

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCOL**

MARILÉIA BUSS DELA JUSTINA

**IMPACTOS DO TRATAMENTO CLÍNICO DE USUÁRIOS DE
CRACK SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Willians Cassiano Longen.

**CRICIÚMA-SC
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

D357i Della Justina, MariléiaBuss.

Impactos do tratamento clínico de usuários de crack sobre a qualidade de vida / MariléiaBuss Della Justina. - 2018.

81 p. : il.; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

Orientação: Willians Cassiano Longen.

1. Drogas – Abuso – Tratamento. 2. Viciados em drogas – Tratamento. 3. Cocaína. 4. Crack (Drogas). 5. Qualidade de vida. I. Título.

CDD 23. ed. 362.298



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
Pró-Reitoria Acadêmica
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - (Mestrado Profissional)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 31. De 26.01.2016

PARECER

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado de Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) reuniram-se para realizar arguição da defesa de Mestrado apresentada pela candidata **Mariléia Buss Della Justina** sob o título “**IMPACTOS DO TRATAMENTO CLÍNICO DE USUÁRIOS DE CRACK SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**” para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do extremo Sul Catarinense – UNESC.

Após haver o referido trabalho e arguido a candidata, os membros são de parecer pela “**APROVAÇÃO**” na dissertação com conceito: A .

Criciúma, SC, 26 de março de 2018.

Assinatura Membros da Banca Examinadora:



Prof. Dr. WILLIANS CASSIANO LONGEN (Orientador)



Profa. Dra. FABIANE FERRAZ (Membro/PPGSCol/UNESC)



Profa. Dra. SAMIRA VALVASSORI (Membro Externo/UNESC)

Dedico este trabalho a meu esposo
Marciel.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo meus agradecimentos são a Deus pela vida e pelas oportunidades que ele me proporciona.

Agradeço a meu esposo Marciel pelo apoio e incentivo em toda esta etapa.

Agradeço a minha família nas pessoas de minha mãe Ana, meu pai Marcos e meus irmãos Marcio e Marcelo que nunca mediram esforços para me ajudar no que fosse ao alcance.

Na pessoa do meu orientador Willians, quero agradecer a todos os professores que de alguma forma proporcionaram conhecimento.

Agradeço a todos os funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga que de alguma forma colaboraram com a minha pesquisa, de maneira especial ao Coordenador da Clínica para Dependentes Químicos Evander e a Técnica de Enfermagem Meri.

“O espírito humano é mais forte que qualquer droga! É isso que precisa ser alimentado, com trabalho, lazer, família. É isso que é importante... E foi disso que nós esquecemos... das coisas mais simples...”

(Extraído do filme Tempo de Despertar).

RESUMO

O uso de drogas no Brasil vem se tornando uma séria questão de saúde pública. O crack por sua vez mesmo sendo uma droga relativamente nova já apresenta números expressivos. Segundo dados da Fiocruz em uma pesquisa realizada, somente nas capitais brasileiras cerca de 370 mil pessoas fazem uso da droga, ou seja, 0,81% da população dessas cidades. As consequências do seu uso envolvem várias dimensões dentre elas de ordem fisiológica, psicológica e social que necessitam de diferentes modelos de intervenção bem como políticas públicas de prevenção e eficazes para nortear o atendimento. O objetivo deste estudo foi analisar os impactos causados aos usuários de crack referentes à Qualidade Vida pré e pós-tratamento clínico. O estudo teve uma amostra de 32 usuários de crack que iniciaram o tratamento e 20 destes que concluíram o tratamento em uma Clínica de Reabilitação. O estudo foi realizado no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018 utilizando como instrumento de coleta de dados, o WHOQOL-Bref para qualidade de vida e um questionário simples para identificação dos participantes. Os dados foram analisados estatisticamente pelo software SPSS, sendo realizado teste Qui-Quadrado a partir da classificação de cada domínio entre os dependentes para o início e o final do tratamento. Além disso, foi traçado um perfil dos participantes, elencando a idade, o tempo de uso do crack, número de internações, dias de abstinência na internação, condições de emprego e forma como chegaram até a clínica. A idade média foi de 32,25 anos, o tempo de uso do crack foi em média 12,18 anos, o número de internações foi de 3,06 internações em média, sendo que os usuários estavam em média há 3,53 dias sem uso da droga, os encaminhamentos foram em maior parte feitos pelo CAPS (dos 32 usuários 19 chegaram através deste serviço), e referente às condições de emprego, 24 indivíduos apresentavam-se desempregados no momento da pesquisa. No que diz respeito à Qualidade de Vida global, domínio físico, domínio psicológico, domínio social e domínio ambiental, todos mostraram diferença estatística relevante do período pré-tratamento clínico para o período pós-tratamento clínico ($p < 0,05$), demonstrando que o tratamento tem resultado positivo para o usuário, já para a classificação do apoio recebido não houve diferença estatística significativa do início para o final do tratamento. Entretanto o tratamento do usuário de crack deve sempre considerar os impactos causados previamente, auxiliando os usuários a gerenciar e superar todos esses déficits físicos, psicológicos, sociais e ambientais a fim de promover mesmo que pequenos e curtos períodos de recuperação.

Palavras-chave: Cocaína. Crack. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

In Brazil, illicit drugs consumption has becoming a serious problem of public health. Crack, even being a recent type of drug, presents expressive consumers' amount. According to Fiocruz, in Brazilian capital cities, around 370 thousands of people use this kind of drug, representing 0.81% of total population of such cities. The consequences of crack consume englobes several dimensions, including physiological, psychological and social, that need different intervention models, as well as public policies for prevention and which are effective to guide the treatment. Main aim of this study was to evaluate the impacts of crack consume touses, regarding life quality, between the beginning and the end of clinical treatment of such users. For that, study had a 32 male crack users sample that started the treatment and, among them, 20 which concluded the treatment in a Rehabilitation Clinic. Study was conducted from September 2017 to January 2018 using, for data collection, Whoqol-Bref, for life quality assessment, and a simple identification questionnaire for participants. Obtained data were statistically analysed in software SPSS, by Chi-square test, comparing each domain between cases before and after the treatment. Moreover it was laid out a profile of the participants regarding to the age, time of crack consumption, number of hospitalizations, days of abstinence at hospitalization, job conditions and the way they got to the clinic. Average age was 32.25 years old, period of crack consumption among the in-patients was 12.18 years, with average number of hospitalizations of 3.06, and most of the routings was done by CAPS (19 of 32) and regarding to job conditions, 24 individuals were unemployed at hospitalization. Regarding to global life quality, physical domain, psychological domain, social domain and environmental domain, all of them had significant statistical difference ($p < 0,05$) between cases before and after treatment, showing that the treatment causes good results to patients. On the other hand, to received support parameter, it was not observed significantly statistical difference from beginning to end of treatment. However, crack user's treatment need to deal with all those previously caused impacts, assisting the users for managing and overcoming the physical, psychological, social and environmental deficits, aiming to promote, even being short and small, recuperation periods.

Keywords: Cocaine. Crack. Life quality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados de caracterização da amostra pré-tratamento clínico (n=32)	47
Tabela 2 - Distribuição dos dados quanto à caracterização pós-tratamento clínico	48
(n=20).....	48
Tabela 3 - Distribuição dos dados quanto aos encaminhamentos para internação	51
Tabela 4 - Distribuição dos dados quanto a QV pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico	55
Tabela 5 - Distribuição dos dados quanto ao Domínio Físico pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico	56
Tabela 6 - Distribuição dos dados quanto ao Domínio Psicológico pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico	57
Tabela 7- Distribuição dos dados quanto ao Domínio Social pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico.....	58
Tabela 8 - Distribuição dos dados quanto ao Domínio Ambiental pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico	59
Tabela 9 - Distribuição dos dados quanto ao Apoio recebido pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
SNC	Sistema Nervoso Central
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
PNAD	Política Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
WHOQUOL-BREF	World Health Organization Quality of Life InstrumentBref
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
SPSS	Statistical Package for the Social Sciencies

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
2.1 CRACK	28
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO CRACK	31
2.3 IMPACTOS DO USO DO CRACK RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA	34
2.4 MECANISMOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	36
2.5 TRATAMENTOS DOS USUÁRIOS DE CRACK	38
3 OBJETIVOS	41
3.1 OBJETIVO GERAL.....	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4 MATERIAIS E MÉTODOS	42
4.1 DESENHO DO ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA	42
4.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS	42
4.2.1 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados	42
4.2.1.1 Questionário de Qualidade de Vida	43
4.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DAS AMOSTRAS	43
4.3.1 Avaliação da qualidade de vida	43
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	44
4.5 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA	44
4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	44
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	46
5.2. QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE CRACK PRÉ E PÓS-TRATAMENTO CLÍNICO	53
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE (S)	69
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
APÊNDICE B - ORIENTAÇÕES REFERENTES À COLETA DE DADOS	71
ANEXO (S)	72
ANEXO A - WHOQOL-BREF	73

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA
..... **81**

1INTRODUÇÃO

O uso abusivo e/ou a dependência têm se tornado um grande desafio para a sociedade, tanto pelas consequências individuais quanto coletivas, afetando de maneira direta o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (NARVAEZ et al., 2015). A dependência de crack pode ser considerada como uma das mais sérias dentre todos os quadros de consumo problemático de drogas, por causa de seus efeitos fisiológicos quase imediatos (BASSO; FOLADOR, 2017).

As consequências individuais associadas ao abuso de drogas são conhecidas, entretanto o impacto social não é mensurável. Esse contexto tem contribuído para o reforço do estigma e da dificuldade por parte dos diferentes setores da assistência envolvidos na clínica da dependência química em formar e articular uma rede de cuidado eficiente (DAVID et al., 2016).

O fenômeno das drogas é complexo e multicausal, não tem limites territoriais, sociais ou etários, afetando significativamente crianças e adolescentes. O uso de crack e outras drogas tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde da população, tais como: acidentes de trânsito, as agressões, as depressões clínicas e os distúrbios de conduta, devendo também ser ressaltado o comportamento de risco no âmbito sexual e o uso de drogas injetáveis, que são associados à transmissão do HIV (RAMIRO; TUCCI, 2014).

Souza e Kantorski (2007) citam ainda que entre os danos causados para a sociedade estão a violência, altas taxas de mortalidade, problemas de relacionamento familiar e aumento das despesas com a saúde do país, devido à alta demanda hospitalar com internações e atendimentos por profissionais de saúde. Em relação aos danos causados aos indivíduos, pode haver desencadeamento de problemas hepáticos, pulmonares, cardíacos e renais que agravados levam à morte (BALBINOT et al., 2011; CARLINI et al., 2011). As lesões renais podem envolver vários tipos de disfunções como alterações hemodinâmicas, na matriz glomerular, síntese, degradação e estresse oxidativo. As alterações no metabolismo hepático podem causar inflamação nos hepatócitos e causar complicações (ETCHEPARE et al., 2011).

Outros problemas causados são os cognitivos (dificuldades na aprendizagem, atenção e memória, depressão, alterações de humor e comportamento), dessa forma também novos biomarcadores estão sendo pesquisados na busca de condições para identificar alterações de degeneração cerebral decorrente ao uso do crack, entre eles uma

neurotrofina, o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF)(HAMERSKI et al., 2014). Problemas físicos (tremores, câibras, náuseas, vômitos e taquicardia), psíquicos (transtorno de ansiedade e insônias) e alterações dos hábitos alimentares e estado nutricional também são observados(AQUINO et al., 2014).

No aparelho cardiovascular por sua vez a droga ocasiona aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial sistêmica e o notável efeito vasoconstritor podendo levar a parada cardiorrespiratória. Já no aparelho respiratório ocorrem várias alterações como tosse, expectoração enegrecida, dor torácica, redução da função respiratória e em casos mais graves pneumotórax espontânea e enfisema mediastinal(COSTA; ALVES; FRANCA, 1998).

Dessa forma podemos dizer que o abuso de crack está associado a inúmeros problemas além de psiquiátricos, social e familiar, muitos de ordem física. A ação desta substância no organismo está relacionada ao aumento do neurotransmissor dopaminérgico com duração de 5 a 10 minutos causando quase que instantaneamente euforia de curta duração, seguido de fissura e desejo por uma nova dose(ALVES; CARNEIRO, 2012).

As graves consequências do consumo de crack tornam-se conhecidas e podem ser mencionadas, citando um estudo realizado em São Paulo que encontrou 50 % dos usuários com alguma complicação. Por ser uma droga relativamente nova e já estar associada a tantos fatores, tem se tornado uma séria questão de saúde pública e que, apesar de dispormos de algum conhecimento sobre esse fenômeno ele ainda é insuficiente para o atendimento eficaz como para nortear políticas públicas de prevenção (PULCHERIO et al., 2010).

Dessa forma por entender o uso de drogas como um problema bastante complexo, no qual estão envolvidas várias dimensões, deve-se compreender a dependência química como sendo uma doença biopsicossocial. Em função disso, os modelos de tratamento necessitam de tipos de intervenções, que incluam diversas estratégias de abordagem do problema, considerando elementos biológicos, psicológicos e sociais(SOUSA et al., 2013).

Considerando que os efeitos da toxicidade aguda e crônica decorrentes a utilização do crack estão presentes em praticamente todos os órgãos, mas estando principalmente relacionado ao trato respiratório, cardiovascular, função renal e transtornos psiquiátricos, vários estudos sugerem ainda, consequências muito mais abrangentes incluindo até mesmo modificações epigenéticas(ANIER et al., 2010).

O conjunto dos impactos psicofisiológicos do crack remete a reflexões sobre todo o espectro de consequências sobre as dimensões de vida e saúde dos usuários como já citamos anteriormente, partindo desde as questões mais individuais e fisiológicas, até as mais abrangentes e coletivas relacionadas à qualidade de vida. Sendo que a dependência química pode levar a baixa qualidade de vida, pois está diretamente ligada ao desequilíbrio entre a combinação do bem-estar psicológico e a saúde física(SILVEIRA et al., 2013). Dessa forma o presente estudo aborda os impactos do tratamento clínico desses usuários de crack em relação à qualidade de vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CRACK

O Crack derivado da cocaína é um alcalóide estimulante que segundo relatos, já vem sendo usado há mais de 1200 anos, quando índios da América do Sul já faziam uso da folha *Erythroxylon coca*. Sendo que no Brasil seu consumo teve início nos primeiros anos do século XX (BALBINOT; ARAUJO, 2012). Produzido na Colômbia, Peru, Equador e Bolívia, o crack chega ao Brasil em 1989 quando se tem o primeiro relato de uso na cidade de São Paulo e é hoje, considerada uma droga muito consumida no país, especialmente neste estado onde ultrapassou as fronteiras da periferia paulista sendo adotada em todas as camadas sociais. Na década de 90 o seu uso já tem escalada em todo o mundo, no entanto, o Brasil hoje é o principal mercado desse tipo de droga tornando-se um fenômeno de saúde pública sendo chamado de epidemia do crack (PULCHERIO et al., 2010).

O crack surgiu como uma nova droga oriunda da cocaína sendo que são cristais de cocaína pura, preparada após dissolução do alcaloide em solução alcalina (bicarbonato de sódio) adicionados a elementos corrosivos como solução de bateria, solvente e pó de vidro além de medicamentos (COSTA; ALVES; FRANCA, 1998). Trata-se de uma droga psicotrópica, ilícita e estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC). Tem esse nome devido ao barulho que faz ao ser queimada (PEDROSA; REIS; GONTIJO, 2016).

O resultado da mistura que dá origem as pequenas pedras de crack são queimadas e inaladas através de um cachimbo por seus usuários, podendo ainda ser fumada com o tabaco, a maconha ou com outras substâncias. Sua absorção é instantânea, chegando rapidamente ao pulmão e a corrente sanguínea cerebral, percurso que demora de 8 a 12 segundos para se completar, com duração do efeito de 5 a 10 minutos, dados que foram comprovados através de exames de neuroimagem (SOUSA et al., 2013). Todavia um estudo brasileiro recente identificou uma nova modalidade de uso do crack, o virado, no qual a pedra da substância é transformada em pó, através da adição de ácido bórico, e utilizada de forma aspirada. Desse modo, segundo os usuários, o efeito do crack é mais duradouro e há menores níveis de desejo e paranoia (ZEFERINO et al., 2017).

O Crack, quando fumado, possui pico de ação mais imediato em comparação às demais formas de consumo da cocaína, devido ao rápido acesso das moléculas presentes na fumaça aos alvéolos pulmonares,

assim como a disponibilização na corrente sanguínea e a consequente ação junto ao sistema nervoso central(BALBINOT; ARAUJO, 2012). Sendo assim a sensação de prazer e euforia é instantânea e a fissura, vontade incontrolável de usar a droga novamente, ocorre imediatamente após o uso da primeira pedra (HORTA et al., 2016). Dessa forma o crack mesmo sendo considerada uma droga relativamente nova, apresenta alto poder dependógeno e com associação à criminalidade(PULCHERIO et al., 2010). Sendo que seu uso existe em diferentes culturas humanas, apresentando distintas funcionalidades, cenários e padrões de consumo(PEDROSA;REIS; GONTIJO,2016).

Estima-se que 246 milhões de pessoas usem drogas mundialmente, em uma prevalência global de 5,2%, em que um entre dez usuários sofrerá de dependência da droga (cerca de 27 milhões de pessoas), sendo metade usuários de drogas injetáveis e boa parcela com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). O relatório mundial sobre drogas estimou 187.100 mortes relacionadas com o uso prejudicial de drogas. Já um estudo brasileiro recente fez uma estimativa de usuários de crack regulares e/ou similares em 370 mil pessoas, o que corresponde a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do País(TEIXEIRA; ENGSTROM, 2017).

O perfil dos usuários é identificado que, em média, os usuários possuem 30 anos, cerca de 78% são homens, 80% são não brancos, a duração média do uso de drogas foi de $6,1 \pm 4,6$ anos com primeiro ao nono ano incompleto (45,6%), desempregados e/ou procurando emprego 52% e uso diário de drogas 56,4%(CASTRO; SILVA; FIGUEIROA, 2016). Nas capitais, usam o crack e/ou similar há cerca de 90 meses em média (mais de sete anos), enquanto que nas cidades do interior foi relatado o uso há 59 meses (quase cinco anos) em média, o que pode indicar uma recente interiorização do uso da substância. Outros dados relevantes indicam que o usuário tem pouco acesso aos serviços de atenção e tratamento de dependência química (cerca de 6% relatou ter tido acesso a um CAPS-AD e 4% a uma comunidade terapêutica nos 30 dias anteriores à pesquisa) e que representam uma população em situação de alta vulnerabilidade. Ainda de acordo com estudo realizado no nosso país, o crack se configura como a terceira substância ilícita mais consumida (0,7%), atrás da maconha (8,8%) e dos solventes (6,1%). É relevante destacar que o uso dessa substância entrou em evidência devido ao seu valor irrisório, facilitando a venda no mercado ilegal e a celeridade dos efeitos no indivíduo(SOARES et al., 2016).

No Brasil o mais completo estudo realizado sobre o consumo do crack foi um inquérito nacional conduzido pelo ICICT/Fiocruz em

parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. No momento da concepção da pesquisa ocorria uma ampla mobilização da mídia e de organizações de saúde em torno do tema, que se deu principalmente devido à presença de cenas de uso da droga em locais públicos (“cenas abertas”), algumas delas com um contingente expressivo de usuários, as chamadas “cracolândias” (termo pejorativo, mas de uso corrente). Estes locais são, em sua maioria, espaços que congregam indivíduos interagindo em precárias condições sanitárias, com grande visibilidade da venda e do uso do crack, onde seus usuários, em sua maioria, têm saúde debilitada, comprometida pelo uso da substância e de outros elementos contaminantes, agravos associados ao consumo e a eles sobrepostos, como diversas doenças infecciosas (ZEFERINO et al., 2017).

O inquérito revelou que grande parcela dos usuários que utilizam a droga em cenas abertas se encontra em situação de rua, obtendo dinheiro preferencialmente através de trabalho esporádico, sendo também mencionada a prostituição, o tráfico de drogas, os furtos e roubos como fontes adicionais de renda, necessárias à aquisição da droga. Entre os hábitos potencialmente associados a riscos e danos sublinhados pela pesquisa consta o compartilhamento de cachimbos e o uso concomitante de múltiplas drogas. Estarem situação de rua tem se mostrado como fator importante na motivação ao consumo da droga. Estudo com 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua nas capitais brasileiras identificou o uso na vida de derivados da coca por 24,5% e no mês por 12,6% (5,5% relativo ao crack) dos entrevistados (ZEFERINO et al., 2017). Neste mesmo período (2015 -2016) identificou-se que 22,8% da população brasileira já utilizou algum tipo de droga em sua vida, 2,9% usaram cocaína e 07% usaram crack (PAIVA et al., 2017).

Entretanto, a despeito do caráter permanente desta prática humana, ao longo do século XX vivenciou-se um cenário no qual o abuso de drogas configurou-se como um problema social e passou a exigir medidas específicas de diferentes setores sociais e governamentais. Em razão da complexidade que envolve a questão, é importante analisar o uso de drogas, bem como seus efeitos e práticas decorrentes a partir da articulação e mediação de fatores de ordem individual, sociocultural e político-econômica (RAMIRO; TUCCI, 2014).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO CRACK

Tendo em vista todos os problemas gerados pelo uso de drogas Machado e Boarini (2013) referem que dentre os diferentes desafios impostos à administração pública, o consumo e o tráfico de drogas se classificam como complexos, devido ao número de áreas que o envolvem sendo que, apresentam-se para sociedade afetando a estabilidade das estruturas políticas, econômicas, humanas, culturais e de saúde dos Estados e sociedades infligindo considerável prejuízo aos países. As questões de planejamento urbano e segurança pública aos programas de atenção, pesquisa e políticas voltadas a tal público as particularidades dos contextos, significados e formas de uso de crack trouxeram desafios ainda à espera de respostas, capazes de fornecer orientações mais efetivas que a simples repressão (RAUPP; ADORNO, 2010).

Nas primeiras décadas do século XX a problemática das drogas no Brasil considerava mais conectada as questões de segurança do que as de saúde pública dando grande enfoque para esta questão da repressão em detrimento à prevenção. Até a década de 80, as ações de redução da oferta diminuíram ou até mesmo anularam os investimentos em saúde pública e em prevenção, tratamento e reinserção social, concentrando nos âmbitos da justiça e da segurança pública grande parte dos recursos públicos destinados à problemática das drogas. Sendo que a legislação nacional sobre drogas ilícitas e a Política Nacional de Saúde, colocando as drogas como problema de saúde pública, começou a ter entrecruzamento a partir do início da década de 90 impulsionados por outros fatores desencadeantes de doença que estavam relacionados com uso de drogas como, por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (MACHADO; BOARINI, 2013).

Nesta perspectiva no ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica para o tema da redução, da demanda e da oferta de drogas, onde o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), que atuava desde 1980, foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada também a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) com o intuito de coordenar a política nacional antidrogas por meio da articulação e integração entre governo e sociedade, cabendo a ela mobilizar a criação da primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país sendo decretada como tal em agosto de 2002. Em 2004 com ampla participação popular e embasada

em dados epidemiológicos a política passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas. Cabe ressaltar ainda que estão contemplados neste loco de trabalho questões de estratégias para a abordagem da questão no país nos seguintes contextos: prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos sociais e a saúde, redução da oferta, estudo, pesquisa e avaliações (DALBOSCO, 2015).

Continuando na cronologia da evolução das políticas sobre drogas, em 2006 houve a aprovação de um novo decreto, suplantando a legislação de 1976, e em 2010 sendo aprovado pela Câmara dos Deputados o projeto de lei que propõe alteração de alguns itens da Política Pública sobre Drogas no Brasil definindo critérios atuais para a atenção aos usuários e dependentes e o financiamento das ações sobre drogas (REFLEX; SANTOS, 2012).

Todavia mesmo com toda essa evolução das políticas públicas, percebe-se que a sociedade estava despreparada para o enfrentamento do problema das drogas e esse despreparo produziu um campo fértil para o aparecimento de discursos políticos e ideológicos causando um afastamento da construção de soluções efetivas. Neste contexto apesar dos avanços documentais observados, lidar com o enfrentamento das drogas é como atirar um alvo em movimento, dada a velocidade com que novas drogas são postas em circulação e os problemas decorrentes de seu uso cada vez mais complexo, como é o caso do crack (REFLEX; ADRIELLE; SANTOS, 2012).

No ano de 2010, o Brasil iniciou um processo de sensibilização mais intenso para a necessidade de estabelecer diálogos e incentivos visando conhecer os fenômenos relacionados à dependência de crack. Com a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no SUS e o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Trata-se de um grande desafio à oferta de serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção. Nesse sentido se destaca a relevância da rede, com uma sinalização clara da participação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), da Estratégia Saúde da Família, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, da Política de Redução de Danos, dos consultórios de rua, dos centros de convivência e cultura e dos chamados “leitos de atenção integral”, especialmente aqueles vinculados aos CAPS III (com funcionamento 24 h) e aos serviços hospitalares gerais (BASSO; FOLADOR, 2017).

Tendo em vista o panorama que o crack vinha apresentando foi lançado em 2011 o Programa “Crack, é possível vencer” que de acordo com Dalbosco (2015) indicava a implementação de ações para a abordagem do tema de forma Inter setorial, estando estruturado em três eixos:

- Prevenção: ampliar as atividades de prevenção, por meio da educação e disseminação de informação.
- Cuidado: aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack por meio da ampliação dos serviços como os Consultórios de Rua, os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social, Programa de Redução de Danos, leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros.
- Autoridade: enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações inteligentes entre polícia federal e polícia estadual.

Dessa forma com as políticas e ações voltadas diretamente para a problemática das drogas, cabe ressaltar também, a política de saúde mental que propõe ações eficientes e coerentes com o desenvolvimento de uma rede de atenção e inclui a criação de novos dispositivos para abordagem de problemas relacionados ao álcool e outras drogas, que auxiliem no estabelecimento de uma rede no sentido de dar respostas mais condizentes com as necessidades reais da população e com os princípios de uma atenção psicossocial integral, interdisciplinar e comunitária. São exemplos de ações nessa direção: a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3, com prioridade para usuários de crack, álcool e outras drogas; o Plano Emergencial do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, todos em conformidade com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em vigor desde 2004(HENRIQUE et al., 2016).

As ações voltadas ao uso de drogas, por conter em suas diretrizes gerais elementos como: promoção da saúde, cuidados amplos ao ser humano, redução dos riscos a vida, prevenção, reinserção social, construção e intersetorialidade estão diretamente ligadas ao conceito ampliado de saúde(SILVEIRA et al., 2013).Entende-se que não é possível abordar a atenção ao usuário de crack sem considerar a importância da análise sobre a rede de cuidados que o cerca. Isto é, é

preciso evidenciar que tipos de fragilidades compõem essa articulação, os movimentos que o usuário faz no território, que o serviço precisa acompanhar, e os problemas na vida de familiares mais próximos. Essa análise precisa ter origem entre aqueles que cuidam de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas ou são afetados diariamente por eles, pois, como atores sociais fundamentais, também são capazes de opinar sobre a temática, tecer novas estratégias de cuidado e proporcionar novos mecanismos de gestão que incluam a diversidade de olhares que envolvem a questão(BASSO; FOLADOR, 2017).

Como já sinalizado esse debate amplo em torno da intersectorialidade, das redes de cuidados, da integralidade, que emerge na conjuntura da luta e ampliação dos direitos sociais, como umaresposta dada no âmbito da gestão das políticas públicas para construção de ações eserviços mais integrais, sintetiza-se diretamente no campo da Saúde Coletiva(SOUZA et al., 2013).

2.3IMPACTOS DO USO DO CRACK RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA

O consumo e dependência de álcool e outras drogas é um problema em nível mundial que acarreta muitas complicações clínicas e sociais.Existem níveis distintos de gravidade em padrões individuais de consumo. O Transtorno por Uso de Substâncias fica caracterizado quando existe o abuso ou a dependência de substâncias que está relacionado ao aumento do risco de consequências prejudiciais ao usuário(CAMPÊLO; BARBOSA; PORTO, 2015). Já a Qualidade de vida está definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e também em relação às suas expectativas, padrões e preocupações”. Sendo assim na assistência à saúde a qualidade de vida pode ser usada como diagnóstico e indicador do impacto físico e psicossocial que a doença causa na vida da pessoa e como medida de desfecho de tratamento (MOREIRA et al., 2015).

A introdução do conceito de Qualidade de Vida (QV)em saúde surgiu a partir da década de 1970. A tentativa de avaliar doenças crônicas em um cenário de progresso da medicina revelou que as medidas tradicionais, baseadas em exames laboratoriais e avaliações clínicas eram insuficientes para avaliar o modo como às pessoas viviam os anos acrescentados quando seguiam tratamentos que não curavam, mas permitia um controle de sintomas ou retardo de seu curso natural(CAMPÊLO; BARBOSA; PORTO, 2015).

O processo saúde-doença de uma população tem como elemento-chave a QV. Isto ocorre por envolver o caráter biológico, psicológico e social do indivíduo, e, além disso, entende-se que a percepção do indivíduo sobre a própria vida leva em conta questões físicas, psicossociais, ambientais e também a subjetividade. Quando se trata de usuários já em tratamento esse marcador (QV) pode indicar a situação na qual o indivíduo chegou à instituição e o impacto que o consumo abusivo lhe causou até aquele dado momento, a partir daí, observar como ele se comporta e adere ao tratamento e, por fim, discriminar quais foram os resultados obtidos, conferindo um feedback específico tanto para a equipe de saúde, quanto para o paciente (DE OLIVEIRA; MASCARENHAS; MELO, 2015).

A Qualidade de Vida (QV) pode ser considerada como resultado primário de tratamento, o tratamento para abuso ou dependência de substâncias deve ter um objetivo amplo de recuperação, com foco neste resultado. Assim, evidencia-se a importância dos índices de QV em serviços e pesquisas no sentido de monitorar os resultados de tratamentos (CAMPÊLO; BARBOSA; PORTO, 2015). Um dos questionários amplamente utilizado para avaliar o grau de comprometimento dos aspectos relacionados à QV (físico, psicológico, relações social e meio ambiente) é o WHOQOL-Bref. Estudos que o empregam, em especial no Brasil, são cada vez mais frequentes. O WHOQOL-Bref já possui um histórico de aplicabilidade dentro da temática da dependência química no Brasil e no mundo, sendo inclusive, apontado como ferramenta eficaz de avaliação e acompanhamento do tratamento dos dependentes (DANTAS, 2017).

Estudos recentes mostram que entre os principais focos dos danos causados pelo abuso do crack está uma redução considerável na qualidade de vida. Quando comparada entre pessoas com e sem dependência da substância foi observada que aqueles que eram dependentes apresentavam escores mais baixos em quase todos os elementos analisados, evidenciando a natureza global de comprometimento da mesma (PAIVA et al., 2017).

O dependente de drogas é doente do ponto de vista médico e social. Esse doente apresenta, em alguns casos, retardo ou hiperatividade psicomotora, déficit de ação social e familiar, redução dos cuidados consigo mesmo e padrões de sono alterados (DE OLIVEIRA; MASCARENHAS; MELO, 2015). Observando pelo aspecto socioeconômico dos usuários destacam-se o isolamento social e familiar, a marginalização por atos ilícitos, como a violência, o rompimento de laços afetivos, a perda ou o afastamento do emprego

quando a pessoa está inserida no mercado de trabalho, o caos e o pânico coletivos que corroboram para comprometer a qualidade de vida, a perda de esperança na vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde(PEDROSA;REIS; GONTIJO, 2016).

2.4 MECANISMOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química é uma doença crônica e recidivante cuja etiologia tem natureza multifatorial complexa. A dependência é reconhecida na incapacidade do indivíduo em controlar seu comportamento e embora a iniciativa de consumir drogas tenha forte componente voluntário, as alterações cerebrais decorrentes desafiam o autocontrole e a capacidade de resistir a impulsos muito intensos. Existe um sistema de recompensa cerebral que tem como função promover e estimular comportamentos que contribuem na manutenção da vida e da espécie, como a alimentação, proteção, sexo, entre outros, que quando ativado, proporcionara sensações de prazer e satisfação(CHAIN et al., 2015).

As substâncias psicoativas são capazes de ampliar em centenas de vezes a atividade deste sistema de recompensa, alterando o funcionamento cerebral. O sistema de recompensa do cérebro, também conhecido como sistema mesolímbico-mesocortical reúne a área tegmentar ventral, o núcleo accumbens, amígdala, o hipocampo, o córtex pré-frontal, giro do cíngulo e o córtex orbitofrontal sendo que o principal neurotransmissor que atua neste processo é a dopamina(OLIVEIRA, 2011).

A dopamina é o neurotransmissor sintetizado dentro do sistema de recompensa. Para sua síntese é necessária a presença do aminoácido tirosina. A dopamina tem sua origem na descarboxilação da DOPA. Em seguida, é armazenada nas vesículas dos terminais pré-sinápticos para ser liberada na fenda após um estímulo neural. Sendo que este estímulo pode ser qualquer objeto ou comportamento que causa prazer. Quando liberada na fenda, atua sobre os receptores dopaminérgicos, cujo efeito é uma sensação de bem-estar e euforia. Rapidamente após a ligação com os receptores dopaminérgicos, a dopamina é retirada da fenda. A recepção é realizada pela bomba de recepção, transportadores dopaminérgicos, encarregados de captar parte da dopamina liberada na fenda sináptica e devolve-la ao terminal pré-sináptico a fim de ser reciclada. O crack por sua vez estimula diretamente o sistema recompensa, ligando-se a bomba de recepção de dopamina e bloqueando sua ação fazendo com que mais dopamina permaneça na

fenda sináptica, aumentando sua concentração, o tempo de permanência e a intensidade de ação da dopamina sobre os seus receptores. Ocorrendo um quadro de euforia e prazer mais intenso do que quando estimulado naturalmente (RIBEIRO, 2003).

Do ponto de vista biológico, a capacidade das substâncias psicoativas em estimular o sistema de recompensa, resultando em euforia, relaxamento e bem-estar, deixaria o usuário mais propenso a repetir o consumo das mesmas, a fim de experimentar repetidamente os seus efeitos. Tal comportamento de busca ocasionaria a dependência (FORMIGONI et al., 2014).

O termo reforço é também bastante utilizado ao explicar a dependência química referindo-se ao estímulo que faz com que um determinado comportamento ou resposta se repita, devido ao prazer que causa (reforço positivo) ou ao desprazer que alivia (reforço negativo). Como as drogas de abuso aumentam a liberação de dopamina no núcleo accumbens, às pessoas podem usar drogas porque querem ter uma boa sensação (reforço positivo). No entanto muitos usuários também usam as drogas para melhorar sintomas relacionados à tristeza, ansiedade ou para aliviar sensações ruins, neste caso utilizando a droga por seu poder de reforço negativo. Enquanto o reforço positivo associa-se ao conceito de impulsividade, caracterizada por crescente excitação antes de cometer o ato, o reforço negativo se associa ao conceito de compulsão, caracterizada por ansiedade e estresse antes e alívio de tal estado negativo ao reformar o ato, isto é, o uso da substância (CHAIM et al., 2015).

Nos estados de abstinência das drogas de abuso, em geral, a pessoa apresenta sintomas opostos aos observados quando ela está sob o efeito agudo das drogas. Nesses casos, observa-se uma depleção dos níveis de dopamina (isto é, uma redução importante devida ao excesso de liberação que ocorreu durante o uso da droga), principalmente no núcleo accumbens. Provavelmente isso desencadeia um forte desejo de usar a droga novamente. Enquanto a impulsividade é predominante em estágios iniciais da dependência, a combinação desta com a compulsão exerce importante papel em estágios mais avançados, em que o comportamento de consumo passa a ser automatizado e dirigido pelo estado emocional negativo. Uma vez coexistentes impulsividade e compulsão irão compor o quadro da dependência química (FORMIGONI et al., 2014).

2.5 TRATAMENTOS DOS USUÁRIOS DE CRACK

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a dependência química caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. O indivíduo dependente prioriza o uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações (SOUSA et al., 2013).

São inúmeras as abordagens propostas para atendimento a usuários de drogas, terapia cognitivo-comportamental, treinamento de habilidades sociais, prevenção da recaída, abordagens comunitárias, familiares e vocacionais, entre outras. Todavia, não existe um modelo único de tratamento que seja direcionado aos usuários de crack, e sim a combinação de modelos e abordagens (AZEVEDO et al., 2016). Sendo que essas propostas e formas de atendimento terapêutico variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições, governamentais e não governamentais atuantes nesta área. Da abstinência total à redução de danos, da internação ao atendimento ambulatorial, dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, de programas governamentais a comunidades terapêuticas, o usuário de substâncias psicoativas, que deseja ou necessita de tratamento, dispõe de uma variedade de alternativas, devendo-se optar por aquela mais adequada ao seu perfil e/ou suas necessidades (COSTA, 2009).

Neste sentido, a dependência da droga é um transtorno que pode ser tratado, porém não há um modelo terapêutico eficaz que se aplique para todos os pacientes. A terapêutica nesses casos deve ser multidisciplinar, focando características psicossociais, buscando estratégias de controle, prevenindo recaídas, utilizando tratamento medicamentoso de psicofármacos que diminuam os efeitos ocasionados pela falta da droga (fissura). No entanto o tratamento à abstinência do crack não possui uma abordagem terapêutica que verdadeiramente finalize com os sintomas como inquietação, insônia e aspectos depressivos. Existem sim medicamentos que atenuem esses sintomas, como antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e antiepiléticos, o que depende muito de cada caso (SILVA et al., 2014). Há estudos ainda que sugerem como a terapia farmacológica utilizada no tratamento dos dependentes fármacos como vitaminas, antianêmicos, analgésicos, anti-inflamatórios, antivertiginosos, antiepiléticos, antibióticos e antiparkinsonianos (SILVA et al., 2014).

A partir de pesquisas clínicas e consensos profissionais o National Institute on Drug Abuse estabeleceu os princípios para coordenar o tratamento da dependência química:

- Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes;
- O tratamento necessita ser facilmente disponível;
- O tratamento deve atender as várias necessidades e não somente ao uso de drogas;
- O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado conforme as necessidades dos pacientes;
- Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade;
- Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento;
- Medicamentos são importantes principalmente quando combinados com terapia;
- As comorbidades deveriam ser tratadas de forma integrada;
- Desintoxicação é só o começo do tratamento;
- O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo;
- A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada;
- Avaliação sobre HIV, hepatite B e C e aconselhamento para evitar esses riscos;
- Recuperação é um processo longo e muitas vezes necessitam vários episódios de tratamento (DALBOSCO., 2015).

Todavia diversas são as barreiras para um dependente de substâncias psicoativas chegarem a um tratamento. Em países em desenvolvimento, a principal delas deve ser a não universalização, de fato, dos atendimentos pelo sistema público de saúde. Entretanto, mesmo que algumas barreiras sejam externas aos indivíduos (decorrentes, por exemplo, da precariedade no sistema de saúde ou das características dos programas de tratamento oferecidos), interessa, inicialmente, abordá-las como são subjetivamente percebidas pelos próprios sujeitos que procurarão – ou não – o atendimento (TEIXEIRA; ENGSTROM, 2017).

O crack sobrecarregou um sistema que se encontrava absolutamente combalido, desprovido de ambientes de tratamento específico e redes de atendimento integradas. Nenhum serviço ou equipamento de saúde isolado conseguirá responder as demandas do usuário de crack, não há tratamento único, por melhor que seja. Do mesmo modo estratégias de tratamento baseadas na redução de danos

para usuários de crack muitas vezes apresentam incongruências(RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Os usuários de crack são bastante heterogêneos, dotados de padrões de desenvolvimento, nível socioeconômico, formação educacional e cultural distintos, com maior frequência envolvem-se em contravenções e apresentam complicações psiquiátricas. Tudo isso dificulta e complica a elaboração de um plano eficaz de tratamento. Apesar das propostas terapêuticas existentes deixarem muitas perguntas sem resposta, a maioria dos pacientes em tratamento melhora seu desenvolvimento no trabalho e nas relações familiares, se afasta da criminalidade apresenta menos complicações psiquiátricas. Além disso, apesar da falta de estabilidade, a probabilidade de abstinência aumenta no decorrer dos anos tornando assim um processo crônico que apresenta resultados satisfatórios com o tratamento(DALBOSCO., 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliaros impactos causados pelo uso de crack analisando a qualidade de vida na abordagem pré e pós-tratamento clínico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos usuários de crack quanto à idade, número de internações, tempo de uso, forma de encaminhamento para internação e dias de abstinência no momento da admissão;
- Avaliar a Qualidade de Vida mensurando por meio do WHOQOL-Bref os domínios físico, psicológico, social e ambiental dos usuários de crack na abordagem pré e pós-tratamento clínico.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

O estudo realizado foi do tipo quase experimental, em estratégia comparativa entre os usuários de crack na abordagem pré e pós-tratamento clínico.

A pesquisa ocorreu no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018 em uma Unidade de Reabilitação para dependentes químicos (caracterizada como leitos em hospital geral dentro dos serviços de saúde mental que compõem a rede substitutiva após a reforma psiquiátrica) no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga/SC. A amostra foi constituída por 32 usuários de crack que iniciaram o tratamento clínico e 20 desses que concluíram o tratamento, sendo todos do sexo masculino com faixa etária de idade entre 18 e 54 anos.

Os usuários de crack são admitidos no serviço por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento oferecido pela rede de assistência de cada município. Sendo que a clínica atende pacientes masculinos de toda a região sul do Estado de Santa Catarina. Os dependentes que aderem ao serviço da clínica contam com uma equipe multidisciplinar que por meio de atividades individuais, em grupos e terapia medicamentosa realizam o tratamento num período de 30 dias para a reabilitação.

Os pacientes foram incluídos no estudo tendo histórico de uso de crack com registro em prontuário de diagnóstico CID 14.2 e 19.2 e que juntamente com seu responsável ou familiar afirmasse o uso de crack e aceitasse participar da pesquisa.

A pesquisa consiste na verificação de alterações na qualidade de vida de usuários de crack em estratégia comparativa entre o início e o final do tratamento clínico.

4.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

4.2.1 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Os dados dos pacientes foram obtidos em dois momentos, nas primeiras 24 horas de internação e no momento da alta. Sendo coletados dados padronizados, no momento da aplicação do WHOQOL-Bref, que constava identificação simples do paciente: nome, data de nascimento, idade, número de internações e tempo de uso da droga.

4.2.1.1 Questionário de Qualidade de Vida

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento proposto pela OMS para adulto, o Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-Bref). O questionário foi aplicado no momento da internação e no momento da alta. Sendo que o instrumento foi explicado antes de ser aplicado e as dúvidas foram sendo respondidas ao longo do preenchimento.

4.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DAS AMOSTRAS

4.3.1 Avaliação da qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento proposto pela OMS para adulto, o Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-Bref). O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do Word Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. (PEREIRA et al., 2006).

A versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi utilizada neste estudo conforme Anexo A. Apesar de ser um instrumento autoaplicável, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura e interpretação observada nos usuários.

O WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-Bref é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5 numa escala de respostas que indicam a percepção do indivíduo quanto a sua satisfação em cada aspecto, relacionando-se com sua qualidade de vida, quanto maior a pontuação, melhor a percepção (DE OLIVEIRA; MASCARENHAS; MELO, 2015).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi estabelecido contato com a Clínica de Recuperação que desenvolve suas atividades e conta com a estrutura do hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga. Obtida a autorização, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CEP), com a devida aprovação deu-se início a coleta de dados. Sendo que a coleta de dados foi realizada tendo o consentimento dos pacientes bem como seu responsável pela internação, solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). Além das orientações detalhadas diretas e pessoais, previamente foi entregue um informativo com orientações para a realização da coleta de dados (Apêndice B).

4.5 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

O contato inicial foi realizado com a Clínica de Reabilitação que sinalizou positivamente à proposta de pesquisa. Após a finalização do projeto e devidas correções dos apontamentos feitos pelo Orientador Técnico e Orientadora Metodológica o mesmo foi ajustado e apresentado à entidade para apreciação formal. Recebendo o aceite em definitivo mesmo foi carregado na Plataforma Brasil, visando gerar a folha de rosto do Comitê de Ética para assinatura da entidade envolvida. Em seguida foi formalizado o protocolo no Comitê de Ética em Pesquisa: Parecer nº 2.201.248, CAAE 706 46117800000119 (Anexo B) e assim iniciado a coleta de dados.

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Inicialmente, foi elaborado um banco de dados em planilhas do software Microsoft Excel versão 2012, onde foram calculados os escores para qualidade de vida em média, sendo gerada uma classificação a partir dessa média,

Em seguida, o banco de dados foi exportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 sendo já descritos pela classificação dos domínios, onde foram realizadas as análises estatísticas e a elaboração de tabelas.

Os cálculos analíticos foram realizados com um nível de significância $p < 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%. Para analisar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste Shapiro Wilk para amostras independentes com “n” menor que 50. Estatística descritiva

composta por média e desvio padrão foi utilizada para descrever os resultados referentes à idade, tempo de uso da droga, número de internações e dias de abstinência. Para analisar a frequência da classificação dos domínios por grupo foi utilizado o Test Qui-quadrado.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Baseados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, quantifica-se esta pesquisa como de risco mínimo aos participantes, sendo que, todos registraram seu aceite através do Consentimento Livre e Esclarecido.

Os riscos envolvidos neste estudo são baixos e foram minimizados com a adoção de todas as medidas possíveis e conhecidas para tal.

O instrumento envolvendo as perguntas do Questionário de Qualidade de Vida é validado internacionalmente e no Brasil, não carregando questionamentos que possam causar constrangimento moral ou situações embaraçosas para quem voluntariamente optou em responder.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A dependência do crack é vista como uma doença que necessita de um tratamento com metas e intervenções levando em conta as especificidades e necessidades de cada paciente. São apontados como fatores complicadores ao tratamento: a precocidade no início do uso das drogas, o tempo de uso, as quantidades consumidas, os déficits cognitivos em habilidades sociais, a falta de motivação para a mudança, as comorbidades, os problemas familiares e financeiros. Além disso, os usuários de crack são mais propensos a abandonar o tratamento. Alguns dos fatores preditivos para o abandono são problemas com a lei, baixa habilidades sociais de enfrentamento, história familiar de transtorno mental e transtorno de dependência associada(DANTAS, 2017).

Os usuários apresentam problemas sérios em sua vida, tanto anteriores, quanto decorrentes ao uso de drogas. Quanto maior o tempo de uso maior a tendência de possuírem déficits pessoais. Desse modo a abstinência torna-se apenas o início de um longo processo, onde a ocorrência de crise é extremamente comum. O equilíbrio proporcionado pelo tratamento é bastante instável, principalmente nos períodos iniciais onde as recaídas são quase regra(RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).No presente estudo dos 32 pacientes que iniciaram o tratamento apenas 20 concluíram o mesmo, na Tabela 1 vemos a caracterização destes usuários:

Tabela 1 - Distribuição dos dados de caracterização da amostra pré-tratamento clínico (n=32)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	32	18,00	50,00	32,2500	10,08672
Tempo de Uso	32	1,00	33,00	12,1875	8,26745
Internações	32	1,00	13,00	3,0625	2,68734
Abstinência	32	1,00	20,00	3,5313	3,93483

Legenda: Idade e tempo de uso= anos, Internações= número de internações, Abstinência= dias.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

Os achados relativos à idade demonstram uma faixa etária de 18 a 50 anos para os pacientes pré-tratamento clínico e 20 a 49 para os pacientes pós-tratamento clínico (Tabela2), idade esta observada em outros estudos realizados (PEDROSA;REIS; GONTIJO, 2016; HORTA et al., 2016). No entanto observaram-se estudos realizados em anos anteriores a 2008 a fim de analisar os impactos causados pelo uso de drogas em centros terapêuticos, onde a maior incidência recaiu sobre a faixa etária compreendida entre 18 - 30 anos. Isso remete à reflexão de que com passar de alguns anos a faixa etária dos usuários tenha aumentado, fato este observado em um estudo recente realizado em 2017 no qual a prevalência da faixa etária atualmente encontra-se entre 18 e 50 anos (TEIXEIRA; ENGSTROM, 2017).

Tabela 2 - Distribuição dos dados quanto à caracterização pós-tratamento clínico (n=20)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	20	20,00	49,00	32,8000	8,10848
Internações	20	1,00	13,00	3,5000	3,15394
Tempo de Uso	20	1,00	33,00	13,0500	7,93045
Abstinência	20	1,00	20,00	3,1500	4,19618

Legenda: Idade= anos; Internações= N° de internações; Tempo de uso:=em anos; Abstinência= dias.

Fonte: Tabela elaborada pela autora (2018).

Em uma revisão sistemática da produção científica brasileira, realizada em 2015 sobre a questão do crack foi constatado predomínio de adultos jovens e do sexo masculino entre os usuários de crack. Sendo que esse é um perfil também observado neste estudo com predomínio do sexo masculino, e que tem se repetido no Brasil, como demonstrado em outros estudos de revisão realizados que apontaram a quase totalidade de usuários de crack descritos na literatura como homens, muito jovens, pobres, analfabetos e de famílias desestruturadas (DANTAS, 2017).

A prevalência de uso de crack por parte de adultos, principalmente entre jovens do sexo masculino remete à determinação histórica e social do fenômeno e às assimetrias de gênero presente nos

mais distintos fenômenos sociais no Brasil(ZEFERINO et al., 2017). Vários autores abordam a questão dos estereótipos sexuais que prescrevem limites de comportamento para homens e mulheres, com exigências particulares para os papéis sexuais, o que favorece o uso de drogas pelo sexo masculino(ALMEIDA et al., 2014).

No que diz respeito à caracterização da amostra podemos observar que há uma prevalência de usuários desempregados, dos 32 pacientes, 24 estavam desempregados no momento da pesquisa, sendo que os 08 que estavam empregados referiam trabalhos em condição informal, ajudante de pedreiro, pedreiro, jardineiro, auxiliar de agricultura. Estudos recentes que abordaram dependentes de crack, que buscam atendimento em internação identificaram também este fator, uma maior incidência em usuários sem vínculos empregatícios(BALBINOT; ARAUJO, 2012).

É importante apontar que o próprio consumo e as consequências atitudinais deles decorrentes limitam a possibilidade de o próprio usuário buscar o fortalecimento de sua participação no mundo do trabalho e de se envolver em relações significativas que lhes sejam fonte de suporte social, agravando a situação de vulnerabilidade social já vivenciada (OLIVEIRA et al., 2017). A ocorrência de problemas associados ao uso de drogas como o envolvimento com roubos, com a polícia, em situações de violência traduzem problemas importantes associados ao desemprego e que necessitam de ações intersetoriais (TEIXEIRA; ENGSTROM, 2017).

Outra característica observada no presente estudo são usuários com longo tempo de uso da droga em média 12,18 anos ($\pm 8,26$) de uso (Tabela 1). Condição observada também na literatura nacional que, apontam o tempo de uso de 06 até 15 anos em média (AZEVEDO et al., 2016). Um estudo com dependentes químicos realizado em São Paulo apresenta o tempo de uso de 6,9 anos entre os usuários em tratamento hospitalar, 8,1 anos entre os dependentes químicos em tratamento ambulatorial e 22 anos entre os dependentes de crack admitidos em enfermaria de desintoxicação (SIMONE; MACHADO, 2014).

Observando o longo tempo de uso de crack, podemos também relatar o fenômeno das reinternações abordado neste estudo quando se tem uma média de 3,06 ($\pm 2,68$) internações por usuário (Tabela 1). Deste modo a reinternação é um aspecto relevante, mas que deve ser investigado e discutido mais profundamente. Não se diferenciando de outros estudos que apontam que um percentual de 74% de indivíduos hospitalizados já tenha realizado algum tratamento prévio

para desintoxicação em ambiente hospitalar(BALBINOT; ARAUJO, 2012).

Dentro da população brasileira o número de pessoas que fazem a utilização de crack, e igualmente as consequências decorrentes desse hábito aumentaram consideravelmente, constituindo, hoje, um dos maiores problemas de saúde pública(BASSO; FOLADOR, 2017).A literatura aborda que o Brasil ainda não se estruturou com equipamentos em nível de atendimento, tampouco normatizou o papel de cada profissional da saúde no tratamento da dependência química. Tal carência dificulta o encaminhamento racional daqueles que procuram auxílio especializado, sobrecarregando aqueles que deveriam se responsabilizar por apenas uma parte do tratamento(RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

No caso do usuário de drogas, o país vive uma problemática que desloca a discussão sobre a rede também para o território do encontro ao usuário. Atualmente, é o crack que vem tomando conta das agendas nacionais de saúde, com ampla repercussão social, atingindo os diferentes estratos sociais e incorporando-se ao cotidiano de funcionamento de usuários e famílias(BASSO; FOLADOR, 2017).

Estudos relatam que não há ações específicas para o problema do crack nos CAPS AD, pois as intervenções visam o tratamento e a prevenção do uso de drogas em geral. No entanto foi destacado que existem especificidades no quadro dos usuários de crack, que dificultam o seu tratamento.Dentre as peculiaridades estão seu quadro clínico (complicações neurológicas, danos físicos e psíquicos e comorbidades) das quais seriam benéficas, algumas intervenções pensadas, especificamente, para este tipo de paciente(XAVIER; MONTEIRO, 2013). Neste contexto o referente estudo mostra que o maior número de casos chega até a clínica por meio de encaminhamento feito pelo CAPS, dados estes que se complementam com a fala dos usuários no momento da pesquisa, que relatam que estiveram longo tempo em tratamento no CAPS, mas sem sucesso e sem outras possibilidades e perspectivas eram encaminhados para a internação, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos dados quanto aos encaminhamentos para internação

	N	CAPS	Ast. Social	Familiar
Encaminhamentos	32	19	7	6

Legenda: Encaminhamentos em números de indivíduos.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

Há registro de alta prevalência de internações em hospitais psiquiátricos devido ao uso de crack com ou sem associação com outras drogas. Estima-se que 46% dos usuários de crack não melhoraram ou permaneceram na mesma situação depois de 1 ano de internação, sendo que 10% dos usuários acompanhados após internação morreram e 7% foram presos, o que sugere a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa população, a fim de contribuir de forma eficaz no tratamento (SIMONE; MACHADO, 2014). Ainda pouco se sabe sobre a respeito do padrão de uso e das características do usuário de crack. Conhecer estas características nos serviços de saúde possibilita fundamentar propostas para melhor adequação dos dispositivos de tratamento e otimizar os recursos disponíveis (SIMONE; MACHADO, 2014).

Cada droga tem seu mecanismo de ação particular. Em especial ao crack, é uma droga que possui um sistema de ação muito rápido e o padrão de consumo diferenciado onde o consumo intenso associado a paradas abruptas trazem ao indivíduo certo mal estar físico e psicológico. Nessa urgência pelo crack que a pessoa se expõe a situações de risco e na medida em que buscam sair do consumo compulsivo podem recair novamente no circuito (JEANNINNE et al., 2015).

Entre os usuários de crack, a maioria faz tratamento exclusivamente na modalidade de tratamento intensivo ou semi-intensivo disponível nos CAPS, entretanto 27,50% relatam já terem realizado outras modalidades de tratamento como internação em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica. Nas últimas décadas, os hospitais psiquiátricos deixaram de constituir a base do tratamento em detrimento de uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade. A internação psiquiátrica tornou-se mais criteriosa, com períodos mais curtos de hospitalização, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto

e de base comunitária (BASSO; FOLADOR, 2017). A Clínica a qual realizamos o referente estudo aborda um tratamento multidisciplinar, com atividades recreativas, terapia medicamentosa, terapia em grupo, entre outras, num período de 30 dias.

Atualmente temos que tomar consciência que o problema do uso do crack engloba múltiplos aspectos assim como o processo terapêutico, levando de meses a anos. Nessa abordagem incluem-se aspectos farmacológicos, princípios básicos da doença, prevenção de recaídas, aspectos psicoeducacionais e sociais, envolvimento familiar, cuidados que exigem trabalho multisetorial e multiprofissional (HENRIQUES; ROCHA, 2016).

O uso do crack e os problemas relacionados ao seu consumo não são diferentes do que acontece com outras drogas. Contudo, os usuários de cocaína e crack têm as maiores taxas de abandono do tratamento e há necessidade de se conhecer de forma mais aprofundada os problemas relacionados ao uso dessa droga para que as ações empreendidas sejam eficazes (XAVIER; MONTEIRO, 2013). Os usuários de crack, em linhas gerais, constituem um grupo distinto entre os usuários de drogas. São usuários que se distinguem por possuírem características próprias, em razão da importante degradação física e psíquica causada pela substância. O usuário entra neste circuito que, com o uso continuado, vai levando a deterioração. No estudo realizado observamos que de 32 pacientes usuários de crack internados no período da pesquisa, 20 concluíram o tempo de tratamento e 12 realizaram fuga nos primeiros 07 dias de internação.

De acordo com Sousa et al. (2013), as estratégias de tratamento nos dias atuais devem levar em conta dois agravantes, a baixa adesão e a falta de motivação para o tratamento, os quais acarretam frequentes recaídas. Observamos que é consenso na literatura mundial o alto índice de recaídas dos indivíduos dependentes, independentemente da modalidade e do número de tratamentos a que eles se submetem ao longo de suas vidas. Nesse sentido, a motivação mostra-se um fator de relevância em relação à adesão ao tratamento, sendo que dos usuários abordados no presente estudo todos estavam internados de forma voluntária.

O tratamento da dependência de crack contribui para a redução do consumo, da gravidade da dependência e das comorbidades, além de possuir efeitos duráveis, especialmente quando o paciente permanece abstinente durante o período de tratamento. Apesar da melhora os usuários de crack estão entre os pacientes com mais altos índices de abandono. Em um estudo realizado em Nova Iorque apenas 24% dos

pacientes permaneceram em tratamento pelo tempo indicado(RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

5.2. QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DE CRACK PRÉ E PÓS-TRATAMENTO CLÍNICO

O objetivo deste trabalho foi identificar como estava a qualidade de vida dos usuários de crack no pré e pós-tratamento clínico. A Qualidade de Vida foi mensurada por meio do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) abreviado, que compõe os domínios físico, psicológico, social e ambiental. A QV neste estudo será abordada a partir da classificação dos domínios (de acordo com Pedroso et al, 2010) diante do valor da média: necessita melhorar (1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5), sendo que para realizar a classificação foram anteriormente calculadas as médias dos domínios no *Microsoft Excel*.

A Qualidade de vida é um marcador que vem ganhando importância como uma forma de avaliar o impacto causado por uma patologia e a eficácia da terapêutica proposta e adotada pelo indivíduo. Logo, a avaliação desse marcador é um importante critério para verificar o tratamento da cronicidade, como o abuso ou dependência de drogas tem afetado o indivíduo, permitindo assim avaliar os diferentes domínios e direcionar as estratégias para objetivos mais precisos(DE OLIVEIRA; MASCARENHAS; MELO, 2015).

O crack devido às suas especificidades psicofarmacológicas proporciona um padrão de uso onde o usuário tende a usá-lo por horas ou mesmo dias e meses inteiro cessando apenas quando o usuário atinja um esgotamento físico, psíquico ou até financeiro. Na fase de pós-tratamento clínico podemos destacar o desejo dos participantes em sair da situação em que se encontram, associam esse recomeço à necessidade de conseguirem manterem-se abstinente da droga e ainda que esse desejo de parar tenha também dependência na vontade própria. Os entrevistados vêem o crack como algo ruim, desorganizador, mostram-se insatisfeitos com suas condições, o que facilita a percepção que somente a fase de tratamento já tem um importante significado em sua melhora da qualidade de vida e sua satisfação com as condições de saúde (LEITE et al., 2015).

Os usuários quando em tratamento, esperam em algum momento da vida poder parar com o crack, percebendo que prejudicaram sua vida, e, às vezes, a de seus familiares. Estudos apontam que 96,7% dos pacientes queriam parar de fumar crack após a internação, no entanto,

46% dos que passaram por tratamento de desintoxicação, não conseguiram manter-se em abstinência após a alta, demonstrando com isso o alto potencial de dependência do crack (GABATZ et al., 2013). Vários estudos buscam avaliar qual é a eficácia de tratamentos que funcionam na dependência química, pois a mesma resulta de vários aspectos. As intervenções devem ser diferenciadas para cada pessoa, considerando as áreas de conhecimento envolvidas e a avaliação destes aspectos (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Entende-se que não é possível abordar a atenção ao usuário de crack sem considerar a importância da análise sobre a rede de cuidados que o cerca. Isto é, é preciso evidenciar que tipos de fragilidades compõem essa articulação, os movimentos que o usuário faz no território, que o serviço precisa acompanhar, e os problemas na vida de familiares mais próximos. Dessa forma aqueles que cuidam de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas ou são afetados diariamente por eles, devem ser atores sociais fundamentais, opinando sobre a temática, tecendo novas estratégias de cuidado e proporcionando novos mecanismos de gestão que incluam a diversidade de olhares que envolvem a questão (BASSO; FOLADOR, 2017).

O presente estudo identificou o comprometimento da qualidade de vida em diferentes domínios, levando a conclusão que a dependência do crack prejudica a saúde física, mental, social e emocional dos indivíduos. Esse marcador indica a situação na qual o usuário chegou até a instituição, o impacto que o consumo tem causado e os resultados obtidos após a adesão ao tratamento, sendo expressos pela classificação dos domínios de qualidade de vida após cálculo da média, que demonstra uma classificação que passa de 75% que necessitam melhorar no pré-tratamento para 5% que necessitam melhorar após-tratamento, bem como de 12,5% regular para 0% e de 12,5% para 90% os que classificam como estando boa sua qualidade de vida (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos dados quanto a QV pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico

Grupos	Quantitativos	QV				Total
		Necessita melhorar	Regular	Boa	Muito boa	
Pré-tratamento	Contagem	24	4	4	0	32
	%	75,0%	12,5%	12,5%	0,0%	100,0%
Pós-tratamento	Contagem	1	0	18	1	20
	%	5,0%	0,0%	90,0%	5,0%	100,0%
Total	Contagem	25	4	22	1	52
	%	48,1%	7,7%	42,3%	1,9%	100,0%

Diferença significativa ($p < 0,05$), X^2 : 34,11.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

A limitação do aspecto físico no pré-tratamento, está relacionada à dificuldade que os usuários apresentam para realizar suas atividades do cotidiano, de trabalho, a indisposição física, a fadiga e os distúrbios relacionados ao sono. Sendo que durante a pesquisa umas das queixas bastante relatadas eram referentes à limitação ao trabalho e dificuldades para realizar alguma atividade. Em outros estudos realizados as médias também indicam um elevado número de associação entre uso de substâncias e comprometimento no domínio demonstrando ainda que, independentemente da idade ou do tempo de consumo, os pacientes possuem comprometimentos, alguns, resultantes de quedas, acidentes, desavenças durante o consumo ou mesmo pela falta de alimentação que, conseqüentemente, levaram a dificuldade para desenvolver atividades.

A saúde física ou o declínio da mesma interfere intimamente na percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida. Assim, é de extrema importância avaliar a independência funcional, uma vez que este marcador permite caracterizar a capacidade do indivíduo em realizar algo com os próprios meios e, para isso, supõem-se que as condições motoras e cognitivas estão mais satisfatórias ao final do tratamento, quando o domínio físico demonstra uma classificação que de 81,3% que necessitam melhorar na abordagem pré-tratamento passa para 5,0% no pós-tratamento, e de 0% com classificação muito boa passa para 45% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos dados quanto ao Domínio Físico pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico

Grupos	Quantitativos	Domínio Físico				Total
		Necessita melhorar	Regular	Boa	Muito boa	
Pré-tratamento	Contagem	26	1	5	0	32
	%	81,3%	3,1%	15,6%	0,0%	100,0%
Pós-tratamento	Contagem	1	0	10	9	20
	% em	5,0%	0,0%	50,0%	45,0%	100,0%
Total	Contagem	27	1	15	9	52
	% em	51,9%	1,9%	28,8%	17,3%	100,0%

Diferença significativa ($p < 0,05$), X^2 : 33,84.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

No que diz respeito ao domínio psicológico, são avaliados os aspectos referentes ao pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade. Nesse aspecto, pesquisas demonstram que o uso de drogas está diretamente relacionado à presença de sintomas depressivos. Dados nacionais revelam que 65,8% dos consumidores de crack apresentam indicadores de depressão (DANTAS, 2017). É importante compreender que o uso de crack pode estar associado a situações traumáticas e distúrbios psiquiátricos prévios, sendo fator de risco até mesmo para o suicídio. Em uma comunidade terapêutica, em Porto Alegre identificou-se entre os usuários de crack frequência de 41,2% com risco de suicídio. Os consumidores apresentam ainda prevalências elevadas de comorbidades, como ansiedade generalizada e transtorno de personalidade antissocial. Sendo esses fatores, facilitadores para uso e promovedores de certas condições psicológicas apresentadas (SIMONE; MACHADO, 2014).

Nesse aspecto a pesquisa demonstra que com o tratamento o usuário volta a perceber sua importância no contexto familiar e social, sendo que a classificação para o domínio na condição muito boa passa de 0% no pré-tratamento para 45% no pós-tratamento clínico e de 3,1% com condição boa para 30% nesta condição (Tabela 6). Existem diversas pesquisas sobre sua importância no processo de recuperação, pois certas atividades, dinâmicas e avaliações promovem nos dependentes maior controle da ansiedade, autoestima e autoimagem positivas (SILVEIRA et al., 2013).

Tabela 6 - Distribuição dos dados quanto ao Domínio Psicológico pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico

Grupos	Quantitativos	Domínio Psicológico				Total
		Necessita melhorar	Regular	Boa	Muito boa	
Pré-tratamento	Contagem	28	3	1	0	32
	%	87,5%	9,4%	3,1%	0,0%	100,0%
Pós-tratamento	Contagem	5	0	6	9	20
	% em	25,0%	0,0%	30,0%	45,0%	100,0%
Total	Contagem	33	3	7	9	52
	% em	63,5%	5,8%	13,5%	17,3%	100,0%

Diferença significativa ($p < 0,05$), X^2 : 30,45.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

Referente aos fatores relacionados à memória, concentração foi possível observar mesmo durante a aplicação do estudo o quanto uso da droga afeta esses fatores, dificultando até mesmo no curso do pensamento em questões simples, todavia percebe-se também que com o tratamento há uma importante evolução nesse processo.

O Domínio Social consta facetas, que dizem respeito ao apoio social, familiar e atividade sexual, caracterizado pela interferência ou não da saúde física e psicológica em atividades sociais, além do tempo dedicado a elas. Diversos autores relatam alteração significativa em pacientes já com cronicidades e uso prolongado de substâncias, onde culminam na redução ou exclusão do convívio com familiares, trazendo prejuízos também para os relacionamentos sociais (DE OLIVEIRA; MASCARENHAS; MELO, 2015). Portanto a qualidade deste fator é preconizada no tratamento e reabilitação, o que melhora o domínio, de 18,8% com classificação boa no pré-tratamento para 80% com essa classificação no pós-tratamento, conforme observamos na Tabela 7 abaixo (DE OLIVEIRA et al., 2015).

A sociedade em uma percepção generalizada tende a se afastar deste tipo de usuários por fatores como medo, insegurança, o que proporciona até mesmo certa exclusão social. Os dependentes químicos como citado anteriormente apresentam comportamentos relacionados a agressões, roubos o que dificulta qualquer relação, porém esse convívio melhora na medida em que acontece o tratamento devido às relações obtidas dentro da clínica com a equipe multiprofissional, com os colegas

de internação e em alguns casos com pessoas externas que acreditam e apoiam voluntariamente o tratamento.

Tabela 7- Distribuição dos dados quanto ao Domínio Social pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico

Grupos	Quantitativos	Domínio Social				Total
		Necessita melhorar	Regular	Boa	Muito boa	
Pré-tratamento	Contagem	18	7	6	1	32
	%	56,3%	21,9%	18,8%	3,1%	100,0%
Pós-tratamento	Contagem	1	3	16	0	20
	% em	5,0%	15,0%	80,0%	0,0%	100,0%
Total	Contagem	19	10	22	1	52
	% em	36,5%	19,2%	42,3%	1,9%	100,0%

Diferença significativa ($p < 0,05$), $X^2: 20,68$.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

No Aspecto ambiental é considerado o ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de informações, oportunidades de lazer, poluição, ruído, trânsito, transporte. O comprometimento desse domínio é identificado em dependentes químicos, segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, considerando que no Brasil 25% dos dependentes consideram ter pouca atividade de lazer, 33,9% alegam não ter dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades e 16,3% relatam não ter acesso adequado às informações das quais necessitam no seu dia-a-dia (DANTAS, 2017). Porém no presente estudo a condição mais citada que interfere na QV por fator ambiental dos usuários foi à condição do local de moradia onde ao responder ao estudo todos relatam que muitas vezes são impulsionados ao consumo pelo fato de conviverem próximo ou junto ao tráfego.

Tabela 8 - Distribuição dos dados quanto ao Domínio Ambiental pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico

Grupos	Quantitativos	Domínio Ambiental				Total
		Necessita melhorar	Regular	Boa	Muito boa	
Pré-tratamento	Contagem	17	3	12	0	32
	%	53,1%	9,4%	37,5%	0,0%	100,0%
Pós-tratamento	Contagem	1	0	16	3	20
	% em	5,0%	0,0%	80,0%	15,0%	100,0%
Total	Contagem	18	3	28	3	52
	% em	34,6%	5,8%	53,8%	5,8%	100,0%

Diferença significativa ($p < 0,05$), $X^2:19,03$.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

Tabela 9 - Distribuição dos dados quanto ao Apoio recebido pré (n=32) e pós (n=20) tratamento clínico

Grupos	Quantitativos	Apoio recebido					Total
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
Pré-tratamento	Contagem	2	3	15	12	0	32
	%	6,3%	9,4%	46,9%	37,5%	0,0%	100,0%
Pós-tratamento	Contagem	1	0	6	13	0	20
	%	5,0%	0,0%	30,0%	65,0%	0,0%	100,0%
Total	Contagem	3	3	21	25	0	52
	%	5,8%	5,8%	40,4%	48,1%	0,0%	100,0%

Diferença não significativa ($p > 0,05$), $X^2:4,71$.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2018).

No pós-tratamento clínico os usuários referem uma melhora no acesso à informação, à distanciação ao acesso as drogas, a segurança,

conforto da moradia, o acesso às atividades de lazer e recreação tendo em vista que todos esses aspectos são proporcionados pela internação confirmando o que nos mostra a Tabela 8 abaixo, quando passam de 53,1% para 5,0% os que possuem classificação que necessitam melhorar, de 37,5% para 80% com condição ambiental boa e de 0% para 15% na condição muito boa. Pesquisas com metodologias diversas revelam que o uso, bem como o processo de recuperação e abstinência tem ligação importante com as condições de moradia, onde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social o uso acontece como uma oportunidade de alívio da dor e sofrimento individual e social (TOLEDO et al., 2016).

Estudos comparativos que utilizam grupos controles demonstraram que dependentes químicos tendem a apresentar maior comprometimento da Qualidade de Vida em suas relações interpessoais (DANTAS, 2017). No estudo realizado vemos através do questionário aplicado, que grande parte dos usuários refere receber apoio (Tabela 9), 46,9% classificam-se por médio o apoio recebido e 37,5% por muito, sendo que maior parte relatam que o apoio que recebem é por parte dos familiares. Dessa forma a família possui um papel preponderante na vida do familiar dependente de crack (SIQUEIRA et al., 2015).

Dos usuários participantes da pesquisa grande parte, até mesmo os com maior idade, relatam receber apoio das mães e dos irmãos com maior frequência do que da esposa e dos filhos, fato este expresso em estudos dos quais constam que sempre existe um membro da família, que vai ser uma espécie de cúmplice do usuário, que geralmente é a mãe, caracterizando uma relação simbólica. Esta relação mãe e filho sugere que a mãe reassuma o posto de cuidadora como era na infância (SILVA, 2013).

Vários estudos revelam também que o fato de os usuários se sentirem apoiados pela família tem relação com as orientações e desejos que a família expressa, pela procura de um novo caminho a ser seguido, como opção pela libertação das drogas e até mesmo pelo desejo de reabilitação e reinserção social (SIQUEIRA et al., 2015). No entanto percebemos uma porcentagem de usuários que ainda se classifica, por não receber nada de apoio 6,3% ou muito pouco 9,4%, diante deste cenário a literatura nos mostra também um cenário de discriminação e preconceito, que envolve os usuários de crack, afetando diretamente seus familiares, que podem se sentir sobrecarregados. Ser familiar de um usuário de crack é estar envolvido em um contexto de desafios que, constantemente, exige responsabilidades e ações que busquem manter

esse usuário próximo da sua família e afastado dos problemas que a dependência dessa droga traz (SIQUEIRA et al., 2015).

Com o passar do tempo, parece inevitável uma postura desamparada e de desmotivação por parte dos familiares, haja vista a dificuldade que a família encontra para se reorganizar perante as crises, pois se acumulam esforços e se obtêm poucos resultados (SIQUEIRA et al., 2015). Diante do estudo realizado vemos que não houve significância estatística para o apoio recebido pós-tratamento clínico em comparação ao pré, conforme Tabela 9, apresentada acima.

As ações que os familiares podem expressar durante o período de sua internação são as visitas, os conselhos, a busca por serviços que possam auxiliar na reinserção após a alta hospitalar, no entanto durante a realização do estudo, de fato, não foram observadas essas atitudes com frequência. Estudos revelam que usuários que mantêm vínculo familiar durante a internação tem maior aproveitamento no tratamento, entretanto assumir esse papel tem suas dificuldades, pois vários sentimentos podem surgir neste processo, tais como culpa, revolta, preconceito, impotência, devido à descoberta do uso bem como das recaídas do usuário (SIQUEIRA et al., 2015).

A literatura reconhece que para sustentar respostas positivas em situações adversas, como a dependência do crack, é necessária a existência de uma rede de suporte afetiva, constituída por pessoas que assumam um papel de referência segura junto com a equipe multidisciplinar diante das dificuldades, uma vez que incita a responsabilização terapêutica em parceria, além de potencializar as práticas em um eixo que não fragmenta o cuidado. É ainda importante observar que não só os serviços do território e organizações, sejam eles governamentais ou não, devem partilhar da assistência, formando parcerias e redes de suporte social, de modo a promover a inclusão, a reabilitação e a integralidade das ações (VARELA et al., 2016).

6 CONCLUSÃO

O tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções devidas com o intuito de favorecer a redução ou promover a abstinência da substância, bem como, favorecer a melhora da qualidade de vida, prevenir novos agravos e promover a saúde do indivíduo. A dependência se configura como um grande desafio para os profissionais de saúde tendo em vista, que muitas vezes os casos encontrados são complexos e a estrutura da rede de serviço não atende as necessidades para o tratamento.

A rede de atendimento para usuários de crack se configura através dos CAPS, consultório de rua, leitos em hospitais gerais, comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação, entre outros. É importante que esses serviços se mantenham interligados com foco e metas que visam o usuário, sua família e sua saúde. Dessa forma o tratamento tem papel fundamental, recuperando pelo menos em parte essa saúde dos indivíduos, melhorando a Qualidade de Vida global e os domínios físico, psicológico, social e ambiental.

É importante reforçar que a abordagem ao usuário de crack deve ser diferenciada não sendo considerados somente os sintomas da droga no corpo e na mente, mas sim levando em conta todos os complexos fatores como social, cultural, familiar presentes nos contextos, que, em algumas situações, podem se configurar como fatores de risco ou de proteção para o uso de crack. Associado a esta questão os profissionais da área da saúde devem ter propensão pelo olhar, escuta e atenção ao usuário de forma integral, compreendendo o seu contexto e identificando situações de vulnerabilidade otimizando as oportunidades e minimizando os riscos.

Frente ao exposto podemos concluir com o estudo que o tratamento clínico apresenta aspectos positivos aos usuários de crack melhorando significativamente a Qualidade de Vida, os Domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiental, no entanto, existe ainda certa dificuldade por parte dos profissionais em relação ao cuidado destes pacientes. Isso prospecta a perspectiva de sugestão de seguimento com outros estudos acerca desta temática, abordando a equipe multiprofissional e desenvolvendo novas perspectivas em termos de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. De; PINHEIRO, R.; VIANNA, D. T.; PEQUENO, G. A. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Rev. Saúde Pública**. p. 526–538, 2014.

ALVES, B. E. P.; CARNEIRO, E. D. O. Drogas psicoestimulantes : uma abordagem toxicológica sobre cocaína e metanfetamina. **Caderno De Artigos Da 7ª Mostra De Produção Científica Da Pós-Graduação Lato Sensu Da Puc Goiás**, p. 1048–1068, 2012.

ANIER, K.; MALINOVSKAJA, K.; AONURM-HELM, A.; ZHARKOVSKY, A.; KALDA, A. DNA methylation regulates cocaine-induced behavioral sensitization in mice. **Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology**, v. 35, n. 12, p. 2450–2461, 2010.

AZEVEDO, A. M. De; MONTEIRO, S.; RAQUEL, A.; IBIAPINA, D. S.; EMANUELI, L.; SOUSA, N. Artigo original crack : o olhar do usuário em tratamento. **Rev. Enf. UFPE**. v. 10, n. 2, 2016.

BALBINOT, A. D.; ARAUJO, R. B. Análise Do Perfil De Dependentes De Crack Em Internação Hospitalar Profile of Hospitalized Crack-Dependent Subjects. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 471–480, 2012.

BASSO, A.; FOLADOR, B. O cuidado ao usuário de crack analysis of the articulation of the care network for crack users. **Rev. Baiana de Enfermagem**.v. 31, p. 1–9, 2017.

BRUNO DAVID HENRIQUES, REGIN LUNARDI ROCHA, A. M. dos S. R. Uso de crack e outras drogas entre crianças e adolescentes e seu impacto no ambiente familiar : use of crack and other drugs among children and adolescents and its impact on the family environment : an integrative literature review uso de crack y otras dr. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. v. 25, n. 3, p. 1–10, 2016.

CAMPÊLO, S. R.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Qualidade de vida em pesquisas com usuários em tratamento para abuso e dependência de substâncias Quality of life in studies with patients under treatment for substance abuse and addiction. **Rev. Eletrônica de**

Enfermagem. v. 17, n. 4, 2015.

CASTRO, ANTONIO GOMES NETO; SILVA, DIEGO CÉSAR NUNES; FIGUEIROA, M. da S. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. **Trends Psychiatry Psychoter.** v. 38, n. 4, p. 227–233, 2016.

CHAIM; KBP, B.; AG, A.; SÃO, M. Fisiopatologia da dependência química. **Revista Médica São Paulo.** v. 94, n. 4, p. 256–262, 2015.

COSTA, M. do R. da S. R.; ALVES, R. F.; FRANCA, M. D. Manifestações pulmonares causadas pelo uso do “crack”. **Jornal de Pneumologia,** v. 24, n. 2, p. 317–321, 1998.

CRUZ., S. C. L. M. M. de O. V. D. O encontro com o crack: início, tempo, quantidade diária e formas de uso. **Revista eletrônica Saúde Mental Álcool Drug,** v. 11, n. 2, p. 97–104, 2015.

DALBOSCO., P. do C. A. V. D. O Uso de Substâncias psicoativas no Brasil. **Supera,** v. 9, p. 113–126, 2015.

DANTAS, F. S. Impacto do uso de drogas na qualidade de vida de usuários : diferença entre os sexos. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida.** p. 178–192, 2017.

DAVID, B.; ROCHA, L.; REINALDO, S.; MÁRCIA, A. Uso de crack e outras drogas entre crianças e adolescentes e seu impacto no ambiente familiar : use of crack and other drugs among children and adolescents and its impact on the family environment : an integrative literature review uso de crack y otras drogas por niños y adolescentes y su impacto en el ambiente familiar : una revisión integrativa. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem.** 2016.

DE OLIVEIRA, L. C.; MASCARENHAS, C. H. M.; MELO, N. D. S. A. Qualidade de vida e independência funcional de usuários de drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). **Revista Brasileira de Qualidade de Vida,** v. 6, n. 4, p. 232–240, 2015.

ETCHEPARE, MARIANA; DOTTO, EDILÉIA REJANE;

DOMINGUES, KÁTHIA ABREU; COLPO, E. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. **Rev. Saúde Debate**. v. 55, n. 2, p. 140–146, 2011.

GABATZ, RUTH; SCHMIDT, AIRTON; TERRA, MARLENE; PADOIN, STELA; SILVA, ADÃO; LACCHINI, A. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 1, p. 140–146, 2013.

HAMERSKI, H. M.; VIECILI, P. N.; ALBERTO, C.; AITA, M.; KLAFKE, J. Z. O fator neurotrófico derivado do cérebro como biomarcador do processo degenerativo em usuários de crack. **Rev. Ciência e saúde**. 2014.

HORTA, R. L.; BALBINOT, A. D.; TEIXEIRA, V. A.; PINTO, R. O.; OLIVEIRA, G. O. de; POLETTTO, S. Padrão de uso e possibilidade de cessação do consumo do crack: estudo transversal. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 33, n. 2, p. 325–334, 2016.

JEANNINNE, A.; LACCHINI, B.; NASI, C.; OLIVEIRA, G. C. De. Características de usuários de crack atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial : concepção da equipe Health care workers ' concept of characteristics of crack users treated at a psychosocial care center. **Rev. Eletronica de Enfermagem**. v. 17, n. 2, p. 196–204, 2015.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580–595, 2013.

MARIA LUCIA FORMIGONI; FELIX, KESSLER; PECHANSKY; CARMEN, B. K. A. **Efeitos das substâncias psicoativas efeitos de substâncias psicoativas**. [s.l: s.n.]

MOREIRA, T. de C.; GADENZ, C.; FIGUEIRÓ, L. R.; CAPOBIANCO, D. M.; CUNHA, K.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. M. T.; CASSOL, M. Uso de substâncias psicoativas, alterações vocais e qualidade de vida em usuários de drogas lícitas e ilícitas. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 374–384, 2015.

NARVAEZ, J. C. M.; PECHANSKY, F.; JANSEN, K.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; KAPCZINSKI, F.; MAGALH??ES, P. V. Quality of

life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 3, p. 211–218, 2015.

OLIVEIRA, C. L. OS DANOS NEUROPSICOLÓGICOS. p. 1–6, 2011.
PAIVA, CAMILA BOSSE; FERREIRA, ISADORA BORNE; BOSA VERA LÚCIA; NARVAEZ, J. C. de M. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. **Supera**.v. 39, n. 1, p. 34–42, 2017.

PEDROSA, SHEILA; REIS, MARY LOPES; GONTIJO, D. T. M. M. PESQUISA A trajetória da dependência do crack : percepções de pessoas em tratamento. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 5, p. 956–963, 2016.

PULCHERIO, G.; STOLF, A. R.; FENSTERSEIFER, D. P.; KESSLER, F. Especial. **Aids**, v. 54, n. 3, p. 337–343, 2010.

RAMIRO, F. D. S.; TUCCI, A. M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade : uma revisão sobre o fenômeno. p. 379–392, 2014.

RAUPP, L.; ADORNO, R. de C. F. Uso de crack na cidade de São Paulo/Brasil. **Toxicodependências**, v. 16, n. 2, p. 29–37, 2010.

REFLEX, A. D. E.; ADRIELLE, J.; SANTOS, T. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Jornal of Nursing Health**, v. 1, n. 2, p. 82–93, 2012.

RIBEIRO, MARCELO; LARANJEIRA, R. o tratamento do usuário de crack. 2010.

RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência química. **Revista da UNIAD- UNIFESP**, 2003.

SILVA, ROBERTA; SANGOI, RANATA; TASCETTO, PAULA; PIANA, MARIANA; LIMBERGER, J. Perfil farmacoterapêutico de usuários de crack internados em hospital público de Santa Maria-RS . Pharmacotherapeutic profile of crack users interned in a public hospital in santa maria , rs. **Disciplinarum Scientia**, p. 37–46, 2014.

SILVA, R. S. A importância da família no tratamento do dependente químico.**Rev. Brasileira de Psiquiatria**. v. 16, p. 151–162, 2013.

SILVEIRA, C.; MEYER, C.; SOUZA, G. R. De; SOUZA, M. D. C.; MONTE, F. G.; COUTINHO, A.; GUIMARÃES, D. A. Qualidade de vida , autoestima e autoimagem dos dependentes químicos Drug users ' quality of life , self-esteem and self-image. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2001–2006, 2013.

SIMONE, J.; MACHADO, D. A. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psc. Campinas**. p. 290–303, 2014.

SIQUEIRA, D. F. de; BACKES, D. S.; MORESCHI, C.; TERRA, M. G.; SOCCOL, K. L. S.; SOUTO, V. T. Social reintegration of crack addicts: actions taken by the family. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 548–553, 2015.

SOUSA, P. F.; RIBEIRO, L. C. M.; DE MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, M. X. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre motivação para a mudança. **Temas em Psicologia**, v. 21, p. 259–268, 2013.

SOUZA, M. M. De; CARVALHO, R. N.; SILVA, L. R.; SANTOS, J. R.; AZEVEDO, E. B.; CAVALCANTI, P. B. Política Nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 5, n. 11, p. 67–87, 2013.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M. Revisão sistemática da literatura sobre crack : análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Rev.Saúde Debate**. p. 311–330, 2017.

TOLEDO, L. À margem : uso de crack , desvio , criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa On the sidelines of society : crack use , deviation , criminalization and social exclusion – a narrative review. **Ciência e Saúde Coletiva**. p. 31–42, [s.d.]

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD Treatment of Patients addicted to Crack Cocaine. **Psc.Rev. São Paulo**. v. 22, p. 61–82, 2013.

ZEFERINO, M. T.; FERMO, V. C.; FIALHO, M. B.; BASTOS, F. I.

Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina , Brasil : capital vs Meio Oeste Similarities and differences in crack cocaine use patterns in Santa Catarina , Brazil : Capital vs . Midwest. **Ciência e Saúde Coletiva**. p. 97–106, 2017.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **IMPACTOS DO TRATAMENTO CLÍNICO DE USUÁRIOS DE CRACK SOBRE QUALIDADE DE VIDA** que tem como objetivo: Avaliar os impactos causados pelo uso de crack analisando a qualidade de vida na abordagem pré e pós-tratamento clínico.

Obtida a autorização, o projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CEP). Assim que for obtida a aprovação do CEP, para aqueles que aceitarem participar, será solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Mesmo aceitando participar do estudo, o Sr. _____ poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão aos responsáveis da pesquisa, que contam com os dados de contato abaixo deste termo. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, que o senhor não terá direito a nenhuma remuneração. Declaramos que todos os riscos e eventuais prejuízos foram devidamente esclarecidos. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela **Resolução nº 466/2012 do CONEP - Conselho Nacional de Saúde**, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela mestrandia do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva MARILÉIA BUSS DELA JUSTINA (Fone: (48) 99838-4085), pelos bolsistas do Laboratório de Biomecânica da UNESC - LABIOMECA e do Laboratório de Neurociências da UNESC. Orientados pelo professor responsável WILLIANS CASSIANO LONGEN (fone: 48-9988-3358). O telefone do **Comitê de Ética é (48) 3431.2723**.

Criciúma (SC) ____ de ____ de 2017.

 Participante:

 Familiar ou Responsável:

CPF:

CPF:

APÊNDICE B - ORIENTAÇÕES REFERENTES À COLETA DE DADOS

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa:

Serão realizados 2 procedimentos de coleta de dados, um no início do projeto que também será no início do seu período de internação e outro no final do tratamento, antes da alta. Onde o Sr. responderá a um questionário com perguntas sobre a qualidade da sua vida, em aspectos gerais. A este instrumento chamamos de Questionário de Qualidade de Vida.

Riscos: O sigilo da pesquisa está assegurado e garantido pelos pesquisadores, tornando-se anônimas na publicação e no devido arquivamento.

Benefícios: Os benefícios deste estudo estão pautados na potencialidade de generalização dos achados deste estudo para outros grupos com a mesma condição de saúde e de vida, bem como, motivar e alavancar outros estudos visando a melhor condição de saúde e de qualidade de vida das pessoas que em momentos da vida utilizarem o crack.

ANEXO (S)

ANEXO A - WHOQOL-BREF

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	na da	Muito pouco	mé dio	mu ito	completa mente
Você recebeu outro apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que parece a melhor resposta.

	Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	b o	Muito boa
Com o você	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satis feito	Muito satisfeito
Quão satis	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física)	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
1	Você tem	1	2	3	4	5
1	Você é	1	2	3	4	5

1 2	Você tem dinheiro	1	2	3	4	5
1 3	Quão disponíveis	1	2	3	4	5
1 4	Em que medida	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	ruim	Nem muito ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfe	Insatisfe	Nem satisfeito nem insatisfe	satisfe	Muito satisfe
16	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequente mente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém

lhe ajudou a preencher este questionário?.....

.....

Quantos minutos você levou para preencher este questionário?.....

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC Bloco Administrativo – Sala 31 | (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.201.248 **CAAE:** 70646117.8.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Willians Cassiano Longen

Pesquisador (a): Mariléia Buss Dela Justina

Título: “CONSEQUÊNCIAS FÍSICO FUNCIONAIS DO USO DO CRACK: AVALIAÇÃO EPIGENÉTICA E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE O INÍCIO E O FINAL DO TRATAMENTO CLÍNICO”

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 04 de agosto de 2017.

Renan Antônio Ceretta

Coordenador do CEP