6 semanas de abstinência, o fluxo sanguíneo diminui nessas regiões cerebrais.<sup>14</sup>

Esses efeitos psicoativos são mais intensos em cérebros cujo desenvolvimento ainda não se completou, como ocorre em crianças e adolescentes. A adolescência é o período em que ocorre o desenvolvimento neuronal do sistema límbico e córtex pré-frontal, com o aprimoramento das funções executivas.<sup>15</sup> O controle da impulsividade é insatisfatório por um desequilíbrio natural entre o desenvolvimento das vias inibitórias

(córtex pré-frontal) e estimulatórias (hipotálamo e amígdala). Isso torna os adolescentes mais susceptíveis ao uso de SPA, principalmente em função de deterem menos recursos para exercer controle sobre atividades que gerem prazer.<sup>15</sup>

As vias dopaminérgicas do circuito do prazer (vias mesolímbicas) nessa fase do desenvolvimento também estão em transformação e o uso de SPA pode alterar o funcionamento dessas vias, causando danos que podem ser permanentes.<sup>15,16</sup>

Além disso, comorbidades psiquiátricas tais como transtornos de conduta, depressão, transtornos de ansiedade ou transtorno de estresse pós-traumático também podem aumentar a chance de uso de SPA na faixa dos 12 aos 20 anos.<sup>15,16</sup>

As condições sociais também são muito importantes no envolvimento de adolescentes com as SPA: os adolescentes que desenvolvem um uso problemático de SPA em sua maioria provêm de lares desestruturados, com uso parental de substâncias e pouco ou nenhum relacionamento com os pais.<sup>17</sup> O abuso infantil também é relatado entre os usuários de SPA.<sup>3,4</sup> Esses jovens apresentam uma taxa maior de abandono escolar<sup>14,18,19,20,21</sup> e tendem a apresentar maior chance de desenvolver comportamento criminoso e dependência de substâncias na idade adulta.

Por ser um período de transição social, a associação e a identificação com grupos é muito importante para o adolescente. Nesse período, o indivíduo está mais vulnerável à influência de companheiros que apresentem comportamento desviante.<sup>4,16</sup> Nesse sentido, ter uma religião e prática religiosa se mostra um fator de proteção para adolescentes em relação ao uso de SPA.<sup>22,23</sup>

Considerando isto, os adolescentes encontram-se, em função de características neurobiológicas e sociais, num período de importante vulnerabilidade para o início do uso e desenvolvimento de consumo problemático e dependência de SPA. A detecção precoce e o desenvolvimento de programas de prevenção e orientação são medidas essenciais visando à minimização do problema.

O uso e a dependência de substâncias psicoativas são fenômenos multifacetados que devem ser abordados sob uma perspectiva multidisciplinar.

## 1.2 Criminalidade

A criminalidade, definida como o conjunto de atos criminosos em um determinado ambiente, é também um fenômeno complexo e multicausal,<sup>24</sup> podendo ser considerada a partir de índices de cometimento de delitos contra o patrimônio (furto, roubo e latrocínio) e contra a pessoa (lesão corporal, homicídio).<sup>25</sup> A medida da criminalidade deve ser realizada não somente em função do cometimento do delito, mas também da análise a partir de uma determinada região geográfica. Sua natureza é tentacular, infiltrando-se em diversas esferas da sociedade: a violência se manifesta como consequência da perda gradativa de padrões de interação social. Apesar da antiga hierarquia tradicional não mais existir, as relações igualitárias (ainda) não foram alcançadas.<sup>8</sup>

A viabilidade da vida em sociedade ocorre a partir de valores e padrões sociais compartilhados: o que se vê, atualmente, é a banalização de atos de violência e crueldade que passam a ser aceitos em vez de serem motivos de indignação. Essa situação desenvolve nas pessoas um sentimento de indiferença e as relações sociais se tornam apartadas, principalmente nas grandes cidades. Há, desse modo, uma fragilização da identidade social baseada em valores éticos, propiciando a infiltração da criminalidade e da violência principalmente nos centros urbanos, em que a tensão entre as esferas sociais se torna mais evidente.<sup>8</sup>

As estatísticas criminais no Estado de São Paulo, divulgadas pela Secretaria da Segurança Pública,<sup>26</sup> devem ser interpretadas com prudência, pois são dados sujeitos a uma série de limitações, uma vez que são baseados apenas nos crimes notificados. Para que um crime faça parte das estatísticas oficiais, são necessárias três etapas sucessivas: o crime deve ser detectado, notificado às autoridades policiais e, por último, registrado no boletim de ocorrência. Os dados de notificação de crimes nos últimos trimestres de 2008 e 2009 encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1: Dados de criminalidade no Estado de São Paulo.**<sup>26</sup>

Ocorrências policiais registradas	4º trimestre/2008	4º trimestre/ 2009
Crimes contra a pessoa*	119.711	162.039
Crimes contra o patrimônio**	229.033	278.325
Crimes contra os costumes***	3.446	3.886
Crimes relacionados a entorpecentes****	8.345	10.780
Contravenções	16.023	24.642
Outros crimes	19.173	26.987
Crimes violentos*****	69.388	78.051

\* Lesão corporal e homicídio \*\* Roubo, furto e latrocínio

\*\*\* Estupro, atentado violento ao pudor e ato obsceno \*\*\*\*Tráfico e porte

\*\*\*\*\* Homicídio doloso, roubo, latrocínio e extorsão mediante seqüestro

### **1.3-Criminalidade e consumo de substâncias psicoativas**

Há uma relação multifatorial, variada e complexa entre o uso e a dependência de SPA e a criminalidade.<sup>27,28,29</sup>

Estudos<sup>27,28,30</sup> sobre o tema estabelecem uma tríade de fatores que relacionam criminalidade e uso de substâncias psicoativas, que envolve o contexto relacionado ao narcotráfico, variáveis sócio-culturais e o efeito da substância psicoativa sobre o comportamento.<sup>24,27,31</sup>

O primeiro fator refere-se ao contexto associado à distribuição de drogas ilícitas, que coloca o usuário, direta ou indiretamente, em contato com um dos alicerces da violência e da criminalidade urbanas, o narcotráfico.<sup>27,28,29</sup> Por ser um fenômeno de dimensão internacional, a repercussão do tráfico de entorpecentes na sociedade brasileira contribui para problemas sociais graves, principalmente nas grandes cidades.<sup>32,33</sup>

O crime organizado no Brasil fortaleceu-se a partir dos anos 70 e 80, e a base das organizações criminosas (Comando Vermelho no Rio de Janeiro, Primeiro Comando da Capital em São Paulo)<sup>33</sup> tem sido o tráfico de entorpecentes.

Intimamente ligado ao tráfico de armas, o tráfico de drogas nas favelas e periferias dos grandes centros urbanos brasileiros arregimenta um número cada vez maior de jovens, que acreditam que os riscos envolvidos no tráfico são compensados pela possibilidade de usufruir de bens de consumo e prestígio, levando a uma gratificação social relativamente rápida.<sup>33</sup>

O contexto em que se desenvolveram as organizações criminosas baseou-se nas transformações, tanto sociais quanto estruturais, das grandes cidades brasileiras. Há falha do Estado em conseguir programar esse crescimento, amparar essas regiões e atender o cidadão em suas necessidades básicas, como saúde, segurança e moradia. O narcotráfico firma sua autoridade conjugando assistencialismo e coerção, mantendo o poder com base no medo e na dependência do cidadão.<sup>32, 34</sup>

O segundo elemento da tríade a ser considerado é o contexto sócio-econômico e cultural em que se insere o usuário.<sup>27-30,35,36</sup> O uso de substâncias psicoativas está mais associado à criminalidade quando o indivíduo está inserido em um contexto sócio-econômico carente, com vizinhança violenta, estrutura familiar frágil, tem baixa escolaridade, está desempregado e tem poucos recursos que possibilitem o consumo da substância sem o cometimento de delito para adquiri-la.<sup>37</sup> Além disso, vive em um ambiente carente e dominado pela lei do narcotráfico, com valores sociais particulares que muitas vezes colidem com os da sociedade global.<sup>28,29,35,37</sup>

Um terceiro ponto de associação entre o uso de substâncias psicoativas e a criminalidade é o efeito das SPA sobre o comportamento do usuário.<sup>27,28,35</sup> Tanto a intoxicação quanto a abstinência de substâncias causam alterações comportamentais como prejuízo cognitivo, irritabilidade e aumento da impulsividade no indivíduo,<sup>28</sup> o que pode culminar em condutas ilegais.<sup>28,29</sup>

A impulsividade pode ser definida como uma predisposição a apresentar reações exageradas e não planejadas a estímulos internos ou externos, com conseqüências negativas a si e a outrem.<sup>13,38,39</sup> Apesar de poder estar associada a comportamento agressivo, a impulsividade não é sinônimo de agressividade, que por sua vez pode ser considerada um padrão de comportamento cujo objetivo é causar dano a outrem, que não está de acordo com tal atitude.<sup>28</sup> Na literatura, o termo violência está intimamente

relacionado a agressão, mas é mais utilizado em contexto social e de relações interpessoais.<sup>27,28</sup>

Em usuários frequentes de SPA, quer na intoxicação, quer na abstinência, há ativação de diversas estruturas neuroanatômicas envolvidas no comportamento agressivo e impulsivo, como a amígdala e o hipotálamo.<sup>14,36,39</sup> Durante a intoxicação por uma substância psicoativa, por exemplo, há a potencialização de comportamentos de risco e violência.<sup>28,40</sup> Somado a isso ocorre a supressão de mecanismos inibitórios que são desenvolvidos pelo indivíduo no sentido de evitar uma punição por ato que seja contrário ao ordenamento social, moral ou jurídico. Isso culmina no aumento da impulsividade, o que pode ser agravado pela desconsideração da sensação de medo.<sup>13,14,28,41</sup>

Esse aumento da impulsividade é bastante intenso durante a intoxicação por álcool. Apesar de não estar relacionado diretamente à ilegalidade, como ocorre com as substâncias ilícitas, o álcool também deve ser mencionado como uma substância que leva a diversos prejuízos funcionais e sociais, e pode estar associado a atos criminosos principalmente por seus efeitos psicoativos. Considerando isso, a lei incide também sobre o comércio de álcool na medida em que proíbe a venda para menores de 18 anos e regulamenta a propaganda da substância na mídia, ainda que de maneira relativamente insatisfatória.<sup>42</sup>

A relação do uso e da dependência de SPA com a criminalidade não se limita aos aspectos mencionados acima; a tríade descrita se correlacionará com outros elementos, com destaque para um quarto fator que se refere à estrutura de personalidade do sujeito, gerando um mosaico a ser observado em suas múltiplas facetas.

#### **1.4- Álcool e criminalidade**

Estima-se que, no Brasil, 74,6% da população entre 12 e 65 anos já experimentou bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida. A prevalência de dependência em nosso país atinge 12,3%.<sup>2</sup> O álcool é a mais utilizada entre todas as substâncias depressoras do sistema nervoso central.<sup>2,28</sup> Além disso, é a substância mais associada a atos de violência.<sup>28</sup>

A dependência de álcool apresenta diversos padrões de gravidade, por isso não pode ser limitada por critérios diagnósticos apenas. O conceito deve ser estendido a aspectos individuais e ambientais para ser claramente entendido. Elementos como a personalidade, o padrão de uso e o papel do álcool na vida de cada um são fatores essenciais para o entendimento do grau de dependência, a partir do contexto social em que se insere o indivíduo.<sup>43</sup>

Um dos fatores que se associa a comportamento agressivo é a intoxicação alcoólica. Seus sintomas variam de acordo com a quantidade de álcool sérico e com a tolerância, além de outras variáveis como alimentação e velocidade de ingestão. Uma alcoolemia de 30mg% causa euforia, excitação e discretas alterações da atenção. Quando atinge 50mg%, o indivíduo já sofre leve alteração do humor e comportamento, além de prejuízo da coordenação motora. Conforme os níveis séricos vão aumentando, a perda da coordenação se agrava e o humor se torna cada vez mais instável e irritado, com comportamento mais impulsivo. A evolução da intoxicação culmina com sintomas de depressão do Sistema Nervoso Central, como diminuição da consciência e depressão das funções vitais, em diferentes níveis.<sup>44</sup>

Os efeitos psicoativos da ingestão de pequenas a médias quantidades de álcool estão associados à ação do ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório.<sup>12,14,38</sup> O álcool ativa neurônios inibitórios gabaérgicos do córtex pré frontal e do sistema límbico, diminuindo no indivíduo tanto a sensação de medo e perigo quanto a capacidade de planejar seus atos.<sup>13,14,28</sup>

A intoxicação por álcool acarreta em perda da capacidade de concentração por várias horas após a ingestão, além de perda de habilidades psicomotoras<sup>13</sup> e aumento da impulsividade que pode levar ao cometimento de crimes violentos.<sup>13,31,38,45</sup> O uso do álcool é responsável por 60% dos acidentes de trânsito no Brasil e aparece em 70% dos laudos necrológicos de mortes violentas.<sup>31</sup> Mais da metade dos crimes é cometida quando o criminoso está intoxicado por álcool.<sup>24</sup>

Importante salientar que a mera intoxicação por álcool não é suficiente para justificar um comportamento agressivo ou o cometimento de um crime. É necessária a conjugação de uma série de fatores para que isso se dê como contexto ambiental em que

ocorreu a intoxicação, além de valores culturais e características de personalidade do indivíduo intoxicado.

O crime de homicídio, previsto no artigo 121 do Código Penal Brasileiro, é um dos principais indicadores de dimensão de violência.<sup>31,40</sup> A associação de intoxicação por álcool e crimes contra a pessoa é corroborada por diversos estudos.<sup>28,40</sup> Na cidade de São Paulo, entre 610 vítimas de homicídio que tiveram exame toxicológico realizado, 38,3% resultaram exames de alcoolemia positivos.<sup>46</sup> Em Curitiba, de 130 processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri daquele Estado, os resultados apontaram que 58,9% dos homicidas e 53,6% das vítimas estavam sob efeito do álcool à época do delito.<sup>40</sup> Um estudo realizado em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) indicou que 31,5% dos homicidas e 22,7% dos suicidas apresentavam nível de concentração sérica de álcool compatível com intoxicação (> 100 mg/dl) . Dentre os homicídios, as maiores concentrações séricas de álcool estão entre os que envolvem armas de fogo (30,6% intoxicados).<sup>47</sup> Aproximadamente 85% dos homens que chegam a hospitais da Dinamarca por envolvimento em atos violentos, quer como agressores, quer como vítimas, estão sob os efeitos do álcool.<sup>48</sup>

### **1.5. Cocaína, crack e criminalidade**

Estudo nacional realizado nas cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes concluiu que a prevalência do uso de cocaína na vida entre a população brasileira foi de 2,9%. O uso de cocaína já está presente na faixa etária de 12 – 17 anos (0,5% dos entrevistados) e atinge um máximo na faixa dos 25 – 34 anos (5,2%), com grande predomínio do sexo masculino.<sup>2</sup>

O consumo de cocaína na forma fumada, ou crack, por sua vez, tem prevalência de 0,7% no Brasil; a maior porcentagem de uso na vida foi para o sexo masculino (3,2%), na faixa etária de 25 – 34 anos.<sup>2</sup>

A cocaína é uma SPA estimulante e age no Sistema Nervoso Central aumentando a quantidade de dopamina (principalmente), noradrenalina e serotonina na fenda sináptica.<sup>12,14</sup> Os efeitos no comportamento têm início rápido e duração de 30 a 60

minutos. Os metabólitos, porém, são detectáveis no sangue e urina por até dez dias após o uso.<sup>44</sup> Tem propriedades vasoconstrictoras e é um potente anestésico local.

O consumo da cocaína pode ocorrer por via oral, aspirada, fumada ou endovenosa. O potencial dependogênico de uma substância está diretamente relacionado a três fatores: velocidade de início de ação, tempo de ação e intensidade dos efeitos psicoativos. A cocaína ingerida por via oral demora até dez minutos para ter sua ação iniciada, os efeitos são mais duradouros (até 90 minutos) e menos intensos. Essa forma de ingestão é realizada principalmente por nativos dos Andes e trabalhadores pesados, que mascam folhas de coca devido a seus efeitos anestésicos.<sup>49</sup>

Por via aspirada, sob a forma de cloridrato de cocaína, a substância demora em torno de três minutos para iniciar seus efeitos, que duram até trinta minutos. A via endovenosa, em que o cloridrato de cocaína é dissolvido e injetado, foi muito usada nos anos 70 e 80 principalmente. Foi essa via a principal responsável pela disseminação de diversas doenças infecciosas entre os usuários e dependentes, como a infecção pelo HIV e vírus das hepatites B e C. Tem início de ação mais rápido, 30 a 45 segundos, e seus efeitos duram até 20 minutos.<sup>49</sup>

A forma de uso de cocaína com maior potencial dependogênico é a ingerida por via inalatória fumada, sob a forma de merla ou crack. O contato com os vasos pulmonares leva rapidamente a substância ao cérebro (início de ação em 8 a 10 segundos). Além disso, o caráter mais básico dessa forma de cocaína facilita a passagem da substância pela barreira hematoencefálica, aumentando ainda mais a velocidade de início de ação. O tempo de duração dos efeitos psicoativos do crack é muito curto, 5 a 10 minutos, o que leva rapidamente a uma sensação muito desagradável na abstinência e a um comportamento de procura incessante pela droga, que faz o usuário muitas vezes consumir até a exaustão física completa.<sup>19,20,50</sup>

A dependência relaciona-se ao fato de a cocaína ser um “reforçador positivo” de manutenção no comportamento de uso.<sup>12,13,28</sup> Não somente a via de uso influencia no desenvolvimento de dependência,<sup>2,51</sup> mas também um padrão de comportamento impulsivo pré-uso.<sup>51,52,53</sup> As inervações dopaminérgicas do núcleo acumbens e na amígdala são responsáveis pela sensação de fissura durante a abstinência e pelo padrão compulsivo de

consumo.<sup>29,51,52,53</sup> Há aumento da concentração de dopamina no putame e no núcleo caudado em usuários de cocaína.<sup>53</sup> A presença de elementos no meio em que vive o sujeito que lembrem a substância (“gatilhos”) já é suficiente para, através da ativação do sistema límbico, desencadear sensação de fissura.<sup>29,54</sup>

Tanto a intoxicação aguda quanto a abstinência da cocaína têm sintomas inicialmente agudos que podem se tornar crônicos: irritação, ansiedade, heteroagressividade, idéias paranóides, alucinações e agitação psicomotora.<sup>2,29,54,55</sup> Os sintomas euforizantes durante a intoxicação potencializam o padrão compulsivo de uso da cocaína e do crack.<sup>55</sup> Há exacerbação do sentimento de onipotência, o que pode levar a comportamentos de risco e heteroagressivos.<sup>29,55</sup> Na abstinência predominam os sintomas de afeto negativo, como ansiedade, irritabilidade, depressão e ideação suicida.<sup>54,55</sup> Em estudos de imagem cerebral, usuários de cocaína e crack apresentaram hipoperfusão cerebral no putame e no córtex temporal, e hiperperfusão no córtex frontal,<sup>52,54</sup> mais acentuadas em usuários crônicos.<sup>54</sup>

No que se refere ao aumento da agressividade, alguns estudos apontam que o usuário de cocaína ou crack comete atos infracionais e crimes em função mais dos efeitos da fissura, visando a adquirir a substância, do que propriamente por aumento da heteroagressividade em si.<sup>56</sup> Outros estudos associam o uso de cocaína a padrão de comportamento impulsivo e violento, independente de comorbidade com transtorno de personalidade anti-social.<sup>54</sup> Um estudo publicado em 2001 nos EUA usando o sistema ADAM (*Arrestee Drug Abuse Monitoring*) incluiu 9242 homens e 2594 mulheres presos por crimes de violência e contra o patrimônio em 1998. Nele, a intoxicação alcoólica foi mais comumente associada aos crimes “violentos” enquanto o uso de drogas ilícitas, principalmente cocaína, precedia o cometimento de crimes contra o patrimônio.<sup>57</sup> Nesse estudo, o autor considera violentos todos os crimes contra a pessoa, além de roubo e latrocínio. Ele inclui nesse rol homicídio, seqüestro, estupro, roubo, lesão corporal e problemas familiares. Já os crimes contra o patrimônio para esse estudo podem ser considerados aqueles em que o autor não agride fisicamente a vítima, como furto, estelionato e fraude. No ordenamento jurídico brasileiro, os crimes contra o patrimônio incluem fu roubo e latrocínio (roubo seguido de morte), não somente estelionato, furto e fraude. A cocaína esteve desse modo, mais associada a crimes contra o patrimônio,

principalmente furto e roubo, sendo que o ato criminoso se deu visando a adquirir a SPA.<sup>56,57</sup>

Há também associação da fissura por cocaína a crimes de roubo. Não é estabelecida, porém, qual a porcentagem de usuários que usam os efeitos psicoativos da substância para cometer o crime.<sup>57</sup>

### **1.6. Maconha e criminalidade**

A maconha é a substância psicoativa ilícita mais consumida no mundo.<sup>58</sup> Calcula-se que aproximadamente 144 milhões de pessoas já tenham usado maconha pelo menos uma vez na vida.<sup>44</sup> No Brasil, o uso ocorre já em idades de 12 – 17 anos (4,1%), atinge um pico para os dois sexos entre 18 a 24 anos (17%), diminuindo na faixa de mais de 35 anos (5,6%). As porcentagens de uso na vida, em todas as faixas etárias, é francamente maior para o sexo masculino: em média três vezes maior que o sexo feminino.<sup>2,44</sup> O uso pode levar a um padrão de dependência: no Brasil, a porcentagem de dependentes de maconha é de 1,24%.<sup>2</sup>

Seu composto psicoativo principal é o  $\Delta$ -9 tetrahydrocannabinol (THC).<sup>59</sup> O THC é absorvido em 50% através da fumaça inalada pelo cigarro de maconha. Se inalado, o composto rapidamente atinge os pulmões e, pela corrente sanguínea, em poucos minutos cruza a barreira hematoencefálica.<sup>59,60</sup> Por ser lipossolúvel, o THC acumula-se no tecido gorduroso e pode permanecer por até 7 dias no organismo.<sup>59</sup>

Há outros tipos de substâncias canabinóides, cujo uso no Brasil é bem menos freqüente que o da maconha<sup>2</sup>. Destes, é importante mencionar o haxixe e o Skank, cujos teores de THC são maiores que os da maconha.<sup>61</sup>

Há receptores canabinóides em todo o córtex cerebral, principalmente no sistema límbico (incluindo hipocampo e amígdala), gânglios da base, tálamo e cerebelo.<sup>14,59,60,61</sup> A maconha tem efeitos euforizantes, pode causar risos imotivados, aumento do desejo sexual e do apetite, aumento da autoconfiança e grandiosidade, da sociabilidade, sensação de relaxamento e loquacidade.<sup>59,60</sup> Pode, porém, causar ansiedade, irritabilidade, pânico, sensação de despersonalização e desrealização, sonolência,

alucinações ou ilusões e diminuição da concentração.<sup>60,61</sup> Durante a intoxicação há prejuízo na realização de atividades complexas.<sup>58,59</sup>

O uso crônico de maconha pode causar prejuízos duradouros e em alguns casos permanentes na memória, na capacidade de realizar atividades complexas e na atenção.<sup>59,60</sup> Dentre os usuários, 10% em média desenvolvem dependência da substância.<sup>58,60</sup>

Os sintomas de abstinência ocorrem com a interrupção brusca de um uso contínuo e de altas doses da maconha.<sup>58,59</sup> Consistem em irritabilidade, inquietação, insônia, anorexia ou discreta náusea. Sensação de fissura, mialgia, cefaléia e sintomas depressivos também podem ocorrer.<sup>58</sup>

No que se refere ao comportamento agressivo, enquanto doses baixas de maconha podem em alguns indivíduos levar a aumento da agressividade, doses moderadas a altas tendem a anular comportamentos agressivos no usuário.<sup>28,58</sup> Durante a abstinência, apesar de haver um aumento da irritabilidade, não há estudos que suportem a associação entre os efeitos do uso ou da abstinência de canabinóides e comportamentos criminosos.<sup>28,57,58</sup>

### **1.7. Solventes e criminalidade**

No Brasil, 6,1% da população já fez uso na vida de solventes e a dependência atinge 0,2% da população.<sup>2</sup> Os solventes são depressores centrais e estão freqüentemente relacionados a poliabuso. Seus efeitos intensos e efêmeros estimulam o uso continuado, propiciando o uso nocivo.<sup>44,57</sup>

O uso de solventes muitas vezes inaugura o histórico de consumo de SPA do sujeito, iniciando-se na adolescência em contexto grupal. Está associado a padrão de comportamento desviante em adolescentes e à dependência, na idade adulta, de álcool, cocaína, crack e opióides.<sup>62</sup>

## **1.8- Outras substâncias psicoativas e criminalidade**

O consumo de opióides não apresenta taxas significativas entre a população brasileira,<sup>2,63</sup> mas na Europa e Estados Unidos está associado tanto à criminalidade quanto ao transtorno de personalidade antissocial.<sup>48</sup>

As drogas sintéticas apresentam taxas de consumo inferiores às demais SPA no Brasil; são utilizadas principalmente em contexto recreativo e não têm sido relacionadas à criminalidade até o momento, excetuando-se a questão do tráfico.<sup>2</sup>

## **1.9-Transtorno de Personalidade Antissocial**

O transtorno de personalidade antissocial (TPAS), ou dissocial, descrito pela décima edição do Código Internacional de Doenças (CID-10)<sup>10</sup> e também pelo DSM-IV-TR,<sup>11</sup> é caracterizado pelo comportamento impulsivo do indivíduo afetado, desprezo por normas sociais, e indiferença aos direitos e sentimentos dos outros. Os indivíduos portadores deste transtorno não se conformam às normas pertinentes a um comportamento dentro de parâmetros estabelecidos. São incapazes de manter relacionamentos, embora não apresentem dificuldade em iniciá-los. Apresentam propensão para culpar os outros ou oferecer racionalizações plausíveis para comportamentos que podem culminar em conflito com a sociedade. Sua postura é muitas vezes arrogante e frequentemente há falta de empatia no discurso.<sup>10,11,64</sup>

O TPAS está associado tanto ao uso de substâncias psicoativas quanto a um padrão de comportamento violento.<sup>24,28,64</sup> É considerado um dos fatores responsáveis pela associação entre uso de substâncias e criminalidade, principalmente devido ao comportamento impulsivo desses indivíduos,<sup>65,66</sup> que apresentam prejuízo na capacidade de inibir condutas e impulsos.<sup>53,66,67</sup>

Alguns estudos discutem a diminuição da quantidade de serotonina em indivíduos com transtorno antissocial, o que é indicado por quantidades menores do metabólito da serotonina, o ácido penta-hidroxiindolacético, no líquido desses indivíduos. Essa alteração poderia explicar uma maior vulnerabilidade desses indivíduos aos efeitos do álcool sobre o comportamento agressivo.<sup>64,68</sup>

A associação entre dependência alcoólica e transtorno de personalidade antissocial na população prisional italiana é frequente; dos indivíduos com esta comorbidade 80,8% tiveram problemas legais.<sup>24</sup> Estudo realizado com população prisional americana apontou que 35% dos 320 entrevistados apresentavam transtorno de personalidade antissocial de acordo com os critérios do Mini International Interview (M.I.N.I.)<sup>69,70</sup>

Usuários de álcool com transtorno de personalidade antissocial tendem a iniciar o uso abusivo precocemente e a apresentar maiores índices de disfunções sociais e laborais associadas à ingesta alcoólica.<sup>68,71</sup> Estes indivíduos são considerados alcoolistas tipo II pela classificação de Cloninger e podem apresentar heteroagressividade.<sup>71,72</sup>

Dentre os usuários de cocaína, há maior porcentagem de criminosos entre os que apresentam comorbidade com transtorno de personalidade antissocial.<sup>28,55</sup> Além disso, os usuários de cocaína que apresentam esta comorbidade tendem a ser mais agressivos e a apresentar comportamento mais violento que os indivíduos que não têm esta comorbidade.<sup>13,53,73</sup>

Embora estudos<sup>24,28,29,53</sup> corroborem a relação entre TPAS e criminalidade, há diversidade na literatura quando é abordada a relação do TPAS com o uso de substâncias psicoativas e o efeito da comorbidade sobre o comportamento criminoso.<sup>53</sup>

### **1.10-Uso de substâncias psicoativas e prática da prostituição**

A prostituição é uma prática milenar que ocorre em grande variedade de ambientes. Praticar a prostituição não é considerado crime pelo ordenamento jurídico brasileiro, mas explorar a prostituição, sim. A relação entre o uso de SPA e a prostituição tem sido tema de diversos estudos e pesquisas tanto em áreas sociais quanto da saúde.<sup>74</sup> Pesquisas demonstram a estreita relação entre o uso e dependência de substâncias psicoativas e a prática da prostituição.<sup>75,76,77</sup> Na Inglaterra, estima-se que 80% das pessoas que se prostituem o fazem para financiar a dependência de substâncias psicoativas.<sup>57</sup> Há, também associação entre transtorno de personalidade antissocial e prostituição.<sup>76</sup>

Estudos internacionais apontam que o uso de substâncias é mais acentuado entre os que praticam a prostituição nas ruas. O uso de crack chega a ocorrer entre até 85% dos profissionais do sexo, que gastam até 70% dos seus rendimentos no sustento da dependência.<sup>76,77</sup> A fissura causada pela abstinência da substância supera a aversão à prática da prostituição.<sup>74,78</sup> Isso é extremamente danoso para a saúde e diminui drasticamente a qualidade de vida, expondo os dependentes a riscos de doenças sexualmente transmissíveis e à violência.<sup>74,79</sup> Prostitutas estão mais expostas à violência e sofrem mais estupros que não prostitutas.<sup>79</sup>

Além disso, há estudos que acusam um aumento do padrão de uso da SPA decorrente do ato de se prostituir.<sup>78</sup> A prática da prostituição implica em aumento do estresse tanto físico quanto psíquico, em função disso observa-se que a substância é usada também para que, uma vez intoxicado, seja viável se prostituir.<sup>78,79</sup>

Além da prostituição propriamente dita, há pessoas que uma vez dependentes do crack, mantêm relações sexuais em troca da substância. Essa prática, não incomum<sup>20,21,80</sup> está associada a maior gravidade da dependência e a uma maior perda social.<sup>79</sup>

O uso e a dependência de substâncias entorpecentes se configuram como um problema de saúde pública quer por sua incidência e prevalência, quer pela implicação na perda da funcionalidade e da qualidade de vida do sujeito dependente, gerando conseqüências individuais e coletivas de difícil resolução.

Considerando a relevância do consumo de substâncias psicoativas na atualidade e suas imbricadas relações com criminalidade, com destaque para a presença de transtorno de personalidade antissocial, este estudo propõe-se a discutir possíveis relações a partir da avaliação de usuários e dependentes que procuraram tratamento.

## **2-OBJETIVOS**

### **2.1-Objetivo Geral:**

Discutir os fatores relacionados ao cometimento de crimes em dependentes de substâncias psicoativas que procuraram tratamento.

### **2.2-Objetivos Específicos:**

1. Descrever o perfil sócio-demográfico da população estudada.
2. Avaliar o padrão de consumo de substâncias psicoativas da população estudada.
3. Apresentar a prevalência de comportamento criminoso e os tipos de crime praticados pela população estudada.
4. Medir a prevalência do transtorno de personalidade antissocial na população estudada.
5. Correlacionar o perfil sócio-demográfico, o padrão de consumo de substâncias psicoativas e a presença de transtorno de personalidade antissocial com o cometimento de crimes na população estudada.

### **3-MÉTODOS**

#### **3.1-Tipo de estudo**

Estudo quantitativo, de corte transversal.

#### **3.2-Local da pesquisa**

O estudo foi realizado com usuários de substâncias psicoativas que iniciaram acompanhamento em dois dos serviços de referência no tratamento de dependentes químicos da cidade de Campinas-SP.

O município de Campinas conta com uma rede de atenção clínica a transtornos relacionados à dependência química composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)-AD, um ambulatório especializado nas dependências do Hospital de Clínicas da Unicamp e outro no Hospital Celso Pierro, da Pontifícia Universidade Católica. A retaguarda de internação é dada pelo Núcleo de Retaguarda que conta com 10 leitos de internação e 10 leitos-noite destinados a dependentes químicos. O funcionamento é no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), localizado no distrito de Sousas. A rede de atenção conta com o atendimento realizado pelo Programa de Saúde da Família, o atendimento oferecido na rede de atenção primária realizado nas Unidades Básicas de Saúde, grupos de mútua ajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente) e comunidades terapêuticas.

Nesse estudo, foram incluídos os serviços CAPS-AD Independência e Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do HC/Unicamp.

O ASPA é um dos setores especializados do Ambulatório de Psiquiatria localizado no segundo andar do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; tem funcionamento semanal, às quartas-feiras pela manhã, e atende uma média de três casos novos e vinte retornos médicos por ambulatório. À época do estudo, contava com uma equipe composta por duas médicas psiquiabras supervisoras, uma psicóloga, cinco médicos residentes em psiquiatria, um em neurologia e um em Saúde da Família, além de alunos de graduação e estagiários. A média mensal de casos novos atendidos é de 10 e de retornos, 80. O número de entrevistas realizadas no ASPA foi de 50.

O CAPS-AD Independência é um serviço fundado em 2007 que contava, à época da realização da pesquisa, com uma equipe formada por três psiquiatras, um clínico geral, sete psicólogos, duas enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais, um monitor, seis auxiliares de enfermagem, dois assistentes administrativos e uma de farmácia. É responsável pelo atendimento de pacientes residentes nas regiões sul e sudoeste da cidade, encaminhados pelas unidades básicas de saúde da região, pronto-socorros e por demanda espontânea. O funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas. Os pacientes chegam ao serviço encaminhados pelas unidades básicas de saúde e pelos pronto-socorros da região, e a distribuição de atendimentos médicos é realizada pelos técnicos de nível universitário que compõem a equipe. O agendamento da consulta médica ocorre quando o paciente já está frequentando grupos há pelo menos duas semanas e desse modo já está inserido no serviço.

No CAPS-AD, o paciente antes de iniciar o acompanhamento psiquiátrico deve participar de pelo menos três sessões de grupo, denominado “grupo de acolhimento”, em que o serviço é apresentado ao paciente e se inicia um primeiro contato entre os profissionais e o usuário. Após essa primeira etapa, o paciente é submetido a uma anamnese mais detalhada realizada por um dos profissionais de nível universitário. A consulta médica é agendada na ocasião da triagem. No estudo foram incluídos apenas sujeitos que se submeteram à triagem e compareceram a pelo menos uma consulta médica.

### **3.3-Sujeitos**

Neste estudo foram avaliados 183 usuários de SPA que procuraram atendimento em um dos serviços mencionados no período de junho de 2007 a janeiro de 2009.

Os critérios de inclusão foram:

- indivíduos de ambos os sexos;
- maiores de 18 anos;
- que procuraram um dos serviços citados em função de quadros relacionados ao uso de SPA;

- indivíduos que realizaram ao menos uma consulta médica no CAPS-AD Independência no período de julho de 2007 a janeiro de 2009 ou no Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do HC-Unicamp no período de junho de 2007 a janeiro de 2008.

Para a inclusão no estudo, os sujeitos deviam ser considerados inseridos nos respectivos serviços, o que ocorria após o primeiro atendimento médico.

Os critérios de exclusão foram:

- Pacientes que não tinham condições psíquicas para responder ao questionário no momento em que este foi proposto. Esse impedimento poderia ser decorrente de efeitos das substâncias psicoativas (intoxicação ou sintomas intensos de abstinência), de comprometimento cognitivo importante (retardo mental) ou de sintomas produtivos exacerbados em pacientes psicóticos.

### **3.4. Procedimentos**

Foi feito contato com os coordenadores das unidades em que foi realizada a pesquisa, que aprovaram a atuação da pesquisadora nos respectivos locais. Em seguida, o projeto e seus instrumentos foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp e do Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira (autarquia que administra o Caps-AD). Os comitês aprovaram a realização da pesquisa sem restrições. (anexos 1 e 2)

Foi realizado um estudo piloto, com aplicação da entrevista em 20 sujeitos provenientes dos serviços onde a pesquisa foi realizada. Esta aplicação teve como objetivos a adequação da ordem das perguntas e a estimativa do tempo de aplicação. Constatou-se que, quando a entrevista era realizada na ocasião da primeira chegada ao serviço, alguns pacientes demonstraram receio acerca das conseqüências sobre o tratamento caso se recusassem a responder o questionário, mesmo quando lhes era informado que isto não ocorreria. Atribuiu-se essa reação à falta de vinculação ao serviço. Além disso, percebeu-se que havia o risco de a aplicação do questionário ser confundida com parte do tratamento, uma vez que ele ainda não conhecia o funcionamento e as regras dos serviços. Por fim, principalmente no CAPS-AD, os indivíduos que chegavam pela primeira vez

freqüentemente estavam intoxicados ou em abstinência de SPA, o que os excluía automaticamente do trabalho.

Em função disso foi estabelecido o critério de inclusão de sujeitos a partir de uma inserção formal nos serviços, ou seja, após o primeiro atendimento médico.

As entrevistas realizadas na fase piloto não foram incluídas na análise dos dados.

Em ambos os serviços, após a consulta de rotina, a pesquisadora convidava os potenciais entrevistados a uma sala de atendimento individual, explicava o estudo e seus propósitos. Os sujeitos eram também orientados acerca do sigilo e dos objetivos da pesquisa. Em seguida lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, anexo 3) em voz alta. Após isso, era solicitado ao entrevistado o número de seu documento de identidade e que ele assinasse a outra via do termo de consentimento. Se houvesse acompanhante, era-lhe solicitado que aguardasse na sala de espera, para que a aplicação se realizasse apenas com o entrevistado na sala de consulta. A todos foi dada uma cópia do termo, assinada pela pesquisadora, com número do documento de identidade e telefone de contato da mesma e de sua orientadora.

A natureza das perguntas, que incluía a inquirição sobre cometimento de crimes nem sempre punidos ou reportados a autoridade policial, poderia levar a respostas falseadas. O fato de haver apenas uma entrevistadora para todos os sujeitos garantiu uma uniformidade na elaboração das perguntas, com o cuidado de evitar carga moral na inquirição. Algumas vezes os entrevistados demonstravam desconfiança com o teor das questões, principalmente nas seções V e VI, mas nessas ocasiões era reforçado o anonimato dos questionários e esclarecido que a assinatura do termo de consentimento não seria anexada a ele, o que impediria qualquer identificação. Além disso, era informado que o entrevistado poderia interromper a qualquer momento a aplicação do questionário, para que ele ficasse mais seguro e isso aumentasse a credibilidade das respostas. Nenhum sujeito optou pela interrupção da inquirição.

### 3.5. Instrumentos da pesquisa

Foram aplicados os seguintes instrumentos na coleta de dados:

-Questionário de levantamento de dados (anexo 4):

- Seção I- Dados sócio-demográficos que incluem: idade; gênero; religião; prática religiosa (sem prática, semanal ou mensal); escolaridade (analfabeto, alfabetizado, fundamental incompleto, fundamental completo, médio, superior, pós-graduação); profissão; atividade laboral (se exercendo a atividade, se afastado, aposentado, desempregado); renda familiar per capita (em salários mínimos); estado civil (casado, solteiro, união estável, divorciado, separado, viúvo); condições de moradia (se com parentes, amigos, esposa e filhos, instituição, número de cômodos) e número de filhos.

- Seção II- Padrão de consumo de SPA que incluiu álcool, maconha, cocaína, crack, benzodiazepínicos, opióides, solventes, sintéticos, anfetaminas e outras. Para cada SPA, perguntou-se idade de início (até 12 anos, de 12 a 15 anos, de 15 a 18 anos, acima de 18 anos); frequência de uso (diária, dias alternados, três vezes por semana, semanal, quinzenal, mensal, menos que mensal, abstinência há mais de 2 meses, abstinência há mais de 2 anos); quantidade usada (de acordo com a substância inquirida, em unidades alcoólicas, gramas, comprimidos); período de uso mais intenso (padrão e há quanto tempo ocorreu) e se o padrão de uso da substância à época da aplicação do questionário diminuiu, aumentou ou se manteve em relação àquele período.

- Seção III- Dados acerca do tratamento atual (época de aplicação do questionário) e anterior. Tipo de tratamento (ambulatorial, internações); número de internações; tipo de internação (clínica, psiquiátrica, comunidade terapêutica); tempo de duração das internações e tipo de atendimento (psicológico individual ou em grupo, terapeuta ocupacional individual ou em grupo, oficinas).

- Seção IV- Modificações na vida a partir do início do tratamento, nas seguintes esferas: social (melhora, piora, inalteração); familiar (melhora, piora, inalteração); laboral (melhora nas relações de trabalho, conseguiu emprego, promovido, piora nas condições de trabalho, demitido após início do tratamento) e criminal (não cometeu mais crimes após início do tratamento, diminuiu os problemas criminais após

início do tratamento, aumentou o cometimento de atos criminosos após o início do tratamento). Perguntou-se, também, se o sujeito atribui as modificações referidas ao tratamento instituído.

- Seção V- Inclui os tipos penais dos crimes eventualmente cometidos; as substâncias envolvidas no ato (se o crime foi realizado sob efeito ou para conseguir a substância) e a fase do processo que o sujeito eventualmente responda pelo cometimento do crime (se houve boletim de ocorrência, inquérito, processo, julgamento, condenação, se foi preso ou não pelo ato).

- Seção VI- A prática da prostituição e sua relação com o uso da SPA (se o ato de se prostituir foi realizado sob efeito ou para conseguir a substância); o tipo de relação (homossexual, heterossexual, ambas) e a frequência de uso de preservativo (sempre, eventualmente, nunca).

-Seções J, K e P do “*Mini International Neuropsychiatric Interview*” (M.I.N.I.)<sup>70</sup> (anexo 5), que avaliam respectivamente dependência e uso abusivo de álcool (J); dependência de outras substâncias (K) e transtorno de conduta e transtorno de personalidade anti-social (P). A seção K foi aplicada separadamente para cada substância que o sujeito referia ter feito uso.

### **3.6-Análise dos dados**

Na análise dos dados, algumas alternativas foram agrupadas: a variável situação ocupacional dividiu-se em inativos (desempregado, aposentado, afastado) ou ativos; a variável situação conjugal foi dividida em com companheiro fixo (casados e amasiados) ou sem companheiro fixo (solteiro, separado/divorciado e viúvo). Na variável renda foi considerada a renda familiar e os dados referentes à religião investigaram ter ou não religião, denominação religiosa e prática religiosa.

Foi considerado que o entrevistado apresentava antecedente de envolvimento com a criminalidade quando o entrevistado respondesse positivamente à pergunta: “*já teve problemas criminais?*”, constante na ficha de coleta de dados. Para fim de análise, não foi

considerado “criminalidade” o delito de porte de entorpecentes, previsto no artigo 28 da lei 11.343/2006.

Com o objetivo de avaliar de maneira mais acurada a relação entre TPAS e criminalidade, foi realizada também uma análise considerando apenas os critérios “a”, “d”, “e”, “f” do MINI, excluindo-se, portanto, os itens que fazem menção direta ao cometimento de crimes (itens “b” e “c”). Foi então criada a variável Transtorno de Personalidade Antissocial “modificado” (TPASm), considerada presente quando o sujeito apresentava positivos três dos quatro critérios.

O crime de latrocínio, previsto pelo artigo 157 do Código Penal Brasileiro, está incluído na seção de delitos contra o patrimônio. Como esse crime se compõe de dois atos, sendo um deles o roubo (patrimônio) e o outro a morte da vítima (pessoa), consideramos o latrocínio como um crime contra a pessoa.

As informações foram inseridas em banco de dados do programa SPSS, versão 13.1, para consolidação e análise. A análise descritiva foi realizada através de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e tabelas de frequência para variáveis categóricas. Para comparação de proporções foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Para a identificação dos fatores relacionados ao crime foi utilizada a análise de regressão logística múltipla. O processo de seleção de variáveis aplicado foi o *stepwise*. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% e o intervalo de confiança para o Risco Relativo de 95%.

### **3.7- Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Unicamp e do Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira (autarquia que administra o Caps-AD).

Antes e durante a aplicação do questionário, era salientado ao sujeito que a recusa em responder à pesquisa, ou a solicitação de interrupção da entrevista, não afetariam a continuidade do tratamento na instituição ou a relação com a profissional responsável pela pesquisa, que trabalhava como médica em ambos os serviços.

Os entrevistados também eram orientados acerca do sigilo sobre a sua identidade: além de ler o termo de consentimento em voz alta, a entrevistadora, antes de o sujeito assinar, reforçava a informação acerca do sigilo obrigatório e perguntava se o entrevistado tinha alguma dúvida sobre esse ou algum outro aspecto da pesquisa.

#### 4- RESULTADOS

O ASPA atende em média 10 casos novos e 80 retornos por mês. No período referente à coleta de dados, 121 pacientes procuraram o serviço. Destes, foram excluídos 69 pacientes por não cumprirem o critério de terem passado a pelo menos um atendimento médico e dois sujeitos recusaram-se a participar do estudo. Foram, portanto, avaliados 50 pacientes.

No CAPS-AD chegaram para primeiro atendimento no período do estudo 281 pacientes. Destes, foram excluídos 148 indivíduos: 138 por não cumprirem o critério de inclusão de terem passado a pelo menos um atendimento médico (sendo que destes, 77 foram apenas uma vez ao serviço e 61 abandonaram o seguimento antes da avaliação psiquiátrica) e 10 indivíduos foram excluídos por não terem condições psíquicas para responder ao questionário. Foram, portanto, avaliados no CAPS-AD 133 pacientes. No Caps- AD ninguém se recusou a responder ao questionário.

Foram avaliados no total 183 usuários de SPA: 50 (27,3%) provenientes do ASPA e 133 (72,7%) do CAPS-AD Independência. A média de idade dos entrevistados foi de 40,8 anos (dp de 11,3 anos), com variação de 18 a 70 anos. Entre os sujeitos, 23 (12,6%) moravam sozinhos.

Quanto à religião, 78 sujeitos (42,6%) declararam-se católicos, 40 (21,9%) evangélicos e 6 (3,3%) espíritas; os demais (32,2%) negaram ter religião. Dentre os 124 entrevistados que afirmaram ter uma religião, 60 (32,8%) não a praticavam.

Dentre os entrevistados, 40,4% informaram ter apresentado algum comportamento criminoso na vida, excluindo o crime de porte de entorpecentes. Os crimes mais cometidos foram contra o patrimônio (furto e roubo; 21,8%), lesão corporal (23,5%) e homicídio (8,2%). A prática de atividade sexual em troca de SPA ou dinheiro para comprá-las foi declarada por 28 sujeitos (15% da população estudada). Desses, todos eram usuários de crack.

**Tabela 2: Dados referentes ao uso de substâncias psicoativas**

Variável	n = 183	%
<b>Álcool</b>		
Abuso	34	18,6
Idade de início		
< 15 anos	101	55,4
>=15 anos	82	44,6
Dependência	112	61,3
<b>Cocaína</b>		
Uso na vida	87	47,5
Idade de início (n=87)		
< 15 anos	55	58,6
>=15 anos	32	41,4
Dependência	50	27,3
<b>Crack</b>		
Uso na vida	67	36,6
Idade de início (n=67)		
< 15 anos	5	7,9
>=15 anos	62	92,1
Dependência	50	27,3
<b>Maconha</b>		
Uso na vida	86	47,0
Idade de início (n=86)		
< 15 anos	47	54,7
>=15 anos	39	45,3
Dependência	38	20,7
<b>Solventes</b>		
Uso na vida	59	32,3
Idade de início (n=59)		
< 15 anos	40	67,7
>=15 anos	19	32,3
Dependência	4	2,1
<b>Benzodiazepínicos</b>		
Abuso	13	7,1
Idade de início (n=13)		
< 15 anos	2	13,3
>=15 anos	13	86,7
Dependência	10	5,5
<b>Sintéticos</b>		
Uso na vida	16	8,7
Idade de início		
< 15 anos	3	18
>=15 anos	13	82
Dependência	0	0
<b>Anfetaminas</b>		
Uso na vida	14	7,6
Idade de início (n=14)		
< 15 anos	5	35,7
>=15 anos	9	64,3
Dependência	2	1,1
<b>Opióides</b>		
Uso na vida	8	4,4
Idade de início (n=8)		
< 15 anos	3	25,0
>=15 anos	5	75,0
Dependência	1	0,5

As tabelas 2, 3, 4, 5 e 6 apresentam os dados referentes ao consumo das diferentes SPA. Os entrevistados que utilizavam exclusivamente bebidas alcoólicas totalizaram 64 sujeitos, todos eles apresentavam diagnóstico de dependência desta substância. Desses, apenas 15,6% estiveram envolvidos com delitos ( $p < 0,001$ ). É importante ressaltar que todos os sujeitos já haviam experimentado bebidas alcoólicas por isso para esta SPA o dado considerado foi a taxa de abuso e não de uso na vida como foi feito para as demais SPA.

Na comparação entre os sujeitos que acompanhavam no Caps-AD e no ASPA (tabela 7), percebeu-se que, apesar das diferenças entre os serviços, a população estudada é homogênea.

**Tabela 3: Padrão de uso de bebidas alcoólicas**

<b>Variável</b>	<b>N (n=134)</b>	<b>%</b>
<b>Frequência</b>		
Diária	23	17
Semanal	21	16
Abstinentes $\geq 2$ meses	21	16
Abstinentes $\geq 2$ anos	11	8
Outras	66	49
<b>Quantidade média diária</b>		
$\leq 2$ U.A.	23	17
2 a 10 U.A.	72	54
$> 10$ U.A.	38	28

**Tabela 4: Padrão de uso de maconha**

<b>Variável</b>	<b>N (n=86)</b>	<b>%</b>
<b>Frequência</b>		
Diária	13	15
Abstinentes $\geq 2$ anos	34	40
Outras	39	45
<b>Quantidade média em cada episódio de uso</b>		
$\leq 2$ g	29	58
2 a 5 g	17	34

**Tabela 5: Padrão de uso de cocaína**

<b>Variável</b>	<b>N (n=87)</b>	<b>%</b>
<b>Frequência</b>		
Semanal	18	21
Abstinente >=2 anos	29	33
Outras	40	46
<b>Quantidade média em cada episódio de uso</b>		
<= 2g	15	26
2 a 5 g	27	47
>=5g	16	28

**Tabela 6: Padrão de uso de crack**

<b>Variável</b>	<b>N (n=67)</b>	<b>%</b>
<b>Frequência</b>		
Diária	14	21
Abstinente >=2 meses	20	30
Abstinente >=2 anos	12	18
Outras	21	31
<b>Quantidade média em cada episódio de uso</b>		
<= 3 “pedras”	4	7
3 a 10 “pedras”	17	32
>10 “pedras”	33	21

**Tabela 7: Comparação entre os serviços**

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>ASPA n (%)</b>	<b>CAPS-AD n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Portador de TPAS</b>				
Não	132	37(74)	95(71,4)	0,007
Sim	51	13(26)	38 (28,5)	
<b>Portador de TPASm</b>				
Não	150	38 (76)	112 (84,2)	0,014
Sim	33	12 (24)	21 (15,8)	
<b>Nº de SPA em uso na avaliação</b>				
1 ou 2	100	31 (62)	69 (51,8)	0,015
>=3	83	19 (38)	64 (48,1)	
<b>Dependência de SPA</b>				
Até 2	147	40 (80)	107 (80,4)	
>=3	36	10 (20)	26 (19,5)	
<b>Já teve problemas judiciais</b>				
Não	109	27(54)	82(61,6)	<0,001
Sim	74	23 (46)	51(38,3)	

Foi realizada uma análise dos sujeitos considerando o subgrupo que apresentava uso exclusivo de SPA lícita (bebidas alcoólicas) em comparação com usuários de SPA ilícitas (cocaína, crack, maconha, solventes). Dentre os sujeitos avaliados, 64 (35%) eram usuários exclusivos de álcool; destes, todos preenchem critérios para a dependência e 30 (46,9%) iniciaram o uso antes dos 15 anos. A tabela 8 mostra todos os itens da análise realizada.

A Tabela 9 sintetiza as demais variáveis investigadas com relação à presença ou não de criminalidade. As variáveis associadas à prática de crime foram: não ter religião, policonsumo de SPA, diagnóstico de dependência de três ou mais SPA, diagnóstico de TPAS e presença de três ou mais critérios positivos para TPASm.

**Tabela 8: Comparação entre dependentes de álcool e de SPA ilícitas**

<b>Características</b>	<b>Álcool</b>	<b>Ilícitas</b>
<b>Total</b>	64 (34,9%)	119 (65%)
<b>Gênero</b>		
Masculino	56 (87,5%)	89 (74,8%)
Feminino	8 (12,5%)	30 (25,2%)
<b>Escolaridade</b>		
< 8 anos	51 (79,7%)	62 (52,1%)
≥8 anos	13 (20,3%)	57 (47,8%)
<b>Vida laboral</b>		
Ativo	19 (30,6%)	42 (38,9%)
Inativo	43 (69,4%)	66 (61,1%)
<b>Ter religião*</b>		
Sim	50 (78%)	53 (54%)
Não	14 (22%)	45(46%)
<b>Renda</b>		
≤1,5 salário mínimo	34 (46,9%)	64 (53,8%)
>1,5 salário mínimo	30 (53,1%)	55(46,2%)
<b>Situação conjugal**</b>		
Com companheiro fixo	36 (56,3%)	44 (37%)
Sem companheiro fixo	28 (43,7%)	75 (63%)
<b>Filhos</b>		
Não	16 (25%)	48(40,3%)
Sim	48 (75%)	71 (59,7%)
<b>Portador de TPAS*</b>		
Não	61 (95,3%)	71 (59,7%)
Sim	3 (4,7%)	48 (40,3%)
<b>Portador de TPASm*</b>		
Não	63 (98,4%)	32 (26,9%)
Sim	1 (1,6%)	87 (73,1%)
<b>Cometeu crime</b>		
Não	54 (84,4%)	55 (46,2%)
Sim	10 (15,6%)	64 (53,8%)
<b>Local de tratamento</b>		
Caps-AD Independência	48 (75%)	85 (71,4%)
ASPA	16 (25%)	34 (28,6%)

\* p <0,001 (Teste qui-quadrado) \*\* p 0,002 (Teste qui-quadrado)

**Tabela 9: Perfil dos usuários de SPA avaliados e cometimento de crimes**

Características	N	Cometeu crime n (%)	Não cometeu crime n (%)	P
<b>Total</b>	183	74 (40,4)	109 (59,6)	
<b>Gênero</b>				
Masculino	145	61(42,1)	84 (57,9)	0,3
Feminino	38	13 (34,2)	25 (65,8)	
<b>Escolaridade</b>				
< 8 anos	147	59 (40,1)	88 (59,9)	0,2
≥8 anos	36	15 (41,7)	21 (58,3)	
<b>Vida laboral</b>				
Ativo	62	20 (32,3)	42 (67,7)	0,1
Inativo	121	54 (44,6)	67 (55,4)	
<b>Ter religião</b>				
Sim	124	81(65,3)	43 (34,7)	<b>0,01*</b>
Não	59	<b>31(52,5)</b>	28 (47,5)	
<b>Renda</b>				
<=1,5 salário mínimo **	98	40(42,5)	58 (57,5)	0,6
>1,5 salário mínimo	85	34(40)	51 (60)	
<b>Situação conjugal</b>				
Com companheiro fixo	80	31(38,8)	49 (61,2)	0,8
Sem companheiro fixo	103	43(58,3)	60 (41,7)	
<b>Filhos</b>				
Não	64	27 (42,2)	37 (57,8)	0,7
Sim	119	47 (39,5)	72 (60,5)	
<b>Portador de TPAS***</b>				
Não	132	32(24,5)	100(75,8)	<b>&lt;0,001*</b>
Sim	51	<b>42 (82,4)</b>	9 (17,5)	
<b>Portador de TPASm****</b>				
Não	150	47 (31,3)	102 (68,7)	<b>0,0006*</b>
Sim	33	<b>29 (85,3)</b>	4 (14,7)	
<b>Número de SPA em uso</b>				
1 ou 2	100	21 (21)	79 (79)	<b>&lt;0,001*</b>
>=3	83	<b>52 (62,7)</b>	31 (37,3)	
<b>Dependência de SPA</b>				
Até 2	147	50 (34)	97 (66)	<b>&lt;0,001*</b>
>=3	36	<b>24 (66,7)</b>	12 (33,3)	
<b>Local de tratamento</b>				
Caps-AD Independência	133	51(38,3)	82(61,7)	0,4
ASPA	50	23 (46)	27 (54)	

\*Teste qui-quadrado

\*\* Salário mínimo brasileiro, equivalente a US\$ 200

\*\*\*TPAS: Transtorno de personalidade antissocial

\*\*\*\*TPASm: Transtorno de personalidade antissocial modificado

Entre os sujeitos da pesquisa, 74 (40,4%) apresentaram antecedente de cometimento de crime. Dentre os indivíduos com diagnóstico de TPAS, 82,4% já haviam cometido crime. Os entrevistados que apresentaram três de quatro critérios para TPASm tiveram uma taxa significativa de cometimento de crime: 29 dos 33 portadores (88,9%;  $p=0,0006$ ,  $OR= 6,224$ ). (Tabela 10) Dentre os 150 sujeitos que não preencheram os critérios para TPASm, 47 (25,7%) já cometeram crimes. O antecedente de uso de solventes também se mostrou fator associado ao cometimento de crimes: 44 dos 59 entrevistados que referiram já ter usado de solventes (74,6%) apresentaram comportamento criminoso ( $p<0,001$ ,  $OR=6,783$ ). Outro fator que se mostrou relevante na análise do comportamento criminoso foi o fato de não ter religião: 31 dos 59 sujeitos que declararam não ter religião (52,5%) apresentaram problemas judiciais ( $p<0,0172$ ,  $OR=2,762$ ). Dentre os crimes cometidos, 30,3% não foram notificados (não foi realizado boletim de ocorrência).

**Tabela 10: Análise multivariada dos fatores associados ao comportamento criminoso**

Variável	Comportamento criminoso		<i>p</i>	OR
	Sim	Não		
<b>Presença de TPAS</b>	42	09	<0,0001	9,225
<b>Não ter religião</b>	31	28	0,0172	6,783
<b>Presença de TPASm</b>	29	04	0,0006	6,244
<b>Antecedente de uso de solventes</b>	44	15	<0,0001	5,442

Na análise do tipo de crime cometido, observa-se que os crimes contra o patrimônio foram cometidos por 39 dos 74 sujeitos que relataram já ter cometido algum tipo de crime. O uso de anfetaminas esteve relacionado inversamente ao cometimento de crimes contra o patrimônio. O transtorno de personalidade antissocial modificado (TPASm) e o uso de solventes foram variáveis fortemente associadas com o cometimento de crimes de furto ou roubo. TPASm:  $OR= 13,066$ ,  $p<0,0001$ ; uso de solventes:  $OR= 15,382$ ,  $p<0,0001$ . Uso de anfetaminas:  $OR= 4,304$ ,  $P< 0,0373$ .

O crime de homicídio foi reportado por 15 dos 74 sujeitos que já cometeram crimes (20,3%). A presença de critérios para TPASm foi considerada uma variável significativa entre os homicidas, OR=12,836,  $p<0,0003$ ; assim como o antecedente de uso de solventes: OR=5,883,  $p<0,0056$ .

O crime de lesão corporal dolosa foi reportado por 15 dos 74 indivíduos que já cometeram crimes.

Foi realizada uma análise específica do subgrupo de entrevistados usuários de cocaína e/ou crack, totalizando 98 sujeitos.(Artigo 2)

Nesse grupo, a presença de critérios para TPASm também relacionou-se ao comportamento delinqüente: 85% dos sujeitos que não o apresentam nunca cometeram atos criminosos ( $p< 0,0020$ ). Dentre os 32 sujeitos com TPASm, 26 (81,25%) já cometeram crimes.

O cometimento de crimes contra o patrimônio, aqui considerados apenas os delitos de roubo e furto, associam-se fortemente ao antecedente de uso de solventes (OR: 10,009;  $p< 0,0002$ ) e ao TPASm (OR: 7,613,  $p< 0,0012$ ). O número de sujeitos que cometeu crimes contra o patrimônio foi de 25.

Na análise do delito de homicídio, cometido por 11 sujeitos usuários de cocaína e/ou crack, os fatores associados ao cometimento desse delito foram também o antecedente de uso de solventes (OR: 8,575,  $p<0,0150$ ) e a presença de TPASm (OR: 9,087,  $p< 0,0060$ ).

## 4.1 Artigo enviado para publicação

### Antisocial Personality Disorder and Criminal Behavior in Crack and Powder Cocaine Users

#### Resumo

**Objetivos:** O presente estudo discute a influência do transtorno de personalidade antissocial (TPAS) na prática de atos criminosos por usuários de cocaína aspirada e crack.(UCC)

**Métodos:** Estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com 98 sujeitos em tratamento em dois serviços públicos especializados em dependência química em Campinas, SP. Instrumentos: foram aplicados um questionário sócio-demográfico e as seções J, K e P do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.). Para análise mais acurada, foram excluídos os critérios do MINI relacionados à criminalidade, criando-se a variável TPAS modificado (TPSA<sub>m</sub>).

**Resultados:** Atos criminosos foram cometidos por 59,2% da amostra; 46,9% preenchiam critérios para TPAS. Destes, 82,6% já cometeram delitos. TPSA<sub>m</sub> mostrou-se um fator relacionado ao cometimento de crimes: 85% dos que não apresentavam o transtorno nunca haviam cometido qualquer delito ( $p<0.0020$ ). Dos 32 com TPSA<sub>m</sub>, 26 (81,25%) cometeram delitos (OR=4.338). O uso de solventes se relacionou a crimes de furto e roubo (OR: 10.009;  $p<0.0002$ ) e de homicídio (OR: 8.575,  $p<0.0150$ ).

**Conclusões:** O uso de solventes na adolescência e a co-morbidade com TPSA<sub>m</sub> se relacionaram à criminalidade em usuários de cocaína e crack.

#### Abstract

**Objectives** This present study discusses the influences of the presence of antisocial personality disorder (ASPD) in the practice of criminal acts among users of crack and powder cocaine (CPC)

**Methods** Is a quantitative cross-section study, 98 adult users of CPC in treatment in two drug rehabilitation centers in the city of Campinas, Brazil. Measurements: A questionnaire containing sociodemographic data, the subject's pattern of consumption of psychoactive drugs, and the practice of committing crimes and items from Sections J, K and P of the "*Mini International Neuropsychiatric Interview*" (MINI). To provide a more accurate analysis of the data, a new variable was described as "modified" ASPD (ASPD<sub>m</sub>), which was determined by excluding the items on the MINI directly related to criminality.

**Results** Criminal acts had been practiced by 59.2% of the sample; 46.9% complied with criteria for ASPD. Of this latter group, 82.6% had practiced one or another criminal act at some time in the past. ASPD<sub>m</sub> was seen to be a factor related to criminal behavior: 85% of those who did not show criteria for ASPD<sub>m</sub> had never committed criminal acts ( $p<0.0020$ ). Of the 32 with ASPD<sub>m</sub>, 26 (81.25%) had committed criminal acts (OR=4.338). The use of solvents was correlated with crimes against property (OR: 10.009;  $p<0.0002$ ) and homicide (OR: 8.575,  $p<0.0150$ ).

**Conclusions** The use of solvents in adolescence and comorbity with ASPD were seen as having an impact on the practice of criminal acts in crack and powder cocaine users.

## **Introduction**

The topics of consumption of psychoactive drugs and criminality have inspired great concern in contemporary society, and a relationship between these two problems can be seen through a number of factors. There is the individual user's social context, the situation associated with the buying and selling of illicit psychoactive drugs, the effect of psychoactive drugs on the individual's behavior and her or his personality structure.<sup>2,14,15</sup>

Among the many different psychoactive drugs used today, powder and crack cocaine stand out. These substances are of special concern because of their potential to create dependence and induce behavioral changes, particularly increased impulsiveness and feelings of omnipotence.<sup>14</sup> A relationship of causality has also been described between the use of these drugs and the practice of criminal acts,<sup>24</sup> but no conclusive data has been established as to the percentage of users who practice crimes while under the psychoactive effect of such substances.<sup>18</sup> It has been clearly established, however, that powder and crack cocaine is among the most often used psychoactive drugs among the population in British prisons.<sup>24</sup>

Another variable associated with criminal acts is the presence of Antisocial Personality Disorder (ASPD), characterized by impulsive behavior, disregard for social norms, and indifference to the rights and feelings of others. Persons with antisocial personality disorder practice criminal acts without fear of being punished and tend not to feel guilty for having harmed someone else.<sup>7,19</sup>

When antisocial personality disorder is associated with the use of psychoactive drugs, the relationship with criminality becomes more complex. One of the reasons may be the behavior of these individuals, who show little ability to control their impulses.<sup>9,19,22,24,25</sup>

Therefore, considering the clinical and social importance of the use of psychoactive drugs, of ASPD and the practice of criminal acts among powder and crack cocaine users, this study will discuss influences of the presence of ASPD in the practice of criminal acts among such individuals.

## **Methods**

This is a cross-section study which evaluates users of psychoactive drugs who were in drug-rehabilitation treatment in the city of Campinas (which has a municipal population of 1,000,000), in southeastern Brazil. The city has three treatment facilities, and the group of subjects was chosen from among patients at one or another of two of them, namely, an out-patient center related to a university, and a day-hospital.

The criteria for including individuals in the study were that they could be of either gender, were age 18 or over, came to the respective treatment centers in search of treatment for their use of powder and crack cocaine, and who appeared for at least one pre-scheduled medical consultation at one of the services between July 2007 and December 2008. The criteria for exclusion consisted of patients who seemed to be psychologically unable to answer the questionnaire, due either to the effects of psychoactive drugs they were taking (intoxication

or intense abstinence symptoms), serious cognitive difficulties, or some type of psychotic behavior with clearly productive symptoms.

After a routine medical appointment, each respondent was led to another room for an individual interview, during which the study and its objectives were explained. Those who agreed to participate signed a declaration of informed consent.

Before gathering the data, the interviewer explained that the refusing or interruption by the subject in answering the questionnaire would not interfere in the treatment at the institution.

A questionnaire was applied to each respondent with basic sociodemographic data (gender, age, marital status, occupation, professional situation), consumption pattern of psychoactive drugs and any criminal acts practiced. The questionnaire also included several sections of the *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), version 1998, translated into Portuguese and validated in 2000. The questions used were taken from Section J (alcohol dependence and alcohol abuse), Section K (substance dependence, non-alcohol, and substance abuse, non-alcohol), and Section P (antisocial personality disorder).<sup>23</sup>

All the data was gathered by a single interviewer (KDO), who is a psychiatrist and the first author of this article.

The information was entered into a databank of Version 13.1 of the SPSS Program for consolidation and analysis. The descriptive analysis was carried out through measurements of position and dispersion for continuous variables, and frequency tables for categorical variables. The Chi Square Test was used to compare proportions. Multiple logistics regression analysis was used to identify crime-related factors and the stepwise process was used to choose the variables to be applied. The significance level adopted for statistical testing was 5%, and the Relative Risk Confidence Interval was 95%.

Some of the alternatives were grouped in the data analysis: the Occupational Situation variable was divided into Inactive (unemployed, retired or receiving benefits) or Active; marital status was divided into Steady partner (married or common-law) or No steady partner (single, separated/divorced, or widower). Family income was considered in the Income variable, and data on religion stated whether or not respondents professed any religion or were Members of any denomination, and what their Religious practice was.

Subjects who responded positively to the following question on the data sheet: "Have you ever had any criminal problems?" were considered having shown criminal behavior. However, for this study, possession of illegal drugs, according to Article 28 of Brazilian Law 11.343/2006, was not tabulated.

In order to appraise the relationship between antisocial personality disorder and the practice of crimes as accurately as possible, an analysis was carried out considering only criteria "a," "d," "e" and "f" of the MINI, thus excluding items that directly mention the practice of any criminal act (items "b" and "c"). A variable corresponding to a "modified" ASPD (ASPDm) was then created, which applied when the subject indicated the presence of three of these four criteria.

This study was approved by the Research Ethics Committees of the services involved.

## Results

During the period evaluated, 151 crack and/or powder cocaine users began treatment at one or another one of the two centers described above. Of these 151, 98 were interviewed, corresponding to 60.1% of the users who began treatment during the period. Fifty users were not included in the study for not having complied with the criterion of having come to at least one pre-scheduled medical appointment. In other words these patients went only through the first explanatory contacts and general interviews at the centers but did not return for their medical appointment. Three users were excluded for being psychologically unable to answer the questionnaire, either due to cognitive deficiencies or for clearly being under the influence of psychoactive drugs at the time of the interview. None refused to participate in the study.

The subjects ranged in age between 18 and 57, with an average age of 36.2.

Table 1: Profile of the powder and crack cocaine users studied

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gender</b>		
Male	75	76.5
Female	23	23.5
<b>Schooling</b>		
< 8 years	77	78.6
≥ 8 years	21	21.4
<b>Time worked</b>		
Working	43	43.8
Not working	55	56.2
<b>Income</b>		
< US\$ 200/month	52	53.1
≥ US\$ 200/month	46	46.9
<b>Marital Status</b>		
Steady partner	32	32.7
No steady partner	66	67.3
<b>Children</b>		
Yes	54	55.1
No	44	44.9
<b>Criteria for ASPD</b>		
Yes	46	46.9
No	52	63.1
<b>Three or more criteria for Modified antisocial personality disorder</b>		
Yes	32	32.7
No	66	67.3
<b>Had practiced some criminal act</b>		
Yes	58	59.2
No	40	40.8

Fifty-six respondents said they have some religion, but 34 of these (60.7%) claimed not to be practicing. In terms of preferred religious persuasion, twenty-nine (29.6%) declared themselves to be Roman Catholic (the religion of the majority of the Brazilian population) and 24 (24.5%) were protestant/evangelical.

Although the study was concerned with patients who went to a center seeking treatment for powder and/or crack cocaine abuse or addiction, the rate of subjects who used numerous other drugs as well was high: 81 of the respondents (82.85%) were or had been users of more than three psychoactive drugs: 25 (25.51%) were dependent on one psychoactive drug, 32 (32.65%) were dependent on two, 22 (22.45%) referred to dependence on three, and 14 (14.29%) on four or more psychoactive drugs.

Table 2. Pattern of use of psychoactive substances

<b>Variable</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Alcoholic beverages (n=98)</b>		
Age when began drinking		
< 15	59	60.2
≥ 15	41	39.8
Dependence		
Yes	61	62.2
No	37	37.8
<b>Inhaled cocaine (n=87)</b>		
Age when began		
< 15	55	58.6
≥ 15	32	41.4
Dependence		
Yes	50	57.5
No	37	42.5
<b>Crack cocaine (n=67)</b>		
Age when began		
< 15	5	7.9
≥ 15	62	92.1
Dependence		
Yes	50	74.6
No	17	25.4
<b>Cannabinoids (n=75)</b>		
Age when began		
< 15	43	53.5
≥ 15	32	46.5
Dependence		
Yes	35	40.7
No	40	59.3
<b>Solvents (n=55)</b>		
Age when began		
< 15	38	69.9
≥ 15	17	31.1
Dependence		
Yes	4	7.4
No	49	92.6

In terms of consumption of other psychoactive substances, 14 participants also took amphetamines (14.29%) and, of these, two (14.3%) were classified as dependents of these drugs. The sample contained seven (7.14%) respondents who had used opiates at some time in the past, the rate of users of synthetic drugs was 16.33% (16 subjects), and 8.2% were dependent on benzodiazepinic drugs.

The practice of criminal acts was reported by 59.2% of the sample.

Of the subjects interviewed, 46.9% complied with criteria for antisocial personality disorder and, of these, 82.6% had been involved in some criminal act. The presence of criteria for Modified ASPD was also seen to be a factor related to the practice of criminal acts: 85% of the subjects who did not show criteria for Modified ASPD had never practiced any criminal act ( $p < 0.0020$ ), whereas, among the 32 subjects who did show evidence of modified antisocial personality disorder, 26 (81.25%) had committed some criminal act (OR =4.338). Twenty-five (25.5%) of the subjects in this study said they had committed some criminal act against property, defined here as theft or robbery. The presence of criteria for Modified ASPD was closely correlated with having committed some criminal act (OR: 7.613,  $p < 0.0012$ ).

Eleven (11.2%) of the subjects stated that they had committed homicide. The variable of criteria for Modified ASPD showed high correlation with homicide (OR: 9.087,  $p < 0.0060$ ).

Having used solvents at some time in their lives correlated both with crimes against property (OR: 10.009,  $p < 0.0002$ ) and with homicide (OR: 8.575,  $p < 0.0150$ ).

Table 3: Multivariate analysis of factors associated with the practice of criminal acts

Variable	Practiced some criminal act		<i>p</i>	OR
	Yes	No		
<b>Consumption during life of 3 or more types of psychoactive drugs</b>			0,0275	
Yes	52	29		
No	6	11		
<b>Inhaling of solvents</b>			<0,0001	5,442
Yes	42	13		
No	16	27		
<b>Age when began inhaling solvents (n=55)</b>			0,0004	
<15 a	30	8		
>=15 a	12	5		
<b>Antisocial personality disorder Modified</b>			0,0020	4,338
Yes	26	6		
No	32	34		

## Discussion

The aspect factor of this study is the presentation of data that may contribute to the discussion of variables involved in criminal acts practiced by powder and crack cocaine users. The presence of antisocial personality disorder, even when one excludes the questionnaire items directly associated with criminality, was seen to be a significant factor in having committed criminal acts when compared with the consumption, in itself, of these drugs.

Another important aspect is the fact that many studies<sup>12-15,22,24</sup> that discuss this relationship were based on the issue of criminality, since most of the subjects studied were incarcerated when participating in the research. In contrast, this present research studied powder and crack cocaine users whose invitation to participate was related to the sphere of health services, thus bringing the data closer to clinical practice.

Several shortcomings of this study should be considered. The research plan set down as a criterion for inclusion in the study that the subjects had come to at least one pre-scheduled appointment with a physician because the centers use this appointment to define the subjects as patients participating in the program. This criterion probably removed from the study individuals who have greater difficulty in participating regularly and who may well show characteristics that are different from the population actually studied. This limitation indicates the need to avoid extrapolations of the results to populations outside the specific context of participants in activities at the centers.

The sociodemographic profile found in the population studied is similar to that found in other studies on users of powder and crack cocaine.<sup>4,19,25</sup> The subjects are adults with average age of 36 and with less than eight years of formal education. Even though they are at a productive time in life, most are not engaged in any occupation (56.2% were inactive at the time of the interview). The average income was below US\$ 200 per month, which might be expected, due to the profile of the centers where the study was carried out. Specifically, these services are public rehabilitation centers that offer treatment free-of-charge, and are therefore frequented by many persons from the low-income brackets of society.

Most of the respondents did not have a fixed marital partner at the time of the interview. But the fact that the majority had children and that the percentage of separated or divorced individuals is considerable indicates that many had been involved in some sort of stable marital union during at least one period in their lives.

The practice of criminal acts was indicated by 59.2% of the respondents. The relationship between criminal acts and the use of psychoactive drugs, especially stimulants of the central nervous system, is well-known.<sup>15,19,24</sup> This relationship can be explained by several different factors, including the presence of personality disorders<sup>7,8</sup> and the effects of abstinence from drugs, in other words, the urge to consume. At such moments, some individuals are more likely to commit offenses, especially thefts or robberies, in order to buy more drugs.<sup>8</sup> In addition, when patients are under the influence of psychoactive drugs they are more aggressive and impulsive than usual, which may also contribute to the practice of criminal acts.<sup>8</sup>

Another important factor in the practice of criminal acts among the users interviewed was the fact that 69.9% of those who had inhaled solvents began this practice before the age of 15, and this data is corroborated by other studies.<sup>3,4,16,19</sup> Besides alcohol and cannabinoids, the inhaling of solvents is the most common form of consuming drugs during adolescence<sup>2,26</sup> and, for some, this is the first step in their history of using illicit drugs.<sup>25</sup> It is also associated with the development of dependence on or abuse of other psychoactive drugs, such as powder or crack cocaine, cannabinoids and alcohol.<sup>23</sup>

The association between the use of solvents and the practice of criminal acts (OR=5.442), which was quite significant among the subjects in this study, may possibly be explained, at least in part, through the profile of teenage users of solvents, who often have inadequate social networks, poor school performance, and delinquent and impulsive behavior.<sup>6,21,23,26</sup> In addition, the crimes committed by this age bracket are usually also practiced in groups, which facilitates their subsequent involvement with psychoactive drugs, which are often also consumed collectively.<sup>16</sup> Therefore, previous use of solvents seems to be one of the most significant risk factors for criminal behavior in this population.

Besides the use of solvents at early ages, another factor that was associated with a pattern of criminal behavior was comorbidity with antisocial personality disorder.<sup>1,7,8,10</sup> Studies point out that the rate of ASPD in the general population varies between 1% and 3%,<sup>23</sup> but in the sample studied here this rate was enormously higher (46.9%). Comorbidity with the use of psychoactive drugs is relatively common, which may perhaps explain the data encountered.<sup>1,8,13,15,17,21</sup> This has been shown in a number of studies that analyzed samples of psychoactive drug users, whose levels of comorbidity with ASPD varied from 20%<sup>11</sup> to 68%.<sup>17</sup> This variation occurs in function of the nature of the samples, most of which consisted of incarcerated individuals. As mentioned above, however, the subjects in the present study were frequenting drug rehabilitation centers rather than corrective institutions, which make the widespread presence of this disorder even more significant.

Besides being very common in the sample, antisocial personality disorder was seen to be an important factor in the practice of criminal acts. This considerable influence was seen both in crimes against persons (homicides) and, especially, against property (theft and robbery), these latter being the type most often committed by the respondents to this study. The association between ASPD and criminal acts against property has been pointed out in other studies as well,<sup>8</sup> although this type of crime is also committed by users of psychoactive drugs who do not seem to show antisocial behavior. In these cases, the crimes are generally attributed to symptoms of abstinence, when the individuals begin their search for a drug in order to relieve the discomfort caused by their urges.<sup>6,8</sup> This was seen especially among the crack cocaine users, as it creates very high dependence and is associated with patterns of compulsive use.<sup>5</sup> In our sample, 16.2% of those who had committed crimes against property were users of powder and/or crack cocaine but showed no signs of either Antisocial personality disorder or Modified antisocial personality disorder.

Not only is the presence of antisocial personality disorder<sup>1</sup> and modified antisocial personality disorder associated with the practice of crimes. In addition, the absence of these characteristics is related to lower rates of criminal behavior. Among the subjects of this study, 85% of those who showed no modified antisocial personality disorder had never committed any crime against property or person. This result must be considered when one analyzes the mere association between the use of and dependence on some type of cocaine, on the one hand, and the committing of crimes, on the other, since, in the absence of modified antisocial personality disorder, this relationship was much less significant.

This data runs contrary to the results obtained by a study conducted at a rehabilitation center in Maryland, U.S.A., which found no differences between persons with or without antisocial personality disorder.<sup>11</sup>

Nonetheless, the positive relationship between this disorder and the practice of crimes is reinforced by studies that consider ASPD to be one of the factors responsible for the association between the use of substances and the practice of crimes<sup>13,18,22</sup> among psychoactive drugs users, especially users of powder and crack cocaine.<sup>20</sup>

Several shortcomings of this study should be considered. One criterion for inclusion in the study was that the subjects had come to at least one pre-scheduled medical checkup because the centers use this appointment to define the subjects as patients of their programs. This criterion probably removed from the study at least some individuals who have greater difficulty in participating regularly and who may well show characteristics that are different from those of the population actually studied. This limitation indicates the need to avoid extrapolations of the results to populations outside the specific context analyzed here.

Another shortcoming was the fact that criminal behavior was evaluated on the basis of reports by the respondents themselves, without reference to their actual criminal records. This fact could have generated sub-reporting of information, since some studies have pointed out the limitations of this way of gathering information when negative social connotations are involved.

Another shortcoming was the failure to ask the subjects about their use of tobacco. At the time the data was gathered, activities for heavy smokers were still in the planning stage at the municipal center, and treatment for nicotine addicts at the university health center operates on its own track in terms of the profile of heavy smokers who seek treatment there. This fact would make it difficult to include this subgroup in the present study, whose main focus was the connection between drug and alcohol use, on the one hand, and criminal behavior on the other.

The crime of possessing drugs, as provided in Article 28 of Brazilian Law 11346/06, was not considered in the category of having committed at least one crime, because many of the subjects do use illicit substances (marijuana, cocaine and/or crack). The possession of such drugs is considered a crime, but including the factor would create a tautology in the final data.

For most of the subjects in the present sample, the fact of being a cocaine user or addict was not a sufficient factor for having practiced crimes. But a history of use of solvents before the age of 15 and, especially, the presence of comorbidity with ASPD, even when one excludes the items referring to crimes from the questionnaire, were seen as significance factors in individuals involved in the practice of criminal acts.

This study, therefore, has the purpose of encouraging a broader debate on the nuances of the association of the practice of criminal acts with powder and crack cocaine users, avoiding the simplification of this association and the widespread idea that most patients with disorders related to the consumption of psychoactive drugs are criminals.

## **References**

1. Andrade, J.T.. The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: a review of the research. *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13(4): 328–335.

2. Caroline J., Easton, C.J., Devine, S., Scott, M., Wupperman, P. Commentary: Implications for Assessment and Treatment of Addictive and Mentally Disordered Offenders Entering Prisons. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008; 36(1): 35–37.
3. Doherty E.E., Green K.M., Ensminger M.E. Investigating the long-term influence of adolescent delinquency on drug use initiation. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 93(1-2): 72-84.
4. Ferreira Filho, OF, Turchi, MD, Laranjeira, R, Castelo, A. Perfil sociodemográfico e padrões de uso entre dependents de cocaine hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(6): 751-59
5. Flanagan R.J., Fisher D.S. Volatile substance abuse and crime: data from U.K. press cuttings 1996-2007. *Med Sci Law*. 2008; 48(4):295-306
6. Fridell M., Hesse M., Billsten J. Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *Am J Addict*. 2007; 16(1):10-14.
7. Fridell M., Hesse M., Jaeger M.M., Kühlnhorn E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behavior in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav*. 2008; 33(6):799-811.
8. Goldstein RB, Grant BF. Three-year follow-up of syndromal antisocial behavior in adults: results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(9) :1237–1249
9. Goldstein R.B., Compton W.M., Pulay A.J., Ruan W.J., Pickering R.P., Stinson F.S., *et al*. Antisocial Behavioral Syndromes and DSM-IV Drug Use Disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 90(2-3): 145–158.
10. Goldstein R.B., Grant B.F. Three-year follow-up of syndromal antisocial behavior in adults: results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(9) :1237–1249
11. Gossop, M., Witton, J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and alcohol dependence*. 2005; 79(3): 295-302.
12. Grella, C.E., Greenwell, L., Prendergast, M., Sacks, S., Melnick, G. Diagnostic Profiles of Offenders in Substance Abuse Treatment Programs. *Behav. Sci. Law*. 2008; 26(4): 369–388.
13. Gunter, T.D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B., Black, D.W. Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008; 36(1):27–34.
14. Hoaken, P.N.S., Stewart, S.H. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors* 2003 28(9): 1533–1554.

15. Mason, A, Windle, M. Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: a longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 2002 111(1): 63-76.
16. Messina N.P., Wish E.D., Hoffman J.A., Nemes F. Antisocial personality disorder and treatment outcomes. *J. Drug alcohol abuse.* 2002; 28(2): 197–212.
17. Moeller F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 1783–1793
18. Moeller, G.D., Dougherty, D.M., Barratt, E. S., Oderinde, V., Mathias, C.W., Harper, R.A., Swann, A. C. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and alcohol dependence.* 2002; 68 (1): 105-111.
19. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(4): 664-71.
20. Perron B.E., Howard M.O. Adolescent inhalant use, abuse and dependence. *Addiction.* 2009; 104(7): 1185–1192
21. Sacks, S., Cleland, C. M., Melnick, G., Flynn, P.M., Knight, K., Friedmann, P.D., Prendergast, M.L., Coen, C. Violent Offenses Associated with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Problems: Evidence from CJDATSy . *Behav. Sci. Law.* 2009; 27: 51–69.
22. Sakai J.T., Hall S.K., Mikulich-Gilbertson S.K., Crowley T.J. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43(9): 1080-1088.
23. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (Suppl 20):22-33.
24. Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S.C., Steinberg, J.L., Moeller, F.G. (2009) Trait impulsivity and response inhibition in antisocial personality disorder. *Journal of Psychiatry research.* 2009; 43(12):1057-1063.
25. Van der Meer Sanchez Z., Nappo S.A. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(4):420-30

## 4.2. Artigo 2

### **Criminal behavior in chemically dependent patients**

#### **Resumo**

**Objetivos** O presente estudo visa a descrever o perfil sócio-demográfico e o padrão de uso em usuários e dependentes de substâncias psicoativas (SPA). Além disso, pretende discutir a relação entre uso e dependência de SPA e o cometimento de atos criminosos.

**Métodos** Estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com 183 sujeitos maiores de 18 anos, usuários e/ou dependentes de uma ou mais substâncias psicoativas, em tratamento em dois serviços de saúde públicos especializados em dependência química na cidade de Campinas-SP. Os instrumentos aplicados foram um questionário que inquiria acerca de dados sócio-demográficos, padrão de consumo de substâncias psicoativas e o eventual cometimento de delitos. Itens das seções J,K e P do "*Mini International Neuropsychiatric Interview*". Para uma análise mais acurada foi desenvolvida, a partir da exclusão dos itens do M.I.N.I. relacionados à criminalidade, uma nova variável, denominada Transtorno de Personalidade Antissocial Modificado (TPASm).

**Resultados** A amostra foi composta por indivíduos em sua maioria masculinos, com média de idade 40,8 anos, menos de 8 anos de escolaridade, poliusuários de substâncias psicoativas. Atos criminosos foram cometidos por 40,4% da população; 51 sujeitos preencheram critérios para transtorno de personalidade antissocial (TPAS). TPASm mostrou-se um fator relacionado ao cometimento de crimes, assim como o uso de solventes na adolescência (OR=5,442), não ter religião (OR= 6,783) e co-morbidade com TPAS (OR= 9,225).

**Conclusões** A falta de religiosidade, o uso de solventes na adolescência e a co-morbidade com Transtorno de Personalidade Antissocial Modificado mostraram-se fatores de impacto na prática de atos criminosos entre usuários de SPA em tratamento.

#### **Abstract**

**Objectives** This present study describes the profile and pattern of use in substance abuse and dependents that looked for treatment in two centers in the city of Campinas, SP. Besides, discusses the relationship between criminal behavior and the use and dependence of psychoactive substances.

**Methods** Quantitative cross-section study, 183 adult participants, users and/or dependents of one or multiples psychoactive substances, in treatment in two drug rehabilitation centers in the city of Campinas, Brazil during the years of 2008 and 2009. The measurements are a questionnaire containing sociodemographic data, the subject's pattern of consumption of psychoactive drugs, and the practice of committing crimes. Items from Sections J, K and P of the "*Mini International Neuropsychiatric Interview*". To provide a more accurate analysis of the data, a new variable was described as "modified" ASPD (ASPDm), which was determined by excluding the items on the MINI directly related to criminality.

**Results** The respondents were male, average age was 40.8, less than 8 years of schooling. Polius of psychoactive substances. Criminal acts had been practiced by 40,4% of the sample; 51 complied with criteria for ASPD. The variables correlated with criminal behavior were: ASPDm, absence of religious practice (OR=6,783), diagnosis of ASPD (OR=9,225) and the antecedent of use of solvents (OR=5,442).

**Conclusion** The use of solvents in adolescence, lack of religiosity and comorbity with ASPD were seen as having an impact on the practice of criminal acts.

## **Introduction**

Current levels of drug and alcohol consumption are cause for alarm in today's society. Rates of consumption, abuse and dependence on these substances are so high [1] that the matter has become public health problem.

A recent nationwide Brazilian epidemiological study [1] indicates lifetime use of alcohol for 78% of the adult population, solvents for 7%, marijuana for 12%, cocaine powder for 4% and crack cocaine for 1%. The same study showed that almost 18% of adults between the ages of 18 and 35 are dependent on alcohol, 1.2% of those between 12 and 65 are addicted to marijuana, and 0.2% to solvents.

Substance dependence syndrome is defined in the DSM IV-TR [2] as a dysfunctional relationship between an individual and their mode of consuming a given psychotropic substance. It is characterized as a combination of cognitive, behavioral and physiological symptoms that lead persons to keep on using a substance even when they are aware of the problems that will probably come up. The criteria for dependence include tolerance, abstinence, compulsive use and incapacity to reduce use, besides inordinate amounts of time spent to obtain the substance, sometimes illicitly, as well as the time needed to use and recover from effects [2,3]. The substance thus becomes the core of people's lives and they tend to base all their activities on using it.

There are many different reasons for the widespread substance use in our society, including neurobiological factors related to the action of the substance, and social factors, which consist basically of the current social structure, hedonist in character, that stresses immediate satisfaction, and has consumption as one of its pillars. The culture that involves drugs and alcohol use encompasses values, relationships, rituals and symbols that can provide people with a standard of identification with values that can be complementary to, or even replace, the social values in effect, forming a subculture where what is illegal is often not immoral [4,5,6].

Criminal statistics for the State of São Paulo, Brazil [7], indicate an increase in the number of registered police occurrences during the fourth quarter of 2008 as compared with that of 2009, especially regarding crimes against property (theft and robbery), which rose from 229,033 to 278,325, and crimes against persons (physical injury and homicide), that increased from 119,711 to 162,039.

Studies [8,9,10] indicate a varied, multifactorial and complex relationship between substance use and dependence. On the one hand, and criminal behavior on the other. A triad of factors has been established that relates criminality with the use of psychoactive substances, involving drug trafficking, socio-cultural variables and the effect of the substances on human behavior. Correlations have been found among criminality, incarceration, intoxication, dependence on alcohol and illicit drugs [11,12,13], and high rates of legal problems among individuals in treatment for disorders related to the use of these substances [14, 15].

Studies [12,16-20] have shown that the presence of Antisocial Personality Disorder (ASPD) is one important variable associated with criminality. This disorder is characterized by impulsive behavior, disregard for social norms and laws, and indifference to the rights and feelings of others [21]. Persons with ASPD practice offences without fear of being punished and tend not to feel guilty for having harmed someone else [20,21]. A study of 320 incarcerated Americans indicated that 35% showed ASPD, according to the criteria of the M.I.N.I. [16,22].

When ASPD is associated with the use of one or more psychoactive substances, the relationship with criminality becomes more complex. One of the reasons may be the fact that such individuals show reduced ability to inhibit their conduct and impulses. This factor may be exacerbated by the effects of using several different substances [12,23,24].

This study considers the social, individual and clinical importance of questions that involve the interfaces between substance use and criminality. A number of relationships are discussed among socio-demographic profiles, patterns of substance use, presence of ASPD, and criminal behavior in a group of users who sought rehabilitation treatment.

## **Methods**

The study described and discussed here was quantitative and transversal, having been carried out at two out-patient drug rehabilitation centers in the city of Campinas, Brazil, one operated by the State University at Campinas (UNICAMP) (ASPA), and the other (CAPS-AD Independência) by the city's Municipal Health Department.

At both centers, new patients first participate in an average of three sessions of welcoming groups. Next, an individual treatment plan is drawn up for each patient and a medical checkup is scheduled.

The criteria for including individuals in the study were that they could be of either gender, were age 18 or over, came to the respective center in search of treatment for substance abuse and who appeared for at least one pre-scheduled medical consultation, after the welcoming sessions, between January 2008 and January 2009. Patients who seemed to be psychologically unable to answer the questionnaire, due either to the effects of drugs they were taking (intoxication or intense withdrawal symptoms), serious cognitive difficulties, or some type of psychotic behavior with serious productive symptoms were excluded from the study.

On the day of the scheduled medical appointment, and immediately following it, each respondent was led to another room for an individual interview, during which the study and its objectives were explained. Those who agreed to participate signed a declaration of informed consent. All data would be gathered by the same psychiatrist, first author of this article.

The instruments used in the study were:

-An individual data collection sheet containing socio-demographic information (such as gender, age, schooling, marital status, profession, and occupational situation), pattern of consumption (type of substance, age they began, and frequency) and crimes committed.

- "*Mini International Neuropsychiatric Interview*" (MINI) [22], an instrument based on diagnostic criteria from the DSM-IV. Section J (Alcohol Dependence and Alcohol Abuse), Section K (Substance Dependence, Non-alcohol; and Substance Abuse, Non-alcohol), and Section P (Antisocial Personality Disorder) were applied.

Some of the alternatives were grouped in the data analysis: the Occupational Situation variable was divided into Inactive (unemployed, retired or receiving benefits) or Active; marital status was divided into Steady partner (married or common-law) or No steady partner (single, separated/divorced, or widower). Family income was considered in the Income variable, and data on religion stated whether or not respondents professed any religion or were Members of any denomination, and what their Religious practice was.

Subjects who responded positively to the following question on the data sheet: "Have you ever had any criminal problems?" were considered having shown criminal behavior. However, for this study, possession of illegal drugs, according to Article 28 of Law 11.343/2006, was not tabulated.

In order to determine as accurately as possible the relationship between ASPD and the practice of crimes, an analysis was carried out considering only criteria "a," "d," "e" and "f" of the MINI, thus excluding items that directly mention the practice of any criminal act (items "b" and "c"). A variable corresponding to a "modified" antisocial personality disorder (ASPDm) was then created, which applied when the subject indicated the presence of three of these four.

The information was entered into a databank of Version 13.1 of the SPSS Program for consolidation and analysis. The descriptive analysis measured position and dispersion for continuous variables, and frequency tables for categorical variables. The Chi Square Test was used to compare proportions. Multiple logistic regression analysis was used to identify crime-related factors and the stepwise process was used to choose the variables to be applied. The significance level adopted for statistical testing was 5%, and the Relative Risk Confidence Interval was 95%.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the State University at Campinas (UNICAMP) and that of the Dr. Cândido Ferreira Health Center (governmental agency that administers the Municipal Rehab Center).

## Results

The treatment center at Unicamp (ASPA) takes on an average of 10 new cases and 80 returns per month. During the period when the data was being gathered, 121 patients came to the center for the first time. For the study, 69 of these 121 were excluded from the study for not having complied with the criterion of having come to at least one medical appointment, and two subjects declined to participate. The final sample at ASPA therefore consisted of 50 patients.

During the same period, 281 patients arrived for the first time at the Municipal Rehab Center. Of these, 148 were excluded from the study for not having complied with the criterion of having appeared for at least one scheduled medical appointment. It might be noted that, of these 148, 77 appeared at the center only once, meaning that 61 failed to appear for the scheduled medical examination. Ten individuals were excluded for being psychologically inapt to respond to the questionnaire, leaving a total of 133 patients as subjects for the study.

In all, therefore, a total of 183 drug and/or alcohol users were evaluated, 50 (27.3%) at the University Center (ASPA) and 133 (72.7%) at the Municipal Center.

The respondents' average age was 40.8 (SD=11.3), varying from 18 to 70, and 23 of the subjects (12.6%) lived alone. In terms of religion, 78 (42.6%) reported being Catholics, 40 (21.9%) Evangelical/Protestant and 6 (3.3%) Spiritualists. The remaining 32.2% reported having no religion. Among the 124 respondents who said they have a religion, 60 (32.8%) were not practicing.

Forty percent of the respondents reported that they had been involved in some type of criminal behavior during their lifetimes, not including possession of drugs. The crimes most commonly committed were those against property (theft or robbery) (21.8%), physical injury (23.5%) and homicide (8.2%).

Table 1 summarizes the remaining variables studied in regard to the presence or not of criminal behavior. The variables correlated with criminal behavior were: absence of religious practice, polysubstance use, diagnosis of dependence on three or more psychoactive substances, diagnosis of ASPD, and presence of three or more positive criteria for ASPDm.

**Table 1: Profile of substance users and reported criminal behavior**

Characteristic	No.	Committed crime No. (%)	Reported no crime committed No. (%)	p
<b>Total</b>	183	74 (40.4)	109 (59.6)	
<b>Gender</b>				
Male	145	61 (42.1)	84 (57.9)	0.3
Female	38	13 (34.2)	25 (65.8)	
<b>Schooling</b>				
< 8 years	147	59 (40.1)	88 (59.9)	0.2
≥ 8 years	36	15 (41.7)	21 (58.3)	
<b>Employment</b>				
Active	62	20 (32.3)	42 (67.7)	0.1
Inactive	121	54 (44.6)	67 (55.4)	
<b>Religion</b>				
Yes	124	81 (65.3)	43 (34.7)	<b>0.01*</b>
No	59	<b>31 (52.5)</b>	28 (47.5)	
<b>Income</b>				
≤1.5 x minimum monthly wage**	98	40 (42.5)	58 (57.5)	0.6
>1.5 x minimum monthly wage	85	34 (40)	51 (60)	
<b>Marital status</b>				
Steady partner	80	31 (38.8)	49 (61.2)	0.8
No steady partner	103	43 (58.3)	60 (41.7)	
<b>Children</b>				
No	64	27 (42.2)	37 (57.8)	0.7
Yes	119	47 (39.5)	72 (60.5)	
<b>Diagnosed with ASPD***</b>				
No	132	32 (24.5)	100 (75.8)	<b>&lt;0.001*</b>
Yes	51	<b>42 (82.4)</b>	9 (17.5)	
<b>Diagnosed with ASPDm****</b>				
No	150	47 (31.3)	102 (68.7)	<b>0.0006*</b>
Yes	33	<b>29 (85.3)</b>	4 (14.7)	
<b>Number of substances were using when evaluated</b>				
1 or 2	100	21 (21)	79 (79)	<b>&lt;0.001*</b>
3 or more	83	<b>52 (62.7)</b>	31 (37.3)	
<b>Dependence on substances</b>				
1 or 2	147	50 (34)	97 (66)	<b>&lt;0.001*</b>
3 or more	36	<b>24 (66.7)</b>	12 (33.3)	
<b>Treatment center</b>				
Caps-AD Independência (municipal)	133	51 (38.3)	82 (61.7)	0.4
ASPA (Unicamp)	50	23 (46)	27 (54)	

\* Chi-square test

\*\* One minimum Brazilian monthly wage = US\$ 200 at time of interviews

\*\*\* ASPD: Antisocial Personality Disorder

\*\*\*\* ASPDm: Modified Antisocial Personality Disorder

Table 2 shows the patterns for consuming the different substances in the study. Sixty-four of the respondents consumed only alcohol and all of these had been diagnosed as alcoholics. Of these, 15.6% reported criminal acts ( $p < 0.001$ ).

**Table 2: Pattern of use of psychoactive substances**

<b>Variable</b>	<b>No. = 183</b>	<b>%</b>
<b>Alcohol</b>		
Abuse	38	20.8
Dependence	134	73.2
Age at first use		
< 15	101	55.4
>=15	82	44.6
<b>Cocaine Powder</b>		
Lifetime use	87	47.5
Dependence	50	27.3
Age at first use (n=87)		
< 15	55	58.6
>=15	32	41.4
<b>Crack Cocaine</b>		
Lifetime use	67	36.6
Dependence	50	27.3
Age at first use (n=67)		
< 15	5	7.9
>=15	62	92.1
<b>Cannabis</b>		
Lifetime use	86	47.0
Dependence	38	20.7
Age at first use (n=86)		
< 15	47	54.7
>=15	39	45.3
<b>Solvents</b>		
Lifetime use	59	32.3
Dependence	4	2.1
Age at first use (n=59)		
< 15	40	67.7
>=15	19	32.3
<b>Benzodiazepinic drugs</b>		
Abuse	13	7.1
Dependence	10	5.5
Age at first use (n=13)		
< 15	2	13.3
>=15	13	86.7
<b>Synthetic drugs</b>		
Lifetime use	16	8.7
Dependence	0	0
Age at first use		
< 15	3	18
>=15	13	82
<b>Amphetamines</b>		
Lifetime use	14	7.6
Dependence	2	1.1
Age at first use (n=14)		
< 15	5	35.7
>=15	9	64.3
<b>Opiates</b>		
Lifetime use	8	4.4
Dependence	1	0.5
Age at first use (n=8)		
< 15	3	25.0
>=15	5	75.0

A total of 74 (40.4%) of the subjects in the study reported having committed crimes. Among the individuals diagnosed with ASPD, an even higher percentage (82.4%) said they had committed crimes. The respondents who fulfilled three of the four criteria for being classified as having ASPDm showed a high rate of reporting at least one crime, namely, 29 of the 33 subjects (88.9%,  $p=0.0006$ ,  $OR=6.224$ ). Among the 150 subjects who were not diagnosed with ASPDm, 47 (25.7%) reported having committed crimes. A history of the use of solvents also correlated with reported criminal behavior: 44 of the 59 solvent inhalers (74.6%) reported criminal behavior ( $p<0.001$ ,  $OR=6.783$ ). Another factor that was seen to be important in the analysis of criminal behavior was that of having no religion: 31 of the 59 subjects who stated they had no religion (52.5%) had committed crimes ( $p<0.0172$ ,  $OR=2.762$ ).

**Table 3: Multivariate analysis of the factors associated with criminal behavior**

Variable	Criminal behavior		<i>p</i>	OR
	Yes	No		
<b>Have ASPD</b>	42	09	<0.0001	9.225
<b>Have no religion</b>	31	28	0.0172	6.783
<b>Presence of ASPDm</b>	29	04	0.0006	6.244
<b>Prior use of solvents</b>	44	15	<0.0001	5.442

### **Discussion**

The main focus of this study is to discuss variables related to reported criminal behavior in alcoholics and drug addicts who sought help at either of the two health centers described above. One aspect deserves special attention, namely, that most studies [9,10,11,23-25] which discuss this relationship were based on criminal behavior, since most of the subjects were incarcerated when interviewed. In contrast, the present research is based on data about users of psychoactive substances who were participating in the sphere of health services, thus bringing the data closer to clinical practice.

Approximately 50% of the subjects chosen for the study were excluded early on since they failed to return to the center for a medical checkup after having participated in a welcoming group. Although this rate is similar to that seen at drug and alcohol rehab centers [26-28], it nonetheless indicates a need for studies that will provide a better understanding of this factor and for strategies to improve retention rates for this population. Besides the common difficulties of this type of patient to remain in treatment programs, they face an additional barrier, which is the concrete scarcity of rehab centers in operation.

The socio-demographic profile of the population evaluated was similar to those found in other studies with patients who seek treatment [14,29,30]. Specifically, the category consists of men usually in their fourth or fifth decades of life, most of whom have had less than eight years of formal education. Research [15] carried out in the city of São Paulo, Brazil, showed that the school dropout rate at early ages among chemically dependent persons was 48%, more than twice the rate found for non-dependents (20%). This

finding corroborates research that indicate that very early use in life of drugs or alcohol takes young people out of school and out of the educational process in general [14,30].

Although the respondents were in their productive years, most were inactive. Some were simply unemployed and others were receiving social security benefits for health problems that made them unable to work. This information is corroborated by studies that show the high numbers of inactive persons among addicts and alcoholics, especially powder and crack cocaine users [14,30]. One important factor would seem to be that continuous use and the need to obtain substances usually makes it difficult for them to hold down stable jobs. Changes in behavior due to both intoxication and abstinence from substances also impair their ability to live in harmony with other people and carry out everyday activities [14].

Average monthly income was below US\$ 200 (exchange rate at time of interviews), which might be expected in view of the profile of the centers where the study was carried out. Specifically, these services are public rehabilitation centers that offer treatment free of charge and are frequented mostly by persons in the lower-income brackets of society.

Most of the respondents in this study had a fixed marital partner at the time of the interview, suggesting a certain family stability, which is not common among chemically dependent persons, especially among crack addicts, who tend to lose their family ties [14,31,33]. This aspect may have been influenced by the fact that our sample consisted of persons who had sought treatment, and this may indicate their own concern as to their consumption levels. This attitude tends to be most common in individuals who hold onto their family ties. Also, both centers have specific groups for families and the presence of support to families is one of the factors for retention of the users to treatment [14,32,33].

Consumption patterns varied according to the substances used. The highest number of patients were alcoholics (73.2%), followed by powder and crack cocaine addicts (27.3% each), and marijuana addicts (20.7%). Almost half of the sample consume more than one drug, a fact that has also been seen in earlier studies [1,14]. This is especially common among the crack users [33,34]. A study carried out at a specialized outpatient clinic in São Paulo showed high rates (61.5%) of dependence [35].

The higher age at which respondents in this sample reported their first use of crack is probably biased for the majority of the sample, since this drug appeared on the Brazilian market more recently than others, dating only from the 1990s, when most of the subjects were already at least age 15. Today crack is being used at ever lower ages in Brazil [36,37]. Crack accounts for 0.7% of the illicit drugs consumed in Brazil and shows the highest lifetime use rate by men in the 25-34 age bracket (3.2%) [1]. In the population studied here, 37.2% had consumed crack and, as indicated in earlier studies [14,15,30,33,38], its addictive strength seems to be corroborated on the basis of the information that almost 75% of the subjects who have ever tried crack became dependents.

Almost half of the sample discussed here consisted of subjects with lifetime use of crack or cocaine. A nationwide study in Brazilian cities with populations of over 200,000 concluded that 2.9% of the

entire population reported lifetime use of cocaine [1]. There has also been an increase in the numbers of crack users seeking treatment at rehab clinics [14,30-32]. This information indicates the need to adapt treatment centers to the specific demands of cocaine powder and crack cocaine users, since retention in treatment programs by these patients is strongly influenced by the existence of multiple proposals and more possibilities for intensive follow-up, including support to families [30].

It is important to note that most of the substances involved in this study were tried out before the age of 15 (alcohol, cocaine, solvents and marijuana). Consumption of crack cocaine and synthetics generally began after 15, probably because of their limited availability in Brazil when the subjects were teenagers (their average age at the time of the interviews was 40.8). Consumption of psychotropic medications (benzodiazepenic drugs, amphetamines and opiates) was also begun at later ages, possibly because of the need to present prescriptions at drugstores in order to buy them. Some studies, however, indicate high rates of use of prescribed psychopharmaceutical substances by the Brazilian population [39]. Considering the high percentage of respondents who reported having begun using substances before the age of 15, it is clear that considerable investments should be made to broaden preventive strategies aimed at teenagers, in order to reduce consumption of both licit and illicit substances [40].

Other substances were mentioned less often, as was also seen in other Brazilian studies on populations in treatment [1,41].

The relationship between reported criminal behavior and substance use is well-established, especially for drugs that stimulate the central nervous system [9,25,42]. This relationship might be explained by several different factors, including data related to withdrawal symptoms, which include intense urges to consume, and the behavior of going after and buying the drugs. This, of course, is allied to the risk of criminal behavior, especially theft and robbery, in order to get the money needed to buy the drugs [23,25]. The frequent association with alcohol consumption also contributes to increased aggressiveness and impulsiveness, which, in turn, often reduces inhibitions against committing crimes [11,12]. This relationship, however, was not corroborated by the findings of the present study.

Of the alcoholics in this study, most who began drinking after age 15 (74.3% of the 74 subjects) reported not having committed any crime during their lifetimes. This information corroborates Cloninger's classification [43] that, although controversial, associates early use of alcohol with impulsive and antisocial behavior.

One factor that was closely associated with patterns of reported criminal behavior was the diagnosis of ASPD [44,45]. Studies point out that the rate of ASPD in the general population varies between 1% and 3% [46], but in the sample studied here this rate was much higher (27.9%). Substance use, misuse and dependence among persons with ASPD is relatively common, a fact that may corroborate the findings here [18,5-47]. This was seen in a number of studies that analyzed samples of substance users, whose levels of correlation with antisocial personality disorder varied from 20% [29] to 68% [12,48]. The wide variation seems to be in function of the nature of the samples, most of which were studied at correctional facilities. As

mentioned above, however, the subjects in this study were frequenting alcohol and drug rehabilitation centers rather than prisons, which makes the high prevalence of this disorder even more significant.

The influence of ASPD on reported criminality in this study was seen for crimes both against persons and against property. The correlation between ASPD and crimes against property has been noted in other studies as well [25,45], although this type of crime is also committed by users of substances who do not seem to show antisocial behavior.

Whereas low doses of cannabis can lead some individuals to greater aggressiveness, moderate to high doses tend not to produce aggressive behavior [49,50]. Despite increased irritability during abstinence, no correlation has been found between the effects of use of or abstinence from cannabis, and risky or criminal behavior [25,49]. A longitudinal study that monitored 1353 young marijuana users [51] showed a significant relationship between the use of cannabis during adolescence and criminal behavior in adult age, but the authors of the study question whether this was related to the context of use and the personality of the individuals who use cannabis, or to the effects of the substance itself. In the present study, the use of cannabis was rarely exclusive, which restricted the analysis of correlations.

Lifetime use of solvents was closely associated with criminal behavior in this study. Most (67.8%) of the subjects who inhaled solvents started before age 15. This finding is compatible with other research that has indicated that inhaling solvents is one of the most prevalent types of drug use among adolescents. Correlated with alcohol and cannabis use [1,52,53,54], the use of solvents is sometimes a subject's first experience with an illicit drug [36,37,53-55]. Studies indicate that most teenagers with problematic use of drugs or alcohol come from destructured homes where parents themselves often use substances or where there is little or no interaction with parents and higher rates of violence during childhood than those found for non-user adolescents [36,37]. These young people show higher school dropout rates [14,15,30,36,37] and tend to have a greater probability of developing criminal behavior and substance dependence in adult age [52,53].

Not having a religion was closely correlated with reported criminal behavior in this sample. This data can also be found in the literature, including in studies that analyzed populations living in areas with high levels of criminality. Studies indicate that the social relationships provided by religion frequently protect persons who live in violent social contexts. Some studies also indicate a fall in the perception of violence and criminal behavior of their surroundings by persons whose social networks include religion [56,57].

Several shortcomings of this study should be considered. One criterion for inclusion in the study was that the subjects had come to at least one pre-scheduled medical checkup because the centers use this appointment to define the subjects as patients of their programs. This criterion probably removed from the study at least some individuals who have greater difficulty in participating regularly and who may well show characteristics that are different from those of the population actually studied. This limitation indicates the need to avoid extrapolations of the results to populations outside the specific context analyzed here.

Another shortcoming was the fact that criminal behavior was evaluated on the basis of reports by the respondents themselves, without reference to their actual criminal records. This fact could have generated sub-reporting of information, since some studies [14,15] have pointed out the limitations of this way of gathering information when negative social connotations are involved.

Another shortcoming was the failure to ask the subjects about their use of tobacco. At the time the data was gathered, activities for heavy smokers were still in the planning stage at the municipal center, and treatment for nicotine addicts at the university health center operates on its own track in terms of the profile of heavy smokers who seek treatment there [58]. This fact would make it difficult to include this subgroup in the present study, whose main focus was the connection between drug and alcohol use, on the one hand, and criminal behavior on the other.

The crime of possessing drugs, as provided in Article 28 of Brazilian Law 11346/06, was not considered in the category of having committed at least one crime, because many of the subjects do use illicit substances (marijuana, cocaine and/or crack). The possession of such drugs is considered a crime, but including the factor would create a tautology in the final data.

This study sought to discuss the correlations of several factors with criminal behavior in alcoholics and drug addicts who sought treatment. Variables related to polysubstance use and dependence correlate very closely with criminal behavior, as do lifetime use of solvents and the lack of religion. The presence of Antisocial Personality Disorder (ASPD), even when criteria directly associated with criminal behavior were excluded, stood out as the factor most closely correlated with reported criminal behavior in the population studied. The findings here suggest that, for most persons who seek treatment, substance use is not sufficient to explain why a given individual engages in criminal behavior.

The results presented indicate the importance of investigating further the interface between substance use and criminal behavior, in order to avoid establishing simplistic correlations between the two factors. In order to construct broader approaches to this multifaceted phenomenon, we underscore the importance of future studies that will analyze this relationship on the basis of data taken from different areas of knowledge, including the legal, health and social sciences.

## References

1. Carlini, EA. *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 principais cidades brasileiras. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006
2. Organização Mundial de Saúde. OMS. Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em português- USP, 1995.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. p. 1-550.

4. Mellman, C. Alcoolismo, delinquencia, toxicomania: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 2000.
5. Velho, G. Mudança, crise e violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
6. <http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/plantrim/2009-03>. Acessado em 22.04.2010.
7. Goldstein, PJ. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of drug issues*. 1985; 15:493-506.
8. Hoaken, P.N.S., Stewart, S.H. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors* 2003 28(9): 1533–1554.
9. Kuhns, JB, Clodfelter, TA. Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behavior*. 2009; (14): 69-78.
10. Challub, M., Telles, LEB. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28(2): 69-73.
11. Poldrugo, F. Alcohol and criminal behavior. *Alcohol & Alcoholism*. 1998; 33(1): 12-15.
12. Martin, S; Bryant, K. *Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses*. *Journal of substance abuse* 2001(13): 563-81.
13. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira, R e Castelo, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):751-9
14. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica*. 2008 42(4):664-71
15. Gunter, TD, Arndt, S, Wenman, G, Allen, J, Loveless, P, Sieleni, B, Black, DW. *Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus*. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008 (36):27–34
16. Moeller, GD, Dougherty, DM. *Antisocial personality disorder, alcohol, and aggression*. *Alcohol research and health* 2001, 25 (1) 5-11.
17. Moeller, G.D., Dougherty, D.M., Rustin, T., Swann, A. C., Allen, T. J., Shah, N., Cherek, D.R. *Antisocial personality disorder and aggression in recently abstinent cocaine dependent subjects*. *Drug and alcohol dependence*, 1997, 44 (2,3) 175-182.
18. Grella, CE, Greenwell, L, Prendergast, M, Sacks, S, Melnick, G. *Diagnostic Profiles of Offenders in Substance Abuse Treatment Programs*. *Behav. Sci. Law* 2008 (26): 369–88
19. Rocha, FF, Lage NV, Sousa, KC. Antisocial behavior and impulsivity in antisocial personality disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr*; 31(3): 291-2, 2009 Sep 2009

20. Bordin, IAS, Offord, DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22(2): 12-15.
21. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33.
22. Sacks, S., Cleland, C. M., Melnick, G., Flynn, P.M., Knight, K., Friedmann, P.D., Prendergast, M.L., Coen, C. Violent Offenses Associated with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Problems: Evidence from CJDATSy. *Behav. Sci. Law* 27: 51–69 (2009)
23. Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S.C., Steinberg, J.L., Moeller, F.G. Trait impulsivity and response inhibition in antisocial personality disorder. *Journal of Psychiatry research*, 2009; 12:1057-63
24. Gossop, M, Witton, J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and alcohol dependence* 2005 (79): 295-302.
25. Ribeiro, MS, Ribeiro, LC, Garcia, MA, Souza, GS, Sousa, KDC, Nogueira, RD. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *J. bras. psiquiatr.* 2008; 57 (3): 203-11.
26. Moraes, E, Campos, GM, Silva, SP, Figlie, MB, Laranjeira, R. Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27(4): 347-348.
27. Siqueira, MM, Garcia, MLT, Souza, RS. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. *J Bras Psiquiatr.* 2005; 54(2): 114-119.
28. Henderson, D, Boyd, C, Mieczkowski, T. Gender, relationships, and crack cocaine: A content analysis. *Research in Nursing and Health*, 2007: 17(4) 265-272.
29. Duailib, L., Ribeiro, M., Laranjeira, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad. Saúde Pública* . 2008, 24(4)545-557.
30. Ringwalt CL, Palmer JH. Cocaine and crack users compared. *Adolescence* 1989;96:851-9.
31. Ferri, CP, Laranjeira, R, Silveira, DX, Dunn, J, Formigoni, MLOS. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 1997: 43(1), 25-28.
32. Sanchez, ZVM, Nappo, S. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):420-30
33. Azevedo, RCS<sup>1</sup>; Botega, NJ<sup>1</sup>; Guimarães, LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.29 no.1 São Paulo Mar. 2007

34. Castro, LA, Laranjeira, R. A double blind, randomized and placebo-controlled clinical trial with naltrexone and brief intervention in outpatient treatment of alcohol dependence. *J. bras. psiquiatr.* 2009; 58 (2): 79-85.
35. Galduróz, JF, Noto, AR, Fonseca, A, Carlini, EA. 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. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2004.
36. Noto, AR, Galduróz, JCF, Nappo, AS, Carlini, EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro sobre informações sobre drogas psicotrópicas CEBRID- UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2003.
37. Everitt, BJ, Belin, D, Economidou, D, Pelloux, Y, Dallins, JB, Robbins, TW. *Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction.* *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci.* 2008 Oct 12 (363) 1507 3125-35.
38. Nappo SA, de Oliveira EM, Morosini S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1998; 7(3):207-12
39. Costa, MCO, Alves, MVQM, Santos, CAST, Carvalho, RC, Souza, KE, Sousa, HL. Experimentation and regular use of alcoholic beverages, cigarettes and other Psychoactive Substances (PAS) during adolescence *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(5): 1143-54
40. Baltieri, D A; Strain, EC; Dias, JC; Scivoletto, S, Malbergier, S, Nicastrí, S; Jerônimo, C; Andrade, A G Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26(4) São Paulo
41. Stewart D. Drug use and perceived treatment need among newly sentenced prisoners in England and Wales. *Addiction* 2009; **104**: 243–247
42. Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism *Adv Alcohol Subst Abuse.* 1988;7(3-4):3-16.
43. Fridell M, Hesse M, Billsten J. Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *Am J Addict.* 2007 Jan-Feb;16(1):10-4
44. Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kühlnhorn E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behavior in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav.* 2008 Jun;**33**(6):799-811
45. Goldstein RB, Compton WM, Pulay AJ, Ruan WJ, Pickering RP, Stinson FS, Grant BS. Antisocial Behavioral Syndromes and DSM-IV Drug Use Disorders in the United States: Results from the

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2007; **90(2-3)**: 145–58.

46. Andrade, J.T. The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: a review of the research. *Aggression and Violent Behavior* 2008;**13**: 328–35.

47. Messina NP, Wish ED, Hoffman JA, Nemes F. Antisocial personality disorder and treatment outcomes. *J. Drug alcohol abuse* 2002; **28(2)**: 197–212.

48. Elkashef, A, Vocci, F, Huestis, M, Haney, M, Budney, A, Gruber, A, el-Guebaly, N. *Marijuana neurobiology and treatment.* *Subst Abus.* 2008; 29(3): 17–29.

49. Ashton, C. H. *Pharmacology and effects of cannabis: a brief review.* *British Journal of Psychiatry* 2001 (178):101-6.

50. Peixoto, BT; Lima, RS; Durante MO. Metodologias e criminalidade violenta no Brasil. São Paulo Perspec. vol.18 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2004

51. Doherty EE, Green KM, Ensminger ME. Investigating the long-term influence of adolescent delinquency on drug use initiation. *Drug Alcohol Depend.* 2008 ;**93(1-2)**: 72-84.

52. D'Amico EJ, Edelen MO, Miles JN, Morral AR. The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and Alcohol Dependence* 2008; **93**: 85–92

53. Sakai JT, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Crowley TJ. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; **43(9)**: 1080-8.

54. Perron BE, Howard MO. Adolescent inhalant use, abuse and dependence. *Addiction* 2009; **104 (7)**: 1185–92

55. Butts CO , Stefano GB, Fricchione G, Salamon E. and its effects on crime and delinquency. *Med Sci Monit.* 2003 Aug;9(8):79-82

56. Johnson BR, De Li S, Larson DB et al: A systematic review of the religiosity and delinquency literature. *Journal of contemporary criminal justice*, 2000; 16-1: 32-52.

57. Azevedo, RCS, Higa, CMH, Assunção, ISMA, Frazatto, CRG, Fernandes, RF, Goulart, W, Botega, NJ, Boscolo, MM, Sartori, RM. Treatment group for smokers: results after a two-year follow-up. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.55 no.5 São Paulo 2009.

## 5- DISCUSSÃO

O aspecto central deste estudo é a discussão de fatores relacionados ao cometimento de crimes em dependentes de substâncias psicoativas que procuraram atendimento em serviços de saúde da cidade de Campinas.

Um ponto relevante a destacar é o fato de que a maioria dos estudos<sup>25,28,29,31</sup> que se ocuparam em discutir esta relação tiveram como ponto de partida o cometimento de crimes, utilizando prioritariamente populações prisionais como sujeitos. Este estudo apresenta dados de dependentes de SPA inseridos em contexto de atendimento de saúde, o que torna os resultados mais próximos à prática clínica.

Algumas limitações deste estudo merecem ser consideradas. A primeira delas refere-se ao fato de que o estudo estabeleceu como critério de inclusão ter sido atendido ao menos uma vez em consulta médica, considerando o item definido pelos serviços para denominar o usuário paciente inserido. Este critério provavelmente limitou a inclusão de indivíduos com maior dificuldade de adesão e possivelmente com características diferentes da população estudada. Tal limitação indica a necessidade de restrições à extrapolação dos dados para populações fora de contexto de atendimento.

Outra limitação é o fato de que a criminalidade foi avaliada por auto-relato dos entrevistados, sem qualquer checagem sobre sua vida criminal, o que pode ter gerado subnotificação da informação. Já foram apontadas<sup>81</sup> limitações nesta forma de coleta de informações, principalmente se referentes a dados com conotação social negativa.

Além disso, os sujeitos não foram inquiridos acerca do uso de tabaco. À época da coleta dos dados, encontrava-se ainda em estruturação o atendimento em tabagismo no CAPS-AD e o tratamento para tabagistas no ASPA segue um fluxo próprio. Considerando o perfil de tabagistas que procuram atendimento na Unicamp,<sup>82</sup> seria difícil a inclusão deste subgrupo neste estudo, já que o foco principal era a questão da criminalidade.

Por fim, a idade de início do uso de SPA e a escolaridade não foram sistematizadas em números absolutos, e sim agrupadas, o que prejudicou a análise mais acurada desses resultados.

A taxa de não inclusão no estudo em função da não adesão ao tratamento (ao menos um comparecimento ao atendimento médico) girou em torno de 50% nos dois serviços. Essa porcentagem de adesão é semelhante à de outros locais que atendem populações de dependentes químicos, <sup>83,84,85</sup> apontando serem necessárias pesquisas que aprofundem a compreensão desta variável e proponham estratégias de otimização da adesão para a população de dependentes químicos. É importante destacar que, além da dificuldade em realizar o tratamento, encontra-se uma barreira anterior, que é a escassez de locais públicos capacitados para atendimento desta demanda. <sup>83,85</sup>

Alguns estudos <sup>2,83,85</sup> têm discutido variáveis associadas a adesão a tratamento em dependentes de SPA. Os serviços que disponibilizavam apoio e orientação familiar atingiam taxas de adesão mais significativas, principalmente em usuários de crack. O tratamento farmacológico também se mostrou fator que facilitava a adesão e evitava a recaída dos pacientes, que medicados conseguem tolerar os sintomas da abstinência. <sup>87</sup> Equipe multidisciplinar e atividades diversas, assim como as oferecidas nos serviços pesquisados, são apontados como fatores que contribuem para adesão ao tratamento em dependentes químicos. Estudos apontam ainda que a presença de comorbidades psiquiátricas, tais como depressão maior, relacionaram-se a maior adesão de dependentes ao tratamento. <sup>84</sup>

Além disso, estudos <sup>18,50</sup> indicam que usuários de crack tendem a apresentar baixa adesão ao tratamento. Isso pode ser atribuído tanto a problemas legais quanto a rede social precária, principalmente familiar. Poliuso de SPA entre os dependentes de crack, principalmente álcool, também se mostrou um obstáculo para adesão ao tratamento.

No que se refere ao perfil sócio demográfico dos entrevistados, o dados encontrados foram semelhantes aos de outros estudos nacionais e internacionais realizados com pacientes que procuram tratamento; <sup>18,19,87,88</sup> O grupo de sujeitos é composto por homens, em média na quarta ou quinta décadas de vida e em sua maioria com menos de 8 anos de escolaridade.

A maior porcentagem de pacientes masculinos na maioria dos serviços especializados em dependência química se justifica por diversos fatores. Primeiramente, os dados epidemiológicos confirmam a maior proporção de dependentes do sexo masculino.

Disso provavelmente decorre a maior procura masculina por serviços de saúde.<sup>89</sup> Além disso, estudos apontam que as mulheres tendem a usar substâncias outras que não o tabaco por período mais curto e muitas vezes sob influência do parceiro; terminada a relação, algumas vezes o uso de SPA pela mulher cessa, sem necessidade de tratamento.<sup>90</sup> Além disso, reporta-se uma maior oferta de substâncias psicoativas a adolescentes e adultos do sexo masculino.<sup>91</sup>

No que se refere ao uso e dependência de álcool entre mulheres, principalmente na faixa etária média deste estudo, o uso costuma ser mais velado e muitas vezes se dá sem que os familiares e entes próximos percebam, embora os efeitos e conseqüências clínicas sejam mais intensos para o sexo feminino. Socialmente, a dependência de álcool entre mulheres é menos aceita, dando à dependente uma conotação mais pejorativa que ao homem. Já foi apontado que, durante anamneses clínicas, o profissional de saúde pergunta menos às mulheres sobre dependência química, inclusive de álcool, o que retarda a conscientização, orientação e a intervenção terapêuticas.<sup>92</sup>

A escolaridade dos entrevistados (maioria com até oito anos de estudo) é semelhante à taxa de escolaridade de adultos brasileiros da mesma faixa etária.<sup>93</sup> Estudo nacional realizado com dependentes químicos, em sua maioria (67%) dependentes de álcool, indicou que a maior parte dos dependentes não completou o ensino fundamental.<sup>94</sup>

Pesquisas realizadas com dependentes de crack da cidade de São Paulo, Brasil, revelaram que a evasão nos primeiros anos de estudo foi de 48%, mais que o dobro da taxa entre não dependentes (20%).<sup>18,19,95,96</sup>

Estudo qualitativo<sup>62</sup> também realizado com usuários de crack identificou a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família como um fator importante de baixa escolaridade; além disso, em alguns casos a escola era deixada de lado em nome de uma autonomia financeira proporcionada por um emprego, ainda que de baixa qualificação.

Apesar de se encontrarem em idade produtiva, a maioria dos entrevistados estava inativa, aqui incluindo indivíduos desempregados ou recebendo benefícios da previdência social por problemas de saúde que os incapacitassem de trabalhar. Esse dado é corroborado por estudos que mostram a grande parcela de inativos entre os usuários de SPA, principalmente cocaína e crack.<sup>18,19</sup> Se não estão inativos, os dependentes de

substância psicoativa exercem em sua maioria atividades informais, qualquer que seja a substância de escolha.<sup>18,19,62,95</sup> O uso contínuo e a necessidade de busca pela SPA acabam dificultando a manutenção de um emprego estável; além disso, as alterações de comportamento decorrentes da intoxicação e da abstinência da SPA comprometem a convivência e o exercício de atividade regular.<sup>18</sup> Estudo<sup>94</sup> realizado com famílias de dependentes químicos detectou 21% de desempregados, além disso, 49% mantinham apenas atividades informais, sem emprego fixo.

A relevância do trabalho na recuperação do dependente químico foi corroborada por diferentes pesquisas, que apontam a atividade laboral como um fator protetivo para a recaída e que contribui para a maior adesão ao tratamento.<sup>18,97</sup>

Em Campinas, a renda média é de 1782 reais<sup>98</sup>, aproximadamente 4 salários mínimos, mas a renda da maioria dos sujeitos avaliados neste estudo foi menos da metade disso: 1,5 salários mínimos. A informalidade e a instabilidade nos empregos pode ser um dos fatores que contribui para a baixa renda dos sujeitos. Além disso, boa parte dos sujeitos da pesquisa, principalmente os que recebem tratamento no CAPS-AD, são provenientes das regiões sul e sudoeste da cidade, que apesar de incluírem alguns bairros de classe média, concentram grandes bolsões de pobreza, com áreas de ocupação desordenada, sem recursos de saneamento básico, água, luz ou pavimentação. Somado a isso, os serviços em que foi realizada a pesquisa são unidades públicas e gratuitas, que atendem uma parcela de menor poder aquisitivo. A população SUS dependente nas regiões sul e sudoeste de Campinas é em torno de 90%.<sup>99</sup>

Outro fator importante a ser considerado é a constituição familiar do usuário de SPA e do dependente químico. A maioria dos entrevistados tinha companheiro fixo à época da entrevista, o que pode sugerir certa estabilidade familiar, que não é comum em dependentes de SPA, notadamente entre dependentes de crack, que tendem a perder laços familiares.<sup>18,62,100</sup> Este dado talvez seja influenciado pelo fato de a população deste estudo ter procurado tratamento, denotando preocupação com sua situação de consumo de SPA, o que é mais freqüente em indivíduos que preservam relações familiares.<sup>101</sup> Além disso, os dois serviços estudados ofereciam grupos destinados especificamente a familiares, e o

oferecimento de apoio às famílias é um dos fatores de adesão dos usuários ao tratamento.<sup>18,62,101</sup>

O apoio familiar é apontado como um fator importante para a recuperação e manutenção da abstinência,<sup>97</sup> mas é importante que o serviço de tratamento ajude a fortalecer essa importância, orientando a família a lidar com situações diversas e nem sempre fáceis. Conflitos familiares são associados a recaídas, assim como experiências de frustração.<sup>97</sup>

Somado a isso, é bastante significativo entre os dependentes químicos o antecedente de uso de SPA por familiares,<sup>62,94,97</sup> o que foi discutido em diversos estudos. Desse modo, o apoio familiar pode ter um papel preventivo e de cuidado para os familiares, principalmente crianças e adolescentes, que convivem com o dependente.

Aproximadamente um terço dos entrevistados (32,2%) declarou não ter nenhuma religião. Dentre os que declararam ter uma religião, 21,9% eram evangélicos e 42,6%, católicos. Isso condiz com os dados demográficos brasileiros que, apesar de acusarem um crescimento dos seguidores de igrejas evangélicas, mostram ser o catolicismo a religião da maioria da população brasileira.<sup>23</sup> A baixa proporção de espíritas (3,3%) pode estar relacionada ao fato de essa religião ser mais concentrada em camadas sociais de rendas superiores,<sup>23</sup> que não são o público principal desse estudo, realizado em serviços públicos com pessoas de renda mais modesta.

De acordo com alguns estudos, a religiosidade é um fator protetivo para o uso de SPA, qualquer que seja a idade do sujeito.<sup>22,23,102,103</sup> Isso inclui educação religiosa na infância, ainda que posteriormente não sejam seguidos os preceitos de nenhuma religião.<sup>22</sup> A criança que tem contato com religiosidade tende a internalizar normas, valores e atitudes morais que podem no futuro evitar o uso nocivo e a dependência de SPA.<sup>22,23</sup> Dentre as religiões, estudos nacionais e internacionais<sup>23,103</sup> mostram que a religião pentecostal é uma das que mais protege quanto ao uso de SPA, provavelmente pelo grau de engajamento maior de seus adeptos.

Os serviços pesquisados não têm qualquer vínculo ou orientação religiosa. Porém, diversas propostas terapêuticas para dependência química são baseadas em preceitos religiosos, quer de orientação evangélica, católica ou espírita.<sup>104</sup> A escassez de

serviços públicos de internação para dependentes químicos aumenta a procura por tratamentos oferecidos por igrejas,<sup>104</sup> e a religiosidade em si reduz os níveis de estresse do indivíduo, proporcionando a ele maior suporte social e por isso aumentando as chances de sucesso terapêutico.<sup>105</sup> A solidariedade entre os membros dos grupos religiosos também se mostra uma das razões de a religião ser um fator protetivo para a abstinência de SPA. O dependente químico é amparado e é considerado no grupo como um igual, o que nem sempre ocorre em ambientes não religiosos.<sup>104,105</sup>

A vida social do indivíduo dependente químico se estrutura sobre o uso e as atividades de procura da SPA. Por isso, as relações sociais são superficiais e tendem a se extinguir com a abstinência.<sup>97</sup> Dessa maneira, a religiosidade pode ser um auxílio na boa evolução do tratamento do dependente químico, na medida em que se torna um fator positivo para a manutenção da abstinência. É necessário, portanto considerar esse recurso terapêutico como um aliado dentre as diversas terapias preconizadas.

Com relação ao padrão de consumo de SPA na população estudada, houve maior prevalência da dependência de álcool (73,2%), seguido da dependência de *crack* e cocaína (27,3% cada uma) e de maconha (20,7%). Importante destacar o padrão de policonsumo, mostrado em quase metade da amostra, dado já apontado em outros estudos,<sup>2,18</sup> principalmente entre usuários de *crack*.<sup>62,80</sup>

O consumo exclusivo de bebidas alcoólicas foi encontrado em 64 pacientes, todos dependentes. A maioria de homens, com escolaridade menor que 8 anos e idade de início de consumo na adolescência, perfil condizente com o encontrado em outros estudos<sup>106</sup>, que mostraram também a maioria dos pacientes masculinos, entre 30 e 49 anos, com primeiro grau incompleto (menos de 8 anos de escolaridade).

Um estudo realizado em Campinas<sup>107</sup>, com indivíduos da população geral, apontou consumo de álcool superior em indivíduos do sexo masculino, com um maior padrão de gravidade (maior frequência, maior quantidade ingerida e maior dificuldade de parar de beber) em relação às mulheres. Além disso, os homens priorizavam mais a bebida em detrimento de outras atividades, obrigatórias ou de lazer. Esse estudo também encontrou uma maior frequência e quantidade ingerida entre as pessoas com menos de oito anos de escolaridade, embora nesse grupo também se incluam a maioria dos abstêmios.

Os sujeitos que já fizeram uso na vida de cocaína e *crack* compuseram pouco mais de metade da amostra (98 sujeitos). Estudo nacional realizado nas cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes apontou que a prevalência do uso na vida de cocaína na população brasileira foi de 2,9%.<sup>2</sup> Nos locais de tratamento tem havido crescimento na procura de tratamento por usuários de crack.<sup>18,19,100,101</sup> Este dado indica a necessidade de adequação dos serviços de tratamento às demandas específicas desta população posto que a adesão ao tratamento dos usuários de crack e cocaína é fortemente influenciada pelo oferecimento de múltiplas propostas e possibilidades de acompanhamento mais intensivo, inclusive com oferta de apoio aos familiares.<sup>19,100,101</sup>

Verifica-se hoje, no Brasil, o uso de crack em idades cada vez mais precoces.<sup>3,4,62</sup> O uso mais tardio de crack, acima de 18 anos, na maioria dos sujeitos desse estudo provavelmente é um viés<sup>62</sup>, visto que essa substância é relativamente recente no Brasil em comparação com as demais estudadas, datando da década de 90, época em que a maioria dos sujeitos já contava com mais de 15 anos. O consumo de crack tem prevalência de 0,7% no Brasil, sendo a maior porcentagem de uso na vida para o sexo masculino (3,2%), na faixa etária de 25 a 34 anos.<sup>2</sup>

O potencial dependogênico de uma SPA se dá principalmente em função da rapidez do início, da curta duração e da potência de seu efeito psicoativo. O crack agrupa essas três características: a via de inalação, fumada, faz com que a substância atinja rapidamente o sistema nervoso central, levando em média 8 segundos para iniciar seu efeito. A duração da sensação de bem estar é bastante rápida, em média 3 minutos, e muito intensa, o que leva o usuário a desenvolver um padrão de uso compulsivo da SPA. O crack torna-se, dessa maneira, a droga de escolha do usuário, que passa a usar as outras SPA de maneira secundária.<sup>18,19,95,96,108</sup>

Na população avaliada a prevalência de uso de crack chegou a 37,2% e o potencial dependogênico do crack, já apontado em outros estudos<sup>18,19,108</sup> parece ter sido corroborado a partir da informação de que, dos sujeitos que já o haviam experimentado, quase 75% eram dependentes. Dentre os sujeitos dessa pesquisa, não se identificou um uso “recreativo” de crack, pois a grande maioria dos usuários ou estava abstinente há mais de dois meses ou em uso de no mínimo 3 vezes por semana da SPA.

O uso de maconha foi relatado por pouco menos de metade da população estudada (86 sujeitos). Desses, apenas 15% faziam uso diário, e a maioria (58%) utilizava uma quantidade equivalente a um cigarro. A taxa de dependência foi de 20,7%, bastante inferior à de outras SPA mais prevalentes.

A maconha muitas vezes inaugura o uso de SPA ilícitas do indivíduo. Na medida em que começa a usar outras SPA de maior potencial dependogênico, como cocaína e crack, a maconha não é mantida como droga de escolha.<sup>62</sup>

O desenvolvimento de síndrome de dependência em usuários de maconha é inferior ao de usuários do crack e da cocaína.<sup>109</sup> O uso esporádico é relatado por diversos estudos<sup>50,61,108,109</sup>, corroborando o padrão encontrado na população estudada. O uso exclusivo de maconha dificilmente motiva o indivíduo a procurar um serviço de saúde especializado. O uso de maconha ocorre na maioria das vezes em contexto de poliuso, raramente sendo a SPA de escolha da pessoa.

O policonsumo é bastante comum entre dependentes químicos,<sup>2,18,19,62,96</sup> que escolhem as SPA não necessariamente pelo efeito que elas proporcionam, mas também por outros fatores, tais como disponibilidade e ambiente de consumo.<sup>110</sup> As primeiras substâncias psicoativas consumidas são álcool e tabaco e, entre as ilícitas, maconha e inalantes (principalmente solventes).<sup>2,3,4</sup> Entre usuários de crack entrevistados na cidade de São Paulo, em estudo de 2002,<sup>62</sup> a primeira droga ilícita consumida pela maioria foi a maconha. As demais substâncias ilícitas foram experimentadas posteriormente, a título de curiosidade ou oportunidade.

O uso de múltiplas SPA é determinado, também, pela interação de efeitos psicoativos: a maconha pode atenuar os sintomas paranóides causados pela intoxicação por crack, por isso as duas SPA frequentemente são usadas em conjunto<sup>96</sup>. O uso de maconha é apontado por até 60% dos usuários de crack, seja na forma seqüencial, seja no uso combinado em um mesmo cigarro denominado “mesclado”. É empregado com o objetivo de diminuir a fissura e demais efeitos ansiogênicos de *crack*. Uma vez atenuada a fissura, o comportamento compulsivo de busca pela droga, freqüente entre usuários de crack, torna-se mais controlável, permitindo ao indivíduo uma possibilidade de descontinuar seu uso e tentar retornar a suas atividades rotineiras.

A associação de bebidas alcoólicas e cocaína também é freqüente, pois o álcool pode prolongar os efeitos da cocaína.<sup>111</sup> A combinação do uso de cocaína e álcool aumenta os níveis plasmáticos de cocaína e norcocaína, reduz as concentrações de benzoilecgonina e induz a síntese de cocaetileno, que tem alta taxa de distribuição no cérebro/sangue, com meia-vida plasmática 3 a 5 vezes maior que a da cocaína. O cocaetileno possibilita o aumento da duração dos efeitos de euforia, sendo também mais cardiotoxíco que o consumo de cada substância separadamente. A ação do cocaetileno sobre a inibição da recaptação da dopamina é mais intensa que a da cocaína, assim como as ações serotoninérgicas, o que se traduz pela intensificação dos efeitos psicoativos quando cocaína e álcool são utilizados juntos.<sup>112</sup>

Somado a isso, o uso do álcool é identificado como um dos mais importantes facilitadores (“gatilhos”) para o uso da cocaína, havendo altos índices de comorbidade para abuso das duas drogas. Estudos apontam a associação entre abuso do álcool e dependência mais grave de cocaína e aumento do poliuso de drogas. Estima-se que entre 60 a 90% dos dependentes de cocaína tenham diagnóstico de abuso ou dependência de álcool.<sup>113</sup>

O consumo de anfetaminas, incluindo o metilendioximetanfetamina (MDMA ou *ecstasy*) e inibidores de apetite, foi relatado em freqüência pequena em comparação com as demais SPA nesse trabalho. De acordo com dados nacionais,<sup>2</sup> o uso de anfetaminas como anorexígenos é mais freqüente em mulheres maiores de 25 anos: a prescrição indiscriminada e sem critério pode levar à dependência desses medicamentos.<sup>114</sup> O *ecstasy*, por sua vez, é uma SPA usada em ambientes festivos principalmente entre jovens. Além de o uso ser mais em contexto recreativo, o preço da unidade de MDMA é maior que o de outras SPA, que o torna mais comum entre indivíduos com situação econômica mais abastada, que não eram o público que freqüentava os serviços de saúde estudados. A procura por tratamento em função do uso abusivo não foi registrada entre os sujeitos da pesquisa.

No que se refere aos benzodiazepínicos, o uso abusivo se mostrou mais freqüentemente associado a poliuso de SPA. A maioria dos sujeitos dependentes, exclusivamente ou não, de benzodiazepínicos era do sexo feminino, o que corrobora os dados nacionais<sup>2</sup> e internacionais.<sup>115</sup> O benzodiazepínico é uma das substâncias utilizadas no tratamento de dependentes químicos, principalmente em fases de abstinência,<sup>44</sup> por isso

a totalidade dos sujeitos dessa pesquisa, que se encontrava em tratamento, já haviam feito uso na vida dessa SPA, prescrito ou não por um médico. Dessa maneira, foi considerado em resultados o uso abusivo de benzodiazepínicos, mesmo que essa não fosse a principal razão de procura pelo tratamento da dependência química.

Estudos epidemiológicos nacionais apontam não ser freqüente o uso de opióides no Brasil, atingindo uma faixa discretamente maior de mulheres que de homens.<sup>2, 63</sup> Em nosso estudo, isso se confirmou: não houve nenhum usuário de heroína entre os entrevistados, e o único paciente que apresentava dependência exclusiva de morfina, sem uso de nenhuma outra SPA, tornou-se dependente em decorrência de um tratamento para sintomas álgicos. Os demais pacientes apresentavam, em sua maioria, uso nocivo e esporádico de xaropes de codeína, num contexto de poliuso e não elegendo o opióide como SPA de escolha.

Os serviços de saúde pesquisados atendem na maioria usuários e dependentes de SPA adultos (no CAPS-AD não são atendidos adolescentes menores de 18 anos). Os sujeitos declararam que o início do uso ocorreu ainda na adolescência; a maioria das SPA pesquisadas foi experimentada antes dos 15 anos (álcool, cocaína, solventes e maconha). O crack não se incluiu entre as SPA mais usadas na adolescência provavelmente em função da sua pouca disponibilidade no país à época da adolescência dos entrevistados (média de idade de 40,8 anos no momento da entrevista). Sabe-se que o crack teve seu uso mais difundido em meados da década de 90, quando a maioria dos sujeitos já contava com mais de 18 anos.

Medicamentos psicotrópicos (benzodiazepínicos, anfetaminas e opióides) também tiveram início mais tardio, possivelmente em função da necessidade de prescrição dos mesmos, apesar de algumas pesquisas indicarem elevada prevalência de psicofármacos prescritos na população brasileira.<sup>114,116</sup>

Esse dado também vai ao encontro de outros estudos que enfatizaram a seqüência de uso de SPA enfatizando as drogas de escolha pelos adolescentes.<sup>62,110</sup> As primeiras drogas lícitas usadas são principalmente álcool e tabaco e, entre as ilícitas, maconha e solventes.<sup>3,4,5,62,110</sup>

Um dos fatores de risco para o uso de SPA na adolescência é a presença de familiares dependentes químicos, principalmente um dos pais.<sup>3,4,5,94,97,110,117</sup> Os vínculos familiares, na presença de um genitor dependente, são muitas vezes abalados e as crianças e adolescentes podem estar expostas a situações de desentendimentos e violência doméstica.<sup>94,97</sup> Além disso, muitas vezes as crianças presenciam o uso da SPA pelos pais ou adultos de referência, que deveriam dar exemplo de comportamento a elas.

Considerando a taxa de entrevistados que informou ter iniciado o consumo de SPA antes dos 15 anos de idade, é fundamental que haja investimento na ampliação de estratégias preventivas direcionadas para os adolescentes, visando modificar o panorama futuro com relação ao consumo de SPA lícitas e ilícitas.<sup>118</sup>

Alguns programas que dão atenção a crianças e adolescentes filhos de dependentes químicos são iniciativas interessantes que têm conseguido resultados bastante satisfatórios nesse sentido.<sup>94</sup>

Um fator que se mostrou fortemente associado ao cometimento de atos criminosos foi a presença de TPAS.<sup>119,120</sup> Estudos apontam que a taxa de TPAS na população geral varia de 1 a 3%,<sup>121</sup> mas na amostra estudada essa taxa foi bastante superior (27,9%). Se considerarmos apenas os sujeitos que fazem uso de cocaína ou crack, a porcentagem chega a 46,9%. Por sua vez, os indivíduos dependentes exclusivamente de álcool apresentaram taxas menos significativas de TPAS que os usuários de substâncias ilícitas, dependentes ou não. O cometimento de delitos também foi consideravelmente menor entre os dependentes exclusivos de álcool, mostrando um perfil diferente entre os usuários de substâncias lícitas e ilícitas.

A comorbidade do TPAS com o uso, abuso e dependência de SPA, principalmente estimulantes, é relativamente comum, o que talvez explique o dado encontrado.<sup>53,64,119,120,121</sup> Isso é corroborado em diversos estudos que analisaram amostras de usuários de substâncias psicoativas, nos quais as taxas de comorbidade com TPAS variaram de 20 % a 68%.<sup>31,122</sup> Essa variação ocorre de acordo com a natureza da amostra, que na maioria desses estudos foi coletada em instituições prisionais. No presente estudo, porém, os sujeitos fazem parte de instituições de tratamento de dependência química, não de instituições corretivas, o que torna mais significativa a presença marcante do transtorno.

Apesar de ter sido encontrada em proporção menor entre os dependentes exclusivos de álcool, há diversos estudos<sup>24,31</sup> que mostram a co-morbidade entre uso abusivo de álcool e TPAS.

Embora essa associação entre TPAS e uso de SPA ilícita ser reportado, é importante salientar que muitas vezes o usuário de SPA tem comportamentos que, pelos critérios diagnósticos do DSM IV TR,<sup>11</sup> podem ser considerados antissociais, mas é essencial distinguir se esses comportamentos são decorrentes de efeitos psicoativos do uso de SPA, tanto na intoxicação quanto na abstinência.<sup>62,95,96</sup>

O cometimento de crimes foi reportado por 40,4% dos sujeitos, uma taxa elevada se forem considerados os índices de criminalidade na população geral.<sup>26</sup> Em torno de um terço dos crimes relatados pelos entrevistados na presente pesquisa não foram notificados, portanto não estão incluídos em estatísticas oficiais. Os principais crimes cometidos foram contra a pessoa (principalmente lesões corporais) e contra o patrimônio (principalmente furto e roubo).

O crime de homicídio é considerado uma das medidas de violência em determinada região<sup>24</sup>. Dentre os 74 sujeitos da pesquisa que já cometeram crimes, 15 (20,3%) reportaram ter cometido pelo menos um homicídio. O crime de latrocínio, ou roubo seguido de morte, é incluído no Código Penal Brasileiro de 1940, por questões de política criminal, na seção de crimes contra o patrimônio. Porém, para os efeitos desse estudo, o crime de latrocínio foi incluído na análise estatística entre os crimes de homicídio.

Os estudos associam os crimes contra a pessoa, aqui representados pelos crimes de homicídio e lesão corporal dolosa, a uso principalmente de álcool. Além dos estimulantes, a intoxicação por álcool contribui para aumento na agressividade e na impulsividade, o que pode facilitar a prática de atos criminosos.<sup>24,31</sup>

O outro crime contra a pessoa declarado foi o de lesão corporal dolosa, também relatado por 15 dos 74 sujeitos que já cometeram crimes.

Dentre os 64 sujeitos usuários exclusivos de bebidas alcoólicas, apenas 10 (15,6%) declararam ter cometido algum ato criminoso. Destes, 9 (90%) cometeram crimes contra a pessoa, na maior parte lesões corporais.

Os delitos contra a pessoa muitas vezes ocorrem sem uma premeditação, sendo uma consequência de discussões ou desentendimentos que acabam levando ao cometimento de crimes entre os envolvidos. A impulsividade, nessas situações, acaba sendo um dos fatores precipitadores do delito e o álcool atua como um desinibidor, facilitando a violência.<sup>123</sup>

O uso do álcool foi muito associado, por diversos estudos, ao cometimento de crimes contra a pessoa, devido aos efeitos psicoativos causados pela intoxicação.<sup>24,40</sup> Apesar de não ter sido inquirida especificamente a violência doméstica, é importante salientar a sua associação com o uso de álcool, encontrada em diversos estudos.<sup>123,124,125</sup>

No que se refere aos crimes contra o patrimônio, foram cometidos por 39 dos 74 sujeitos que relataram já ter cometido algum tipo de crime (47,3%). Um fator que se mostrou relevante na prática desses tipos de crime entre os usuários de cocaína e crack foi o antecedente de início de consumo de solvente antes dos 15 anos. Isso é corroborado por dados da literatura,<sup>126,127</sup> que associam o uso de inalantes à delinquência. Mais da metade da amostra (69,9%) dos usuários de solventes apresentou um histórico de uso precoce, que se inicia antes dos 15 anos. O uso de solventes é o mais prevalente na adolescência, juntamente com álcool e canabíoides,<sup>110,126,127</sup> inaugurando por vezes o histórico de uso de substâncias ilícitas do sujeito<sup>110</sup>. Está associado, também, a desenvolvimento, na idade adulta, de dependência ou uso abusivo de outras SPA, como cocaína, crack, canabíoides e álcool.<sup>128</sup>

Há diversos fatores que relacionam o uso de SPA ao cometimento de crimes, e algumas características da população estudada se mostraram relevantes para essa associação. Alguns fatores apresentaram relação negativa com a criminalidade: o fato de ter religião e o uso de anfetaminas. Outros, por sua vez, mostraram-se variáveis relevantes entre os sujeitos que cometeram atos criminosos. Dentre eles, podemos citar a presença de TPAS, e seu equivalente “refinado” (com a finalidade de minimizar vieses de interpretação) aqui denominado TPASm; o uso antecedente de uso de solventes e o poliuso de SPA.

Dentre os entrevistados, não ter religião relacionou-se significativamente ao cometimento de crimes. Este dado já foi apresentado na literatura, inclusive em estudos que analisaram populações que viviam em áreas com altos níveis de criminalidade. Verifica-se

que as relações sociais proporcionadas pela religião tornam o indivíduo protegido do contexto muitas vezes violento que o rodeia, sendo que algumas pesquisas indicam ainda uma redução da percepção de violência e criminalidade da vizinhança entre pessoas que agregam a religião à sua rede social.<sup>129</sup>

O uso de anfetaminas ter se destacado como um fator inversamente associado ao cometimento de crime deve ser considerado um viés de interpretação, pois é muito reduzido o número de usuários de anfetaminas nesse estudo para que se possa tirar qualquer conclusão.

A associação entre o antecedente de uso de solventes e o comportamento criminoso, que foi bastante significativa entre os sujeitos da pesquisa, particularmente os que usam cocaína e crack, pode ser explicada, parcialmente, pelo perfil do adolescente usuário de solventes, que apresenta na maioria das vezes rede social precária, mau aproveitamento escolar e comportamento delinqüente e impulsivo.<sup>110,126,128</sup>

Além de prevalente na amostra, o TPASm também se mostrou nesse estudo fator relevante para o cometimento de crimes. A influência considerável ocorreu tanto em crimes de homicídio quanto e principalmente contra o patrimônio (furto e roubo), sendo esses últimos os mais cometidos entre os sujeitos pesquisados. A associação entre TPAS e o cometimento de crimes contra o patrimônio foi encontrada em outros estudos<sup>120</sup> embora esse tipo de crime também seja cometido por usuários de SPA que não apresentam o transtorno.

Não apenas a presença de TPASm está associada ao cometimento de crimes, mas ausência desta comorbidade também se relacionou a menor taxa de comportamento criminoso: entre os sujeitos desse estudo que eram usuários de cocaína e crack, 85% dos que não apresentavam o TPASm não cometeram qualquer ato infracional ou criminoso. Do mesmo modo, apenas 16,2% dos que não apresentavam TPAS ou TPASm cometeram crimes contra o patrimônio. Esse resultado deve ser considerado ao se analisar a mera associação entre o uso e a dependência de cocaína e *crack* e o cometimento de crimes, uma vez que, na ausência do TPASm, essa relação foi muito menos relevante.

Apesar de esse dado confrontar os resultados obtidos por estudo realizado em um serviço de tratamento de dependência química em Maryland, EUA, que não encontrou

diferenças entre os portadores e os não portadores de TPAS, <sup>130</sup> a relação positiva entre o transtorno e o cometimento de crimes é reforçado por estudos que consideram o TPAS um dos fatores responsáveis pela associação entre uso de substâncias e criminalidade<sup>53,65,73</sup>, principalmente entre usuários de cocaína ou crack.

Outro fator que se associa à prática de alguns crimes, principalmente roubos e furtos, são os sintomas de abstinência de determinadas substâncias. No Brasil, as principais substâncias associadas a isso são as estimulantes do Sistema Nervoso Central. A abstinência do crack, por exemplo, causa uma sensação muito desagradável de ansiedade, que pode ser muito difícil de suportar. A fissura muitas vezes leva ao cometimento de atos extremos, que em outras circunstâncias talvez não ocorressem. Dentre esses atos podemos citar, além do cometimento de crimes,<sup>119,120,131</sup> a prestação de favores sexuais em troca da substância ou de dinheiro para adquiri-la.<sup>132</sup> Essa troca de atividade sexual na vigência do uso de SPA foi encontrado em 15,6% da população; todos os que relataram essa prática eram dependentes de cocaína ou crack.

É importante destacar as diferenças encontradas entre os usuários exclusivos de álcool e os que já usaram SPA ilícitas. Os usuários exclusivos de álcool que procuraram tratamento eram todos dependentes da substância. Além disso, eram mais velhos (10 anos de diferença entre as médias de idade), não cometeram crimes em sua grande maioria (84,4%) e apenas 1 indivíduo apresentou critérios para TPASm.

A maior idade entre dependentes de álcool foi corroborada por outro estudo comparativo<sup>133</sup>. Esse estudo constatou também uma maior estabilidade familiar entre os dependentes de álcool. Essa característica foi encontrada na população estudada, em que a maior parte dos dependentes de álcool mantinha companheiro fixo, ao contrário dos usuários de SPA ilícitas.

Diferenças entre os perfis de acordo com a SPA usada são esperadas; a maior proximidade com a criminalidade das SPA ilícitas, cujo simples ato de comprar e portar já constitui crime, implica em características particulares para a maioria dos usuários, como um comportamento mais ousado, por exemplo, ou uma banalização do contexto criminoso. Na literatura, porém, não foram todos os estudos que encontraram diferenças significativas na incidência de transtornos de personalidade entre esses dois grupos.<sup>134</sup> Há, porém, outros

que consideram diferenças de personalidade entre usuários exclusivos de álcool e de cocaína, principalmente impulsividade.<sup>133,135</sup>

O objetivo principal desse trabalho foi apresentar dados que contribuíssem para uma discussão sobre o panorama e as relações entre o uso e a dependência de SPA e o cometimento de atos criminosos. A criminalidade é um fenômeno multifatorial, envolvendo as esferas social, econômica e individual; na relação entre o uso de SPA e o crime essa característica se manteve. Isso foi apontado pelos resultados obtidos: tanto fatores sociais como individuais se mostraram influentes na atividade delitiva do sujeito.

Primeiramente, o uso de SPA em si mostra-se um fator de aproximação com a criminalidade, uma vez que o índice de cometimento de crimes entre os sujeitos da pesquisa se mostrou em proporções muito maiores que os da população geral.

A segunda dimensão a ser analisada são os fatores sociais e culturais que envolvem o indivíduo, uma vez que a variável “ter religião” se mostrou fator de proteção significativo para o afastamento da conduta delitiva. Isso pode ser atribuído, com já foi discutido, a um maior repertório de recursos (valores morais internalizados, rede social mais consistente) que permitem à pessoa evitar o comportamento criminoso.

Por fim, algumas particularidades do indivíduo, como vivências de juventude e características de personalidade, podem ser fatores de aproximação com o delito. Apresentar critérios que sugiram características antissociais de personalidade, por exemplo, pode ser um elemento que predisponha a pessoa a cometer atos delitivos.

Destacamos que esse estudo procurou estabelecer, com algumas limitações, um recorte da interface entre o uso e a dependência de SPA e o comportamento criminoso. Sugerimos que futuras pesquisas analisem o tema a partir de interpretações provindas de diferentes áreas do conhecimento, tais como ciências da saúde, jurídicas e sociais, visando à construção de abordagens ampliadas para este fenômeno multifacetado.

## 6- CONCLUSÕES

1) A população do presente estudo foi constituída em sua maioria de pacientes do gênero masculino, provenientes da região de Campinas, na quarta década de vida, sem companheiro fixo, escolaridade menor que 8 anos, baixa renda e inatividade laboral.

2) O padrão de consumo foi de múltiplas substâncias psicoativas, principalmente álcool, maconha, cocaína e crack. A dependência de álcool foi a mais prevalente na amostra. O potencial de dependência de crack foi maior que o de outras substâncias. O uso de solventes ocorreu durante a adolescência.

3) O comportamento criminoso foi encontrado em menos da metade da população estudada e os principais crimes cometidos foram contra a pessoa (lesão corporal e homicídio) e contra o patrimônio (furto e roubo).

4) A taxa de prevalência de Transtorno de Personalidade Antissocial foi de 27,9% entre os sujeitos do estudo.

5) As variáveis presença de Transtorno de Personalidade Antissocial e Transtorno de Personalidade Antissocial modificado, antecedente de uso de solventes, não ter religião, poliuso e dependência a múltiplas SPA (principalmente ilícitas) estiveram relacionadas ao cometimento de delitos entre os sujeitos do estudo.

## 7- REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Trad. Fabio Corregiari. São Paulo, Roca 2006.
2. Carlini, EA. *et al.* II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 principais cidades brasileiras. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006
3. Galduróz, JF, Noto, AR, Fonseca, A, Carlini, EA. 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. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2004.
4. Noto, AR, Galduróz, JCF, Nappo, AS, Carlini, EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2003.
5. Fourniera, ME, Levyb, S. Recent trends in adolescent substance use, primary care screening, and updates in treatment options. *Curr Opin Pediatr* 18:352–358, 2006
6. Reith, G. Consumption and its discontents: addiction, identity and the problems of freedom. *The British Journal of Sociology*. 2004; 55(2): 283-300.
7. Mellman, C. Alcoolismo, delinquencia, toxicomania: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 2000.
8. Velho, G. Mudança, crise e violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
9. Silveira Filho, D.X. Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. Pág 7.

10. Organização Mundial de Saúde. OMS. Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em português- USP, 1995.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. p. 1-550.
12. Goldstein, RZ, Volkow, ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry*. 2002; (159): 1642–52.
13. Moeller F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., Swann A.C. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1783–1793
14. Kalivas, PW, Volkow, ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1403–1413.
15. Schepis, TS, Adinoff, B, Rao, U. Neurobiological Processes in Adolescent Addictive Disorders. *Am J Addict*. 2008; 17(1): 6–23.
16. Pedersen, C. Biological Aspects of Social Bonding and the Roots of Human Violence. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*. 2004; 1036: 106-127.
17. Mason, A, Windle, M. Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: a longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 2002 111(1): 63-76.
18. Ferreira Filho, OF, Turchi, MD, Laranjeira, R, Castelo, A. Perfil sociodemográfico e padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(6): 751-59
19. Duailibi, LB; Ribeiro, M; Laranjeira, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(4):545-557.
20. Nappo S.A., Galduróz J.C., Noto A.R. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse*. 1996; 31(5):565-579.

21. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP APAL*. 1994; 16:75-83.
22. Dalgalarondo, P., Soldera, M. A., Correa Filho, H. R., Silva, C. A. M. Religion and drug use by adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004, 26(2): 82-90.
23. Dalgalarondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Mental health and drug use among catholic, pentecostal and spiritualist youth. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(3): 182-190.
24. Challub, M., Telles, LEB. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28(2): 69-73.
25. Peixoto, BT; Lima, RS; Durante MO. Metodologias e criminalidade violenta no Brasil. *São Paulo Perspec*. 2004; 18(1):13-21
26. <http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/plantrim/2009-03>. Acessado em 22.04.2010.
27. Goldstein, PJ. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of drug issues*. 1985; 15:493-506.
28. Hoaken, P.N.S., Stewart, S.H. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors* 2003 28(9): 1533–1554.
29. Kuhns, JB, Clodfelter, TA. Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behavior*. 2009; (14): 69-78.
30. Cervini, R. Os processos de descriminalização. São Paulo: Ed Revista dos Tribunais, 1995. Pág 79.
31. Poldrugo, F. Alcohol and criminal behavior. *Alcohol & Alcoholism*. 1998; 33(1): 12-15.
32. Miranda, DS. Reflexões sobre o papel da cultura na cidade de São Paulo. *São Paulo Perspectiva*. 2000; 14(4):105-110.

33. Amorim, C. PCC-CV: a irmandade do crime. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.
34. Rodrigues, TMS. A infindável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. São Paulo Perspectiva. v.16 n.2 São Paulo 2002
35. Barber, N. Evolutionary social science: A new approach to violent crime. *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13: 237-250.
36. Caroline J., Easton, C.J., Devine, S., Scott, M., Wupperman, P. Commentary: Implications for Assessment and Treatment of Addictive and Mentally Disordered Offenders Entering Prisons. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008; 36(1): 35–37.
37. Sass, H, Erkwow, R, Rodón, A. Medico-legal aspects of alcohol, drugs and criminality in Germany. *Alcohol and alcoholism*. 1998; 33(1): 26-32.
38. Mathias, CW, Marsh-Richard, DM, Dougherty, DM. Behavioral Measures of Impulsivity and the Law. *Behav. Sci. Law*. 2008; 26: 691–707.
39. Dolan, SL, Bechara, A, Nathan, P. Executive Dysfunction as a Risk Marker for Substance Abuse: The Role of Impulsive Personality Traitsy. *Behav. Sci. Law*. 2008; (26): 799–822.
40. Duarte, PC, Carlini-Cotrim, B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba. *J. Bras Dep Quim*. 2000;1(1): 17-25.
41. Gunter, T.D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B., Black, D.W. Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008; 36(1):27–34.
42. Romano, M, Duailibi, S, Pinsky, I, Laranjeira, R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(4): 495-501.
43. Edwards, G., Marshal, E. J. & Cook, C. H. O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas,1999.

44. Laranjeira, R. et al. Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003.
45. Pratt, G, Adan, A, Perez, MP, Turet, MS. Neurocognitive effects of alcohol hangover. *Addictive Behaviors*. 2008; 33(1): 15–23.
46. Gawryszewski, V P, Kahn, T, Jorge, M H P M. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(4): 627-33.
47. Smith, GS, Branäs, CC, Miller, TR. Fatal Nontraffic Injuries Involving Alcohol: a Metaanalysis. *Annals of Emergency Medicine*. 1999; 33(6): 659-668.
48. Ingemann-Hansen O, Brink O. City centre violence. *Journal of clinical forensic medicine*. 2004; 11(6): 303-307.
49. Ellenhorn, MJ. Ellenhorn's medical toxicology diagnosis and treatment of human poisoning. 2.ed. Pennsylvania: Williams & Wilkins, 1997.
50. Ribeiro, M, Dunn, J, Sesso, R, Dias, A.C, Laranjeira, R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2006; 28(3):196-202.
51. Everitt, BJ, Belin, D, Economidou, D, Pelloux, Y, Dallins, JB, Robbins, TW. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philos Trans R Soc Lon B Biol Sci*. 2008; 363 (1507): 3125-35.
52. Belin, D, Mar, A D, Dalley, JD, Robbins, TW, Everitt, BJ. High Impulsivity Predicts the Switch to Compulsive Cocaine-Taking. *Science*. 2008; 320(5881):1352-55.
53. Moeller, G.D., Dougherty, D.M., Barratt. E. S., Oderinde, V., Mathias, C.W., Harper, R.A., Swann, A. C. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and alcohol dependence*. 2002; 68 (1): 105-111.

54. Childress, AC, Mozley, D, McElgin, W, Fitzgerald, J, Reivich, M., O' Brien, CP. Limbic Activation During Cue-Induced Cocaine Craving. *Am J Psychiatry*.1999;156(1),11-18.
55. Nnadi, C, Olubansile A, Mimiko, OA, McCurtis, HL, Cadet, JL Neuropsychiatric effects of cocaine use disorders. *J Natl Med Assoc*. 2005; 97(11): 1504–1515.
56. Martin, S; Bryant, K. Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of substance abuse*. 2001; 13(4): 563-81.
57. Gossop, M., Witton, J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and alcohol dependence*. 2005; 79(3): 295-302.
58. Elkashef, A, Vocci, F, Huestis, M, Haney, M, Budney, A, Gruber, A, el-Guebaly, N. Marijuana neurobiology and treatment. *Subst Abus*. 2008; 29(3):17–29.
59. Ashton, C. H. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178:101-6.
60. Johns, A. Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry* 2001. (178):116-22.
61. Ribeiro, M, Marques, ACPR, Laranjeira, R, Alves, HMN, Araújo, MR *et al*. Abuso e dependência da maconha. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2005; 51(5): 247-249.
62. Van der Meer Sanchez Z., Nappo S.A. Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):420-30.
63. Baltieri, D A; Strain, EC; Dias, JC; Scivoletto, S, Malbergier, S, Nicastri, S; Jerônimo, C; Andrade, A G. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004; 26(4): 259-269.
64. Andrade, J.T. The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: a review of the research. *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13(4): 328–335.

65. Sacks, S., Cleland, C. M., Melnick, G., Flynn, P.M., Knight, K., Friedmann, P.D., Prendergast, M.L., Coen, C. Violent Offenses Associated with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Problems: Evidence from CJDATSy . *Behav. Sci. Law.* 2009; 27: 51–69.
66. Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S.C., Steinberg, J.L., Moeller, F.G. Trait impulsivity and response inhibition in antisocial personality disorder. *Journal of Psychiatry research.* 2009; 43(12):1057-1063.
67. Ball, S, Cobb-Richardson, P, Connolly, A, O’Neill, TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry.* 2005; 46(5): 371-379.
68. Field, M, Cox, WM. Attentional bias in addictive behaviors: a review of its development, causes and consequences. *Drug and Alcohol Dependence.* 2008; 97(1-2): 1–20.
69. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (Suppl 20):22-33.
70. Amorim, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
71. Moeller, GD, Dougherty, DM. Antisocial personality disorder, alcohol, and aggression. *Alcohol research and health.* 2001; 25(1): 5-11.
72. Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse.* 1988; 7(3-4):3-16.
73. Grella, C.E., Greenwell, L., Prendergast, M., Sacks, S., Melnick, G. Diagnostic Profiles of Offenders in Substance Abuse Treatment Programs. *Behav. Sci. Law.* 2008; 26(4): 369–388.

74. Romero-Daza N, Weeks M, Singer M. 'Nobody gives a damn if I live or die': violence, drugs and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. *Medical Anthropology*. 2003; 22(3): 233–259.
75. Cusick, L. Female prostitution in Glasgow: drug use and occupational sector. *Addiction Research*. 1998; 6(2): 140–262.
76. Bellis MA, Watson FL, Hughes S, Cook PA, Downing J, Clark P, Thomson R. *Comparative views of the public, sex workers, businesses and residents on establishing managed zones for prostitution: Analysis of a consultation in Liverpool Health Place*. 2007;13(3):603-16.
77. van der Poel A, Barendregt C, van de Mheen D. Drug users' participation in addiction care: different groups do different things. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38(2):123-32.
78. Young, A. M., Boyd, C., Hubbel, A. Prostitution, drug use, and coping with psychological distress. *Journal of Drug Issues*. 2000; 30(4): 789-800.
79. Erickson P, Butters J, McGillicuddy P, Hallgren. A Crack and prostitution: gender, myths and experiences. *Journal of Drug Issues*. 2000 30(4): 767–789.
80. Azevedo, RCS, Botega, NJ, Guimarães, LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007; 29(1):26-30.
81. Laranjeira,R, Duailibi, SM, Pinsky,I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005; 27(3): 176-177.
82. Azevedo, RCS, Higa, CMH, Assunção, ISMA, Frazatto, CRG, Fernandes, RF, Goulart, W, Botega, NJ, Boscolo, MM, Sartori, RM. Treatment group for smokers: results after a two-year follow-up. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009; 55(5):593-596.
83. Moraes, E, Campos, GM, Silva, SP, Figlie, MB, Laranjeira, R. Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005; 27(4):347-348.

84. Ribeiro, MS, Ribeiro, LC, Garcia, MA, Souza, GS, Sousa, KDC, Nogueira, RD. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *J. bras. psiquiatr.* 2008; 57(3): 203-211.
85. Siqueira, MM, Garcia, MLT, Souza, RS. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. *J Bras Psiquiatr.* 2005; 54(2): 114-119.
86. Marsden J, Eastwood B, Bradbury C, Dale-Perera A, Farrell M, Hammond P, Knight J, Randhawa K, Wright C. *The Lancet.* 2009; 374(9697): 1262-1270
87. Henderson, DJ, Boyd, C, Mieczkowski, T. Gender, relationships, and crack cocaine: A content analysis. *Research in Nursing and Health.* 2007; 17(4), 265-272.
88. Passos, SRL, Camacho, LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Rev. Saúde Pública.* 1998, 32(1): 64-71.
89. Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems ¾1: the barriers to help-seeking. *Br J Addict.* 1986; 81:777-88.
90. Beverly Powis, B., Griffiths,P. , Gossop,M., Strang, J. The Differences between Male and Female Drug Users: Community Samples of Heroin and Cocaine Users Compared. *Substance Use & Misuse.* 1996; 31(5): 529-543.
91. Etten, MLV, Neumark, YD, Anthony, JC. Male and female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction.* 1999; 94(9): 1413-1419.
92. Chang, G.; Behr, H.; Goetz, M.A. et al. \_ Women and alcohol abuse in primary care. Identification and intervention. *Am J Addict.* 1997; 6(3): 183-92.
93. [http://www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs06/pdf/iprs\\_MunicipioCampinas.pdf](http://www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs06/pdf/iprs_MunicipioCampinas.pdf). Acessado em 21.04.2010.
94. Figlie, N, Fontes, A, Moraes, E, Paya, R. Children of addicted parents with bio-psychosocial risk factors: do they need a special care? *Rev. psiquiatr. clín.* 2004; 31(2): 53-62.

95. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(4):664-71
96. Oliveira LG, Nappo AS. Crack-cocaine in São Paulo: accessibility, market strategies and ways of use. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008; 35(6):212-218.
97. Rigotto, S. D., Gomes, W. Contexts of Abstinence and Setback in the Recovery of Chemical Dependence. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2002;18(1): 95-106.
98. [www.bpm.org.br/index.php/por/content/.../BI\\_Ano02Vol\\_jan10.pdf](http://www.bpm.org.br/index.php/por/content/.../BI_Ano02Vol_jan10.pdf). Acessado em 21.04.2010.
99. <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acessado em 21.04.2010.
100. Ringwalt CL, Palmer JH. Cocaine and crack users compared. *Adolescence*. 1989; 24(96): 851-9.
101. Ferri, CP, Laranjeira, R, Silveira, DX, Dunn, J, Formigoni, MLOS. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Rev. Assoc. Med. Bras*.1997: 43(1), 25-28.
102. Mason SJ, Deane FP, Kelly PJ, Crowe TP. Do Spirituality and Religiosity Help in the Management of Cravings in Substance Abuse Treatment? *Subst Use Misuse*. 2009;44(13):1926-40.
103. Warner J. Temperance, alcohol, and the American evangelical: a reassessment. *Addiction*. 2009 Jul;104(7):1075-84
104. van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. *Soc Sci Med*. 2008; 67(4): 638-46
105. Neff, J. A., Shorkey, C. T., & Windsor, L. C. Contrasting faith-based and traditional substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006; 30: 49-61.
106. Bandeira, M, Dias, H, Paiva, WC, Lara, LC, Stefani, LM, et al. Perfil dos pacientes alcoolistas do Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre alcoolismo (NEPA-FHEMIG). *J. bras. psiquiatr*. 1997; 46(3):133-40.

107. Barros, MBA, Marín-Leó, L, Oliveira, HB, Dalgalarrodo, P, Botega, NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. serv. saúde*. 2003; 17(4):259-270.
108. Magrinelli M, Kessler F, Pechansky F, Araújo R, Oliveira MS, Souza AC. Características do uso de cocaína em indivíduos internados em unidades de tratamento de Porto Alegre, RS. *J Bras Psiquiatr*. 2004; 53:351.
109. Winstock AR, Ford C, Witton J. Assessment and management of cannabis use disorders in primary care. *BMJ*. 2010; 1(340):1571.
110. Kandel DB, Yamaguchi K. From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *Am J Public Health* 1993;83:851-5.
111. Vasconcellos, SMM, Macedo, DS, Lima, ISP, Sousa, FCF, Fontelles, MMF, Viana, GSB. Cocaetileno:um metabólito da associação cocaína e etanol. *Rev. Psiqu. Clín.* 2001; 28(4): 207-210.
112. Parker RB, Laizure SC The effect of ethanol on oral cocaine pharmacokinetics reveals an unrecognized class of ethanol-mediated drug interactions. *Drug Metab Dispos*. 2010;38(2):317-22.
113. Schmitz JM, Stotts AL, Sayre SL, DeLaune KA, Grabowski J. Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. *Am J Addict*. 2004;13(4):333-41.
114. Nappo SA, de Oliveira EM, Morosini S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 1998; 7(3):207-12.
115. Neutel CI. The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17(3):189-97.
116. Ribeiro CS, Azevedo RC, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *Sao Paulo Med J*. 2007;125(5):270-4.

117. Pratta, EMM, Santos, MA. Reflections about the relationships among drug addiction, adolescence and family: a bibliographic review. *Estudos de Psicologia*. 2006; 11(3): 315-322.
118. Costa, MCO, Alves, MVQM, Santos, CAST, Carvalho, RC, Souza, KE, Sousa, HL. Experimentation and regular use of alcoholic beverages, cigarettes and other Psychoactive Substances (PAS) during adolescence *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(5): 1143-54
119. Fridell M., Hesse M., Billsten J. Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *Am J Addict*. 2007; 16(1):10-14.
120. Fridell M., Hesse M., Jaeger M.M., Kühlnhorn E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behavior in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav*. 2008; 33(6):799-811
121. Goldstein R.B., Compton W.M., Pulay A.J., Ruan W.J., Pickering R.P., Stinson F.S., *et al.* Antisocial Behavioral Syndromes and DSM-IV Drug Use Disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2007; 90(2-3): 145–158.
122. Messina N.P., Wish E.D., Hoffman J.A., Nemes F. Antisocial personality disorder and treatment outcomes. *J. Drug alcohol abuse*. 2002; 28(2): 197–212.
123. Zilberman, ML, Blume, SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005;27(2):51-55.
124. Gondolf EW, Foster RA. Wife assault among VA alcohol rehabilitation patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(1):74-9
125. Bhatt RV. Domestic violence and substance abuse. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;63(1):25-31.

126. D'Amico EJ, Edelen MO, Miles JN, Morral AR. The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and Alcohol Dependence* 2008; 93(1-2): 85–92
127. Doherty E.E., Green K.M., Ensminger M.E. Investigating the long-term influence of adolescent delinquency on drug use initiation. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 93(1-2): 72-84.
128. Sakai J.T., Hall S.K., Mikulich-Gilbertson S.K., Crowley T.J. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43(9): 1080-1088.
129. Johnson BR, De Li S, Larson DB et al: A systematic review of the religiosity and delinquency literature. *Journal of contemporary criminal justice.* 2000; 16(1): 32-52.
130. Goldstein R.B., Grant B.F. Three-year follow-up of syndromal antisocial behavior in adults: results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(9):1237–1249
131. Flanagan R.J., Fisher D.S. Volatile substance abuse and crime: data from U.K. press cuttings 1996-2007. *Med Sci Law.* 2008; 48(4):295-306.
132. Inciardi JÁ . Crack, crack house sex, and HIV risk. *Arch Sex Behav.* 1995; 24(3):249-69.
133. Conway, K, Swendsen, JD, Rousanville, B, Merikangas, KR. Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence.* 2002; 65: 225–234
134. Echeburúa E, De Medina RB, Aizpiri J Personality disorders among alcohol-dependent patients manifesting or not manifesting cocaine abuse: a comparative pilot study. *Subst Use Misuse.* 2009;44(7):981-9
135. Donovan JM, Soldz S, Kelley HF, Penk WE Four addictions: the MMPI and discriminant function analysis. *J Addict Dis.* 1998;17(2):41-5.

## **Anexo 1**



CEP, 20/07/07.  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 352/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 0265.0.146.000-07

### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUA RELAÇÃO COM A CRIMINALIDADE E A PROSTITUIÇÃO EM USUÁRIOS DE DOIS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINAS- SP”.**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Karina Diniz Oliveira

**INSTITUIÇÃO:** HC/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 06/06/2007

**APRESENTAR RELATÓRIO EM: 26/06/08** (O formulário encontra-se no *site* acima)

### **II - OBJETIVOS**

Investigar as relações entre o uso de substâncias Psicoativas (SPA), criminalidade e prostituição na população estudada, proveniente do Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do HC-Unicamp e do Centro De Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da região Sul de Campinas (CAPS-AD Sul), atualmente funcionando em caráter temporário no Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADEQ), nas dependências do Hospital Cândido Ferreira, em Souza.

### **III - SUMÁRIO**

Projeto de mestrado (ou doutorado?). Pretende investigar as relações entre o uso de SPA, a criminalidade e a prostituição, além de descrever os tipos de crime cometidos pelos usuários e sua relação com a SPA usada. Isso será feito através da aplicação de um questionário aos pacientes atendidos nos centros mencionados, após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os pacientes dos dois serviços citados, de ambos os sexos, com idades superiores a 18 anos, serão convidados a participar do estudo. Serão divididos em 2 grupos, um de casos novos, e outro de casos já acompanhados nos respectivos serviços nos últimos 3 anos, com um mínimo de 3 consultas prévias. A própria pesquisadora responsável (que é psiquiatra) aplicará os questionários, e se encarregará de manter o sigilo dos pacientes através da identificação dos mesmos por um código alfa-numérico. Os dados obtidos serão analisados através de testes estatísticos.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

O projeto está de acordo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.



## V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de junho de 2007.

  
**Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## Anexo 2



### Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”

Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal 3936/70  
CNPJ 46.044.368/0001-52

Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990

Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106--042  
Fone/Fax: 055 - 0XX -19 - 3758 -8600 - E-mail: [candido@candido.org.br](mailto:candido@candido.org.br)

#### COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

#### PARECER

TÍTULO: “USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUA RELAÇÃO COM A CRIMINALIDADE E A PROSTITUIÇÃO EM USUÁRIOS DE DOIS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINAS-SP.”

AUTOR: Dr<sup>a</sup> KARINA DINIZ OLIVEIRA

Acerca do pedido de parecer desta Comissão para aplicação da pesquisa sobre “USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SUA RELAÇÃO COM A CRIMINALIDADE E A PROSTITUIÇÃO EM USUÁRIOS DE DOIS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINAS-SP” apresentado pela Dr<sup>a</sup> Karina Diniz Oliveira do Ambulatório de Substâncias Psicoativas do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

O trabalho citado, foi apresentado a esta Comissão de Ética Médica, e após apreciação por seus membros foi considerado exequível e importante como pesquisa. O projeto contém os termos necessários à aplicação das entrevistas, não havendo impedimento do ponto de vista da ética médica. Informamos que consideramos imprescindível que o mesmo mantenha-se enquadrado nas normas e princípios de Pesquisas que envolvem seres humanos, com o cumprimento da Resolução nº 196/96, com a presença de consentimento Livre e Esclarecido a ser anexado a todos os formulários.

Campinas, 12 de junho de 2007.

Dr<sup>a</sup> Régia Maria Burle Figueiredo

CRM 77.574

Dr. Jorge Márcio Pereira de Andrade

CRM 103.282

### **Anexo 3**

#### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que visa a avaliar a relação existente entre o consumo de substâncias psicoativas, criminalidade e prostituição entre usuários de serviços especializados em álcool e outras drogas da região de Campinas- SP. A participação é voluntária e você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento enquanto o questionário é realizado. Sua identidade permanecerá em sigilo e não haverá possibilidade de identificação de suas respostas ao questionário aplicado. Sua contribuição será de grande importância já que as informações ajudarão aos profissionais conhecerem melhor a relação acima exposta.

Os questionários serão avaliados e em nenhum momento será considerado quem os respondeu porque não serão identificados.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados e publicados em congressos e revistas científicas da área, mantendo-se o sigilo sobre os participantes.

Em caso de dúvida, contatar as responsáveis pela pesquisa, Dra Karina Diniz Oliveira e Dra Renata Cruz Soares de Azevedo, no Ambulatório de Substâncias Psicoativas do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo telefone (019) 3521-7514.

Telefone do CEP: (019) 3521-8936 Fax: (019) 3521-7187

Ao assinar esse termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias de igual teor, você declara que leu, compreendeu, tirou suas dúvidas e concordou em responder o questionário.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCM/Unicamp, conforme decisão número 352/2007.

#### ***Entrevistado***

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### ***Responsável pela aplicação***

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo 4

### Questionário

#### 1. Identificação

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero masc ( ) fem ( ) nsa ( )

Religião: \_\_\_\_\_

Prática religiosa: não ( ) semanal ( ) mensal ( ) nsa ( )

Escolaridade: não ( )  
alfabetizado ( )  
fundamental incompleto ( )  
fundamental completo ( )  
médio ( )  
superior ( )  
pós graduação ( )  
nsa ( )

Profissão: \_\_\_\_\_

Exerce não ( ) sim ( ) nsa ( )

Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Se não, qual a situação: afastado ( )  
desempregado ( )  
aposentado ( )  
outra ocupação ( )  
nsa ( )

Renda: até 1 SM ( )  
de 1 a 1,5 SM ( )  
de 1,5 a 3 SM ( )  
acima de 3 SM ( )  
nsa ( )

Estado Civil casado ( ) solteiro ( ) união estável ( ) separado/divorciado ( )  
viúvo ( ) nsa ( )

Filhos: não ( ) sim ( )

Quantos? \_\_\_\_\_

Moradia: Só ( )

Com parentes ( ) Quais? pais ( )

companheiro ( )

irmãos ( )

filhos ( )

pais e irmãos ( )

companheiro e filhos ( )

outros ( )

nsa ( )

Própria ( ) Alugada ( ) Instituição ( ) nsa ( )

Número de cômodos ( )

Composição da renda familiar : paciente ( ) parente ( )

mais de uma pessoa ( )

## 2. Uso de SPA

Álcool: não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )

de 12 a 15 ( )

de 15 a 18 ( )

acima de 18 anos ( )

nsa ( )

Frequência de uso: diária ( )

dias alternados ( )

três vezes por semana ( )

semanal ( )

quinzenal ( )

mensal ( )

menos que mensal ( )

abstinente há mais de 2 meses ( )

abstinente há mais de 2 anos ( )

nsa ( )

Quantidade: até 2 u.a. ( )  
de 2 a 10 u.a. ( )  
mais de 10 u.a. ( )  
nsa ( )

Período de pior uso:

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

padrão: até 2 u.a. ( )  
de 2 a 10 u.a. ( )  
mais de 10 u.a. ( ) nsa ( )

freqüência: diária ( )  
dias alternados ( )  
três vezes por semana ( )  
semanal ( )  
quinzenal ( )  
mensal ( )  
menos que mensal ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( )

**Canabíoides:** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( )  
de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( ) nsa ( )

Freqüência de uso diária ( )  
dias alternados ( )  
três vezes por semana ( )  
semanal ( )  
quinzenal ( )  
mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )

abstinente há mais de 2 anos ( )

nsa ( )

Quantidade: até 2 gramas ( )  
de 2 a 5 gramas ( )  
mais de 5 gramas ( )  
nsa ( )

Via : ingerida ( ) inalada ( ) nsa ( )

Período de pior uso: Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão até 2 gramas ( )  
de 2 a 5 gramas ( )  
mais de 5 gramas ( )  
nsa ( )

Frequência: diária ( )  
dias alternados ( )  
três vezes por semana ( )  
semanal ( )  
quinzenal ( )  
mensal ( )  
menos que mensal ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Cocaína:** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( )  
de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( )  
nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )

abstinente há mais de 2 meses ( )

abstinente há mais de 2 anos ( )

nsa ( )

Via: inalada ( ) endovenosa ( ) oral ( ) retal ( ) inalada e endovenosa ( ) nsa ( )

Quantidade até 2 gramas ( )

de 2 a 5 gramas ( )

de 2 a 5 gramas ( )

mais de 5 gramas ( )

nsa ( )

Período de pior uso há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 2 gramas ( )

de 2 a 5 gramas ( )

mais de 5 gramas ( )

nsa ( )

Frequência: diária ( )

dias alternados ( )

três vezes por semana ( )

semanal ( )

quinzenal ( )

mensal ( )

menos que mensal ( )

nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Crack:** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )

de 12 a 15 ( )

de 15 a 18 ( )

acima de 18 anos ( )

nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )

três vezes por semana ( ) semanal ( )

quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

Quantidade: até 20 mgramas ( )  
de 20 a 50 mgramas ( )  
de 50 a 100 mgramas ( )  
nsa ( )

Período de pior uso há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quantidade : até 20 mgramas ( )  
de 20 a 50 mgramas ( )  
de 50 a 100 mgramas ( )  
nsa ( )

Frequência: diária ( )  
dias alternados ( )  
três vezes por semana ( )  
semanal ( )  
quinzenal ( )  
mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Opióides:** não ( ) sim ( ) nsa ( )  
Idade de início: até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( ) de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( )  
nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

Via: Inalada ( )  
Endovenosa ( )  
cutânea ( )  
oral ( )  
retal ( )  
oral e endovenosa ( )  
nsa ( )

Quantidade: até 30 mgramas ( )  
de 30 a 60 mgramas ( )  
de 60 a 100 mgramas ( )  
mais de 100 mgramas ( )  
nsa ( )

Período de pior uso: há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 30 mgramas ( )  
de 30 a 60 mgramas ( )  
de 60 a 100 mgramas ( )  
mais de 100 mgramas ( )  
nsa ( )

Frequência: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Sintéticos:** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( )  
de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( )  
nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

Via: Inalada ( )  
Endovenosa ( )  
cutânea ( )  
oral ( )  
retal ( )  
nsa ( )

Quantidade: até 30 mgramas ( )  
de 30 a 60 mgramas ( )  
de 60 a 100 mgramas ( )  
mais de 100 mgramas ( )  
nsa ( )

Período de pior uso: há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 30 mgramas ( )  
de 30 a 60 mgramas ( )  
de 60 a 100 mgramas ( )  
mais de 100 mgramas ( )  
nsa ( )

Frequência: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Benzodiazepínicos:** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( )  
de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( )  
nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

Via: Inalada ( )  
Endovenosa ( )  
cutânea ( )  
oral ( )  
retal ( )  
nsa ( )

Quantidade até 3 comprimidos ( )  
de 3 a 6 comprimidos ( )  
de 6 a 10 comprimidos ( )

mais de 10 comprimidos ( )

nsa ( )

(1 comprimido : dose equivalente a clonazepam de 2 mg)

Período de pior uso há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 3 comprimidos ( )

de 3 a 6 comprimidos ( )

de 6 a 10 comprimidos ( )

mais de 10 comprimidos ( )

nsa ( )

(1 comprimido : dose equivalente a clonazepam de 2 mg)

Frequência: diária ( ) dias alternados ( )

três vezes por semana ( )

semanal ( ) quinzenal ( )

mensal ( ) menos que mensal ( )

abstinente há mais de 2 meses ( )

abstinente há mais de 2 anos ( )

nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Solventes** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )

de 12 a 15 ( )

de 15 a 18 ( )

acima de 18 anos ( )

nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )

três vezes por semana ( ) semanal ( )

quinzenal ( ) mensal ( )

menos que mensal ( )

abstinente há mais de 2 meses ( )

abstinente há mais de 2 anos ( )

nsa ( )

Via: Inalada ( )  
Endovenosa ( )  
cutânea ( )  
oral ( )  
retal ( )  
nsa ( )

Quantidade: até 100 ppm ( )  
de 100 a 200 ppm ( )  
mais de 200 ppm ( )  
Nsa ( )

Período de pior uso: há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 100 ppm ( )  
de 100 a 200 ppm ( )  
mais de 200 ppm ( )  
nsa ( )

Frequência: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Anfetaminas** : não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( )  
de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( )  
nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

Via: Inalada ( )  
Endovenosa ( )  
cutânea ( )  
oral ( )  
retal ( )  
nsa( )

Quantidade: até 3 comprimidos ( )  
de 3 a 6 comprimidos ( )  
de 6 a 10 comprimidos ( )  
mais de 10 comprimidos ( )  
nsa ( )

Período de pior uso: há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 3 comprimidos ( )  
de 3 a 6 comprimidos ( )  
de 6 a 10 comprimidos ( )  
mais de 10 comprimidos ( )  
nsa ( )

Frequência: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( ) Diminuiu ( ) Manteve-se ( ) nsa ( )

**Outros** não ( ) sim ( ) nsa ( )

Idade de início: até 12 anos ( )  
de 12 a 15 ( )  
de 15 a 18 ( )  
acima de 18 anos ( )  
nsa ( )

Frequência de uso: diária ( ) dias alternados ( )  
três vezes por semana ( ) semanal ( )  
quinzenal ( ) mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

Via: Inalada ( )  
Endovenosa ( )  
cutânea ( )  
oral ( )  
retal ( )  
nsa ( )

Quantidade: até 3 comprimidos ( )  
de 3 a 6 comprimidos ( )  
de 6 a 10 comprimidos ( )  
mais de 10 comprimidos ( )  
nsa ( )

Período de pior uso: há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Padrão: até 3 comprimidos ( )  
de 3 a 6 comprimidos ( )  
de 6 a 10 comprimidos ( )  
mais de 10 comprimidos ( )  
nsa ( )

(de acordo com a substância, usar uma medida)

Frequência:                      diária ( )      dias alternados ( )  
três vezes por semana ( )    semanal ( )  
quinzenal ( )    mensal ( )  
menos que mensal ( )  
abstinente há mais de 2 meses ( )  
abstinente há mais de 2 anos ( )  
nsa ( )

A quantidade usada, desde o início do uso:

Aumentou ( )    Diminuiu ( )    Manteve-se ( )    nsa ( )

### 3. Tratamento:

História de tratamento anterior:

Ambulatorial    duração \_\_\_\_\_

Medicamentoso duração \_\_\_\_\_

Internação    número: \_\_\_\_\_ duração de cada internação \_\_\_\_\_

tipo:            comunidade ( )    psiquiátrica ( )    clínica ( )    nsa ( )

Psicoterapia ( ) duração \_\_\_\_\_    individual ( )    grupal ( )    nsa ( )

Terapia ocupacional ( ) duração \_\_\_\_\_    individual ( )    grupal ( )    nsa ( )

Tratamento atual

Ambulatorial ( ) duração \_\_\_\_\_

Medicamentoso ( ) duração \_\_\_\_\_

Internação    número: \_\_\_\_\_ duração de cada internação \_\_\_\_\_

Tipo:            comunidade ( )    psiquiátrica ( )    clínica ( )    nsa ( )

Psicoterapia:            ( ) duração \_\_\_\_\_            individual ( )

grupal ( )    nsa ( )

Terapia ocupacional ( ) duração \_\_\_\_\_    individual ( )

grupal ( )    nsa ( )

Adesão:    não ( )    sim ( )    nsa ( )

Grupos de mútua ajuda: não ( ) sim ( ) nsa ( )

Modificações na vida laboral: não ( ) sim ( ) nsa ( )

melhora nas relações de trabalho ( )

conseguiu emprego ( )

promovido ( )

piora nas condições de trabalho ( )

demitido após início do tratamento ( )

Atribui as modificações ao tratamento não ( ) sim ( ) nsa ( )

Modificações na vida familiar não ( ) sim ( ) nsa ( )

melhora nas relações familiares ( )

piora nas relações familiares ( )

Atribui essas modificações ao tratamento não ( ) sim ( ) nsa ( )

Modificações na vida social não ( ) sim ( ) nsa ( )

Melhora ( )

Piora ( )

Atribui essas modificações ao tratamento? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Modificações na vida criminal não ( ) sim ( ) nsa ( )

Não cometeu mais crimes após início do tratamento ( )

Diminuiu os problemas criminais após início do tratamento ( )

Aumentou o cometimento de atos criminosos após o início do tratamento ( )

Atribui essas modificações ao tratamento? não ( ) sim ( ) nsa ( )

#### **4. Criminalidade**

Já teve problemas judiciais? não ( ) sim ( ) nsa ( )

*Qual delito? Art. CPB* \_\_\_\_\_

Sob efeito de SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

A substância foi usada para cometer o crime? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Para adquirir SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

Fase do processo: Não houve Boletim de Ocorrência ( )

Boletim de ocorrência ( )

Inquérito ( )

Processo ( )

Julgamento ( )

Nsa ( )

Condenação não ( ) sim ( ) nsa ( )

Foi preso? não ( ) sim ( ) nsa ( )

*Qual delito? Art. CPB* \_\_\_\_\_

Sob efeito de SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

A substância foi usada para cometer o crime? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Para adquirir SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

Fase do processo: Não houve Boletim de Ocorrência ( )

Boletim de ocorrência ( )

Inquérito ( )

Processo ( )

Julgamento ( )

Nsa ( )

Condenação não ( ) sim ( ) nsa ( )

Foi preso? não ( ) sim ( ) nsa ( )

*Qual delito? Art. CPB* \_\_\_\_\_

Sob efeito de SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

A substância foi usada para cometer o crime? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Para adquirir SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

Fase do processo: Não houve Boletim de Ocorrência ( )

Boletim de ocorrência ( )

Inquérito ( )

Processo ( )

Julgamento ( )

Nsa ( )

Condenação não ( ) sim ( ) nsa ( )

Foi preso? não ( ) sim ( ) nsa ( )

*Qual delito? Art. CPB* \_\_\_\_\_

Sob efeito de SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( ) Qual ou  
quais SPA? \_\_\_\_\_

A substância foi usada para cometer o crime? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Para adquirir SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

Fase do processo: Não houve Boletim de Ocorrência ( )

Boletim de ocorrência ( )

Inquérito ( )

Processo ( )

Julgamento ( )

Nsa ( )

Condenação: não ( ) sim ( ) nsa ( )

Foi preso? não ( ) sim ( ) nsa ( )

*Qual delito? Art. CPB* \_\_\_\_\_

Sob efeito de SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( ) Qual ou  
quais SPA? \_\_\_\_\_

A substância foi usada para cometer o crime? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Para adquirir SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual ou quais SPA? \_\_\_\_\_

Fase do processo: Não houve Boletim de Ocorrência ( )  
Boletim de ocorrência ( )  
Inquérito ( )  
Processo ( )  
Julgamento ( )  
Nsa ( )  
Condenação: não ( ) sim ( ) nsa ( )  
Foi preso? não ( ) sim ( ) nsa ( )

## 5. Prostituição

Já teve relações sexuais em troca de SPA ou de dinheiro para comprá-las?

não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual SPA? \_\_\_\_\_

Sob efeito de SPA? não ( ) sim ( ) nsa ( )

Qual SPA? \_\_\_\_\_

Relação homossexual ( )

Relação heterossexual ( )

Ambas ( )

Uso de preservativo ( ) sempre  
( ) na maioria das vezes  
( ) eventualmente  
( ) nunca

## Anexo 5

### M.I.N.I.

#### J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
J2	<b>Durante os últimos 12 meses:</b>			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7

g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?

NÃO SIM

8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

*DEPENDÊNCIA DE  
ÁLCOOL  
ATUAL*



O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ? NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a Ficou embriagado ou de “ressaca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?

NÃO SIM

9

COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS

: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

<p><b>NÃO</b>      <b>SIM</b></p> <p><i>ABUSO DE ÁLCOOL</i></p> <p><b>ATUAL</b></p>
---

## K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

51 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?

→  
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

**K Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE 2 SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:**

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?   | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) )? |     |     |   |
|   | Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?  | NÃO | SIM | 2 |
|   | COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO   |     |     |   |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?  | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?  | NÃO | SIM | 4 |



**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8  
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

**HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?**

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

\_\_\_\_\_

**NÃO SIM**

***ABUSO DE  
SUBSTÂNCIAS(S)***

***ATUAL***

## TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

---

### P1 Antes dos 15 anos:

- |   |  |     |     |
|---|--|-----|-----|
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?      | NÃO | SIM |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM |
| c | Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?                         | NÃO | SIM |
| d | Destruiu ou incendiou coisas porque quis?                            | NÃO | SIM |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?                           | NÃO | SIM |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você?                       | NÃO | SIM |



HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?

NÃO SIM

- P2 Não cotar “SIM” as respostas abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

### Depois dos 15 anos:

- |   |   |     |     |
|---|---|-----|-----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário? | NÃO | SIM |
|---|---|-----|-----|

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| b Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM |
| c Frequentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?                                   | NÃO | SIM |
| d Frequentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?       | NÃO | SIM |
| e Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?   | NÃO | SIM |
| f Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?           | NÃO | SIM |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO      SIM

**TRANSTORNO DA  
PERSONALIDADE**

**ANTI-SOCIAL**

***VIDA INTEIRA***

## Anexo 6

Resultados da regressão logística múltipla para estudo dos fatores associados a crimes contra o patrimônio

Resposta: patrimonio sim=39 x não=35 x nenhum=109							
IC95%	Variável	referencia	patrimônio	parâmetro	erro	p-valor	OR
				Estimado	padrão		
	Intercepto		sim x nenhum	-2.7933	0.4024	<.0001	
	Intercepto		não x nenhum	-1.6745	0.2592	<.0001	
15.382	solvente	sim x não	sim	2.7332	0.5109	<.0001	
							5.652;41.866
3.375	solvente	sim	não	1.2164	0.4618	0.0084	
							1.365; 8.344
0.802	anfetami	sim x não	sim	-0.2208	0.9424	0.8147	
							0.126; 5.084
4.304	anfetami	sim	não	1.4595	0.7010	<b>0.0373</b>	
							1.089;17.004
13.066	tpmodif	sim x não	sim	2.5700	0.6047	<.0001	
							3.994;42.743
2.426	tpmodif	sim	não	0.8862	0.6548	0.1759	
							0.672; 8.754
<p>O crime contra o patrimônio pode ser explicado pelo uso de solvente e pelo transtorno de personalidade modificado.</p> <p>Observar que o uso de anfetaminas está relacionado com não cometer crime contra o patrimônio</p>							

## Anexo 7

Resultados da regressão logística múltipla para estudo dos fatores associados ao crime de homicídio (não exclusivo).

Resposta: homicídio sim=15 x não=59 x nenhum=109							
IC95%	Variável	referencia	homicidio	parâmetro	erro	p-valor	OR
				Estimado	padrão		
	Intercepto		sim x nenhum	-3.1740	0.4769	<.0001	
	Intercepto		não x nenhum	-1.5315	0.2425	<.0001	
	solvente	sim x não	sim	1.7720	0.6390	<b>0.0056</b>	5.883
1.681; 20.583							
	solvente	sim	não	1.9772	0.3977	<.0001	7.222
3.313; 15.746							
	tpmodif	sim x não	sim	2.5523	0.6980	<b>0.0003</b>	12.836
3.268; 50.421							
	tpmodif	sim	não	1.6228	0.5456	0.0029	5.067
1.739; 14.764							

## Anexo 8

Resultados da regressão logística múltipla para estudo dos fatores associados ao crime de lesão corporal (exclusivo).

Resposta: lesão corporal sim=15 x não=59 x nenhum=109						
OR	Variável	referencia	lesão corporal	parâmetro	erro	p-valor
	IC95%			Estimado	padrão	
			sim x nenhum	-2.1274	0.3189	<.0001
			não x nenhum	-1.9457	0.2870	<.0001
1.454	0.362; 5.848	sim x não	sim	0.3744	0.7101	0.5981
11.025	4.847;25.079	sim	não	2.4002	0.4193	<.0001
2.506	0.451;13.923	sim x não	sim	0.9187	0.8749	0.2937
8.167	2.755;24.212	sim	não	2.1001	0.5545	<b>0.0002</b>
<p>O crime de lesão corporal pode ser explicado pelo uso de solvente.</p> <p>Observar que o transtorno de personalidade está relacionado com não cometer crime de lesão corporal</p>						