

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS
MÉDICAS**

**ASPECTOS CRONBIOLÓGICOS DE PACIENTES
DEPENDENTES DE *CRACK* – O TRABALHO COMO *ZEITGEBER*
SOCIAL**

ANA CRISTINA DA SILVA

PORTO ALEGRE

2014

ANA CRISTINA DA SILVA

**ASPECTOS CRONOBIOLOGICOS DE PACIENTES
DEPENDENTES DE *CRACK* – O TRABALHO COMO *ZEITGEBER*
SOCIAL**

Orientador: Maria Paz Loayza Hidalgo

Co-orientador: Ana Adan

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, como requisito para obtenção do título de Mestre.

PORTO ALEGRE

2014

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva, Ana Cristina
ASPECTOS CRONOBIOLOGICOS DE PACIENTES DEPENDENTES
DE CRACK - O TRABALHO COMO ZEITGEBER SOCIAL / Ana
Cristina da Silva. -- 2014.
70 f.

Orientadora: Maria Paz Loayza Hidalgo.
Coorientadora: Ana Adan.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2014.

1. Dependência Química. 2. Crack. 3. Trabalho. 4.
Cronobiologia. 5. Zeitgeber. I. Loayza Hidalgo,
Maria Paz, orient. II. Adan, Ana, coorient. III.
Título.

Dedico este trabalho ao meu avô Pedro Manuel da Silva (*In Memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelo amor, cuidado e base moral.

Meu esposo **Felipe** pela parceria generosa e amor cuidadoso, e à minha filha **Helena**, pela presença doce na minha vida.

Aos pacientes participantes da pesquisa, que aceitaram dividir suas histórias para que este trabalho fosse possível.

À minha orientadora **Maria Paz**, pela disponibilidade e paciência com que acolheu as minhas limitações e potencializou as minhas habilidades.

À minha co-orientadora **Ana Adan**, da Universidade de Barcelona, que de longe se fez presente durante todo o projeto, contribuindo com seu valioso conhecimento.

À minha colega e amiga **Marlova Schmidt**, pelo auxílio na coleta dos dados.

Aos colegas da Unidade Álvaro Alvim, pelo incentivo e colaboração – Silvia, Mariana, Anne, Joana, Rafael e André.

Ao Professor Flávio Pechansky e ao Professor José Roberto Goldim, pelos encaminhamentos que resultaram no encontro com a Professora Maria Paz.

À Regina Lopes Schmitt, pela disponibilidade e generosidade.

Ao Psicólogo Paulo Roberto Taborda de Souza Filho, pela paciência com que recebeu as minhas limitações estatísticas.

Aos membros da banca, que aceitaram generosamente o convite para avaliar este trabalho.

Aos colegas do Laboratório de Cronobiologia, pela alegria com que sempre me acolheram.

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº José Roberto Goldim

Drª Regina Schimitt

Drª Ana Beatriz Cauduro Harb

Drª Analuiza Camozzato de Pádua

"Você é livre para fazer suas escolhas, mas é prisioneiro das conseqüências."

Pablo Neruda

RESUMO

O trabalho é considerado um importante *zeitgeber* social. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é avaliar o ritmo social de pacientes adultos dependente de *crack*, internados na Unidade de Adição/ Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Método:** Participaram da pesquisa 50 pacientes dependentes de *crack*, internados para desintoxicação e reabilitação, aos quais foram aplicados questionários sócio-demográficos que permitiram conhecer a situação social, de moradia, renda, trabalho e emprego, tratamentos prévios e rede sócio-assistencial dos participantes, questionário para avaliação de indivíduos matutinos e vespertinos, escala breve de avaliação de ritmo social e revisão de prontuário. **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 34,6 anos, 54% solteiros, com maior predominância na religião católica (54,3%). Cerca de 40% dos indivíduos contam com renda familiar mensal de 3 salários mínimos ou mais. Dos indivíduos que estão trabalhando ou em benefício do INSS (60%), 14% desenvolve as suas atividades no comércio, e cerca de 12 % trabalham na construção civil. A média da regularidade das atividades desenvolvidas (HITs) ficou em torno de 5,8 e a média do montante de atividades desenvolvidas (ALIs) foi de 33,8. Não Houve diferença significativa na correlação entre abandono de tratamento. Com relação à ritimicidade (5,8), os pacientes internados apresentaram um alto índice de regularidade, comparados com pessoas sem uso de drogas não internadas (4,2).¹ Não foi encontrada relação entre o cronotipo dos participantes e o resultado dos HITs e ALIs. **Conclusão:** Apesar de ser mencionado o trabalho como um dos principais motivos para abandono de tratamento, os resultados deste trabalho não sustentam esta premissa. A situação de trabalho e a profissão não estão associadas ao abandono prévio de tratamento. Por outro lado, contrariando nossa hipótese inicial, a escolaridade aparece de maneira significativa, sendo evidenciado que quanto maior a escolaridade maior o índice de abandono precoce. A relação entre HITs e ALIs sugere que quanto mais atividades desenvolvidas, maior a regularidade com que elas foram realizadas durante a internação. No entanto, estudos futuros de segmento serão necessários para avaliar a manutenção desta regularidade.

Palavras chaves: dependência química, *crack*, trabalho, cronobiologia, *zeitgeber*.

ABSTRACT

Work is considered an important social zeitgeber. Objective: The aim of this study is describe the social rhythm of adult crack-cocaine users that are hospitalized in the Addiction Treatment Unit of the Hospital of Clinics of Porto Alegre. Method: 50 crack-cocaine users were interviewed after admission for detoxification and rehabilitation. We performed interviews with socio-demographic questionnaires that allowed us to access the social characteristics, housing, income, labor and employment, previous treatments and social assistance network. Also, they answer to a instrument to identify which individuals were morning or evening subjects, the Brief Social Rhythm Scale and chart review were assessed. Results: Mean age of the sample was 34.6 years old, and 54% of individuals reported to be single with predominance in the Catholic religion (54.3%). About 40% of the sample have a monthly family income of three minimum wages or more. Among individuals who are currently working or receive a benefit from Government (60%), 14% develop their activities in trade and 12% work in construction. The average of regularity of activities performed inside the inpatient unit (HITs) was around 5.8 and the average of amount of activities performed inside the inpatient unit (ALIs) was 33.8. There was no significant difference in the correlation between treatment dropout and rhythmicity. Regarding rhythmicity (5.8), hospitalized patients reported high levels of regularity when compared to individuals who were not hospitalized, neither had drug use (4.2).¹ We did not find a correlation between participant's chronotypes and HITs and ALIs results. Conclusion: Despite work is cited as a major reason for treatment dropout, the results of this study do not support this premise. Work situation and the profession are not associated with prior treatment dropout. Contrary to our initial hypothesis, schooling appears as an important issue because it is significantly associated to early treatment dropout. The relationship between HITs and ALIs suggests that the more activities were developed, the greater the regularity with which they were performed during hospitalization. However, future follow-up studies are needed to evaluate the maintenance of this regularity.

Key words: chemical dependence, *crack cocaine*, labor, chronobiology, *zeitgeber*.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

FIGURA 1 – Estratégias de Busca de Literatura	04
FIGURA 2 - Classificação das Substâncias Psicoativas	11
TABELA 1 – Distribuição sociodemográficos dos participantes da pesquisa.....	45
TABELA 2 - Abandono Prévio de Tratamento x Situação de Trabalho/ Profissão/ Escolaridade.....	47
TABELA 3 – Correlações entre os escores co MEQ e droga associada ao uso de <i>crack</i>	48

TABELAS ARTIGO ORIGINAL

TABELA 1 – Aspectos sócio-demográficos de pacientes dependentes de <i>crack</i> internados na Unidade de Adição do HCPA (n=35)	37
TABELA 2 – Situação de trabalho e renda de pacientes dependentes de <i>crack</i> internados na Unidade de Adição do HCPA (n=35)	38
TABELA 3 – Motivos de Abandono de Tratamento Prévio à internação na Unidade de Adição do HCPA (n=35)	39
TABELA 4 – Características sócio-demográficas relacionadas ao abandono/ não abandono de tratamento prévio (n=35 - <i>missing</i> = 05)	40

LISTA DE ABREVIATURAS

ALI - Montante de Atividades Desenvolvidas

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CID – Classificação Internacional de Doenças

ERS – Escala de Ritmo Social

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIT - Regularidade das Atividades Desenvolvidas

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

MEQ - Morningness-Eveningness Questionnaire

UAA – Unidade Álvaro Alvim

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 REVISÃO DE LITERATURA	03
2.1 Estratégias de Busca	03
2.2 Ritmo Social e Regulação de Tempo	05
2.3 Aspectos Históricos e Sociológicos Sobre o Trabalho	07
2.4 Dependência Química	10
2.5 Modalidades de Tratamento para Dependência Química	13
2.6 Dependência Química e sua influência sobre os <i>zeitgebers</i>	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4 MÉTODO	16
5 RESULTADOS	17
6 REFERÊNCIAS	19
7 ARTIGO ORIGINAL.....	23
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
9. PERSPECTIVAS FUTURAS	44
10. ANEXOS	49
10.1 Anexo 1 - Formulário de Identificação	50
10.2 Anexo 2 - MEQ.....	54
10.3 Anexo 3 - Escala de Ritmo Social – Versão breve (ERS-6).....	56

1. INTRODUÇÃO

O trabalho em um ambiente de internação hospitalar de pacientes dependentes de *crack* possibilitou conhecer a rotina estabelecida aos usuários deste serviço. Essas rotinas visam, dentre outras coisas, recuperarem a organização e possibilitar ao paciente tratamento em ambiente protegido de situações e estímulos que propicie a recaída no uso da substância. Contudo, existe ainda um fator que podemos elencar como relevante para entender o funcionamento destes indivíduos: o aspecto cronobiológico.

A Cronobiologia é a ciência que estuda os ritmos biológicos, ou seja, a periodicidade e a frequência com os quais os eventos constantes determinam o funcionamento dos indivíduos.

O rompimento desta regularidade pode impactar em fatores importantes como o sono, e dar início a uma cadeia de eventos somáticos, entre os quais, episódios depressivos.² A dessincronização do ritmo circadiano de indivíduos dependentes de *crack* parece ser um fator complicador no processo de adesão ao tratamento. Este processo afeta o ritmo biológico, essencial na regulação da vida diária.

O Ritmo Social se caracteriza por fatores sociais que acabam por regular a rotina dos indivíduos, como por exemplo o trabalho, a escola. Segundo Schmitt (2010)³ o ritmo social se expressa através da organização temporal de atividades determinada pelas relações sociais, de forma a estabelecer uma rotina (regularidade da vida diária), o que permite uma previsibilidade comportamental. O ritmo social integra sincronizadores endógenos (hormônios) e sincronizadores exógenos (*zeitgebers*).

Um dos grandes problemas relacionados à dependência química é o fato desta se tornar o centro regulador da vida do indivíduo, destruindo as conexões fisiológicas e as conexões do organismo com as dicas temporais do meio externo. Portanto, uma das ferramentas utilizadas para a maior parte dos tratamentos dos transtornos do comportamento, na dependência química encontra-se fragilizada.

Segundo Halpern (2012)⁴, a drogadição é um problema de proporções epidêmicas, que envolve todos os segmentos da sociedade com consequências em todas as áreas da vida dos usuários de drogas e sua família.

A recuperação de indivíduos dependentes químicos vem sendo um tema bastante discutido nas esferas públicas e privadas, nas áreas da saúde, segurança e assistência social nos últimos anos, sendo impulsionado pela epidemia do *crack*. Apesar de ser uma droga considerada recente, o *crack* tem acarretado grande prejuízo para a sociedade, o que resultou numa preocupação maior por parte do Governo Brasileiro.

Muitos autores afirmam que o tratamento para estes indivíduos deve ser realizado por equipe multidisciplinar, que atue nas diferentes áreas da vida do paciente, ou seja, múltiplos atendimentos que visam oferecer atenção de forma integral. Neste sentido, são criados programas de atendimento a esses usuários onde profissionais de Serviço Social, Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Educação Física e Enfermagem compõem a Equipe de atendimento. Portanto é um tratamento que envolve um nível de complexidade alto e de longo tempo, tornando-se muito caro e onerando os recursos reservados para a saúde.

O Serviço Social, dentro deste processo, atua na reinserção social e na garantia dos direitos sociais desses sujeitos. No entanto, parece ser um grande desafio ampliar e manter a rede sócio-assistencial desses indivíduos. O acesso aos serviços essenciais para a manutenção da abstinência e resgate da qualidade de vida deve ser centrado nas necessidades do indivíduo e de fácil acesso.

Em pesquisa qualitativa aplicada a usuários de *crack* para conhecer as estratégias para lidar com os riscos associados com a cultura de uso droga observou-se que ocorreram importantes mudanças na cultura de *crack*, principalmente relacionados ao aumento da expectativa de vida do usuário, estando estas mudanças intimamente relacionadas com a adaptação destes à esta cultura. Esta adaptação ocorre também com relação ao trabalho. O estudo demonstrou que alguns usuários optam por trabalhar por conta própria, procurando um trabalho que não exige a manutenção de horários fixos ou desenvolvendo algum tipo de trabalho informal (por exemplo, observando os carros na rua). Esses usuários optam por usar

crack nos dias em que eles não vão trabalhar, ou optam por trabalhar nos dias em que não usou no dia anterior.⁵ Assim, um dos mais importantes *zeitgebers* sociais é enfraquecido pela dependência de substâncias.

Portanto, entender a dessincronização dos ritmos sociais nestes indivíduos é essencial na abordagem terapêutica, uma vez que um dos principais *zeitgeber social* que permeia a sociedade atual é o trabalho. Neste sentido, pretendemos abordar o trabalho como um *zeitgeber social* e a sua relação em indivíduos usuários de *crack*.

2. REVISÃO DA LITERATURA

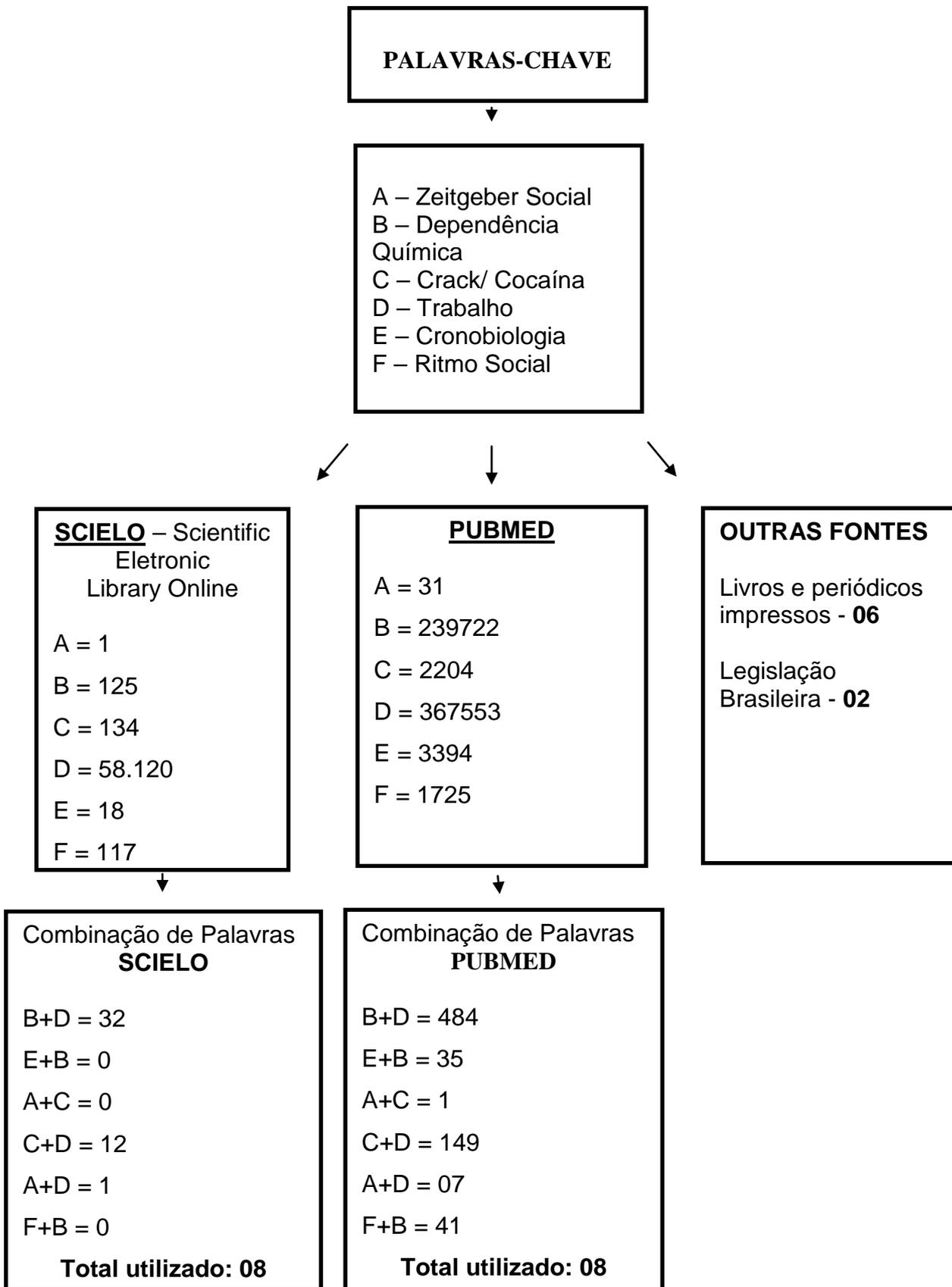
2.1. Estratégia de Busca

A revisão da literatura deste trabalho buscou descrever os conceitos de dependência química, associando com o aumento específico do uso de *crack* no Brasil e como o país vem trabalhando com esta problemática através das Políticas Públicas. Buscamos abordar a cronobiologia e a sua representação na vida de dependentes de *crack*, focando no trabalho, como *zeitgeber social*.

Como estratégias de busca foram utilizadas as bases de dados Scielo e Pubmed, tendo como termos de busca “Crack”, “Dependência Química”, “Ritmo Social”, “*Zeitgeber Social*”, “Trabalho” e “Cronobiologia”. Após, foram realizadas buscas combinando duas palavras nas duas bases de dados, onde foram selecionados 08 artigos na base da Scielo e 06 artigos na base Pubmed. Além disto, foram realizadas buscas em acervo impresso, como livros e revistas, bem como na legislação brasileira, totalizando 08 artigos.

A estratégia de busca está representada na figura abaixo:

FIGURA 1 – Estratégias de Busca de Literatura



2.2 Ritmo Social e Regulação de Tempo

Um dos principais fatores de regulação do ritmo circadiano é a luz. Independente da região da Terra, o ciclo claro-escuro é um fator ambiental importante na sincronização tanto dos animais como nos seres humanos⁵. O ritmo circadiano (período de 24 horas) em adultos saudáveis é modulado pelo ritmo de atividades diárias normais como dormir e fazer as refeições. O cortisol é um dos principais hormônios responsáveis pela regulação dessas atividades, pois, além de outras funções mantém a produção de glicose no organismo em um nível adequado. Sua maior concentração é nas primeiras horas do dia, e vai diminuindo com o passar do tempo. A baixa produção deste hormônio pode acarretar tanto doenças de humor⁶, como depressão, ansiedade e doenças endócrinas.

No entanto, para determinar o ritmo circadiano de um ser humano, deve ser levado em consideração os determinantes sócio-ambientais deste processo. Segundo Monk *et al*⁷ (2003), quanto maior a regularidade na vida dos indivíduos, menor são os relatos de problemas com sono. Portanto, quanto mais organizada e previsível for a rotina, melhor é a qualidade do sono.

Para Alam⁸ (2012) repetidas dessincronizações/ressincronizações podem gerar uma instabilidade na ritmicidade circadiana. Pessoas com turno de trabalho alternado, doenças psiquiátricas, dentre elas a dependência química são exemplos de instabilidade nas atividades da vida diária, o que as torna, portanto, mais propensas a ter problemas relacionados ao sono e todas as consequências decorrentes desta prática. As características individuais relacionadas ao ciclo sono-vigília são representadas pelos diferentes cronotipos, que são divididos entre matutino, intermediário e vespertino, onde em um extremo temos indivíduos que preferem acordar e dormir cedo e no outro extremo indivíduos que se sentem mais dispostos à tarde ou à noite. Em um estudo recente foi identificado que a tipologia circadiana noturna é um fator de risco para o desenvolvimento do consumo de drogas como nicotina, maconha, ecstasy e bebida de cola, e devem ser considerada em abordagens preventivas no processo de tratamento.⁹

Em uma população de usuários de *crack* é comum observarmos características como alteração do sono e apetite, que são fatores biológicos essenciais para a manutenção da saúde dos indivíduos. Por consequência, temos indivíduos com irregularidade nas atividades da vida diária, ou seja, a rotina de tarefas que regulavam a vida social destes sujeitos se torna desregulada.

Segundo Adan¹⁰ (2010), estratégias para reorganizar a expressão do ritmo circadiano durante a desintoxicação proporcionam uma excelente medida de apoio para os pacientes. Tais estratégias são bem conhecidas pelos profissionais que independentemente da abordagem terapêutica sobre o qual estão pautados, horários estáveis de sono-vigília, refeições e atividades diárias são fatores relevantes no processo de desintoxicação e reabilitação.

Essas atividades diárias representam os sincronizadores exógenos, denominados de *zeitgeber* nos anos 60 por Aschoff¹¹ que significa doadores de tempo, que representa um importante sincronizador do relógio biológico dos seres humanos. São, portanto, fatores ambientais, que impactam na sincronização de aspectos fisiológicos. Os *zeitgebers* sociais são um exemplo de sincronizadores externos. No entanto, sincronizadores não são caracterizados apenas por atividades consideradas saudáveis.¹²

Para Kosobud *et al* (2007)¹², há cada vez mais evidências de que a dependência de drogas podem arrastar a atividade circadiana antecipatória de uma forma não muito diferente daquele produzido por *zeitgebers* como claro-escuro, refeições, atividade locomotora, e atividades sociais. Os autores compilaram evidências que apóiam firmemente a idéia de que o abuso de drogas pode atuar como aditivo incorporador do ritmo circadiano, fazendo com que a atividade antecipatória ao uso se torne um *zeitgeber*. A atividade locomotora circadiana que precede a administração diária da substância pode ser um índice de que a busca de reações compensatórias compõem o uso de drogas¹².

O trabalho é um importante fator externo que permeia a organização da vida diária da sociedade atual. Para Schmitt³, quanto mais complexa a estrutura social, mais preponderante é a influência do *zeitgeber* social em detrimento dos *zeitgeber*

naturais, tais como a luz do sol. Portanto torna-se fundamental entender de que forma o conceito de trabalho se originou, e como se constitui na atualidade.

2.3 Aspectos Históricos e Sociológicos Sobre o Trabalho

A sociedade moderna é a sociedade do trabalho. Boa parte dos cientistas sociais que procuraram desvelar e explicar o fenômeno da modernidade parte do pressuposto de que o trabalho é categoria central para explicar a modernidade. Para Karl Marx, o trabalho, e a maneira como determinados grupos se apropriam do trabalho alheio, define a própria história da humanidade. Em Max Weber podemos encontrar a “ética do trabalho” como o caráter da vida moderna.

As revoluções burguesas são o marco desta mudança de paradigma na história ocidental. Nos países desenvolvidos, há a ruptura entre o pensamento/valor nobre, da formalidade, hereditariedade e titulação, para o burguês, voltado ao despojamento, trabalho, competência e capital.

Se na idade média o status social era herdado geneticamente, ou dado através de títulos, se valorizavam a honra, e atitudes ligadas à estética da nobreza, passa-se a dar valor ao que se é conquistado, ao que adquire dinheiro, bens e capital, ao domínio técnico, ao trabalho produtivo material. O trabalho passa a ter um valor positivo na sociedade, agregando status ao que o detém.

No Brasil, os primeiros pensadores do “social”, buscaram compreender o porquê de o país ser relativamente atrasado em comparação aos países europeus e da América do Norte. Estes autores, como Gilberto Freyre, por exemplo, focaram questões culturais e comportamentais da herança ibérica, como o patrimonialismo e o personalismo, para explicar este “atraso”. Para estes pensadores a ruptura ocorrida nos países desenvolvidos não acontecera no Brasil.

Partiremos de um ponto de vista contrário a este: o de que o Brasil é um país “moderno”, porém de características diferentes destes países desenvolvidos, a começar pela modernização tardia.

A constituição do arcabouço legislativo moderno brasileiro (posterior ao império), e de suas instituições estatais se deu historicamente referenciadas ao trabalhador e sua família, e ainda mais, ao trabalhador urbano; havia na era Vargas, um claro projeto político de modernização através da industrialização e desenvolvimento das cidades em detrimento do setor agrícola e conseqüentemente do trabalhador rural.

O cidadão, protegido pelo Estado, suas leis e instituições como previdência social, assistência social, legislação trabalhista, deveria estar nas cidades, na indústria, na produção. Conforme Souza¹³ (2004) a ética² predominante em países europeus, ou modernos é o da igualdade, herança da conquista burguesa, nas revoluções do século XVIII. A burguesia seria na história ocidental, a primeira classe dominante trabalhadora; assim, cidadania está diretamente atrelada ao trabalhar.

O que o autor expõe ainda é que não necessariamente inexistam classes de sub-cidadãos nestes países, estratos sociais que dependam, por exemplo, exclusivamente de assistência do governo para viverem, ou inaptos à demanda do Mercado, ainda mais neste momento de exacerbação do capitalismo; porém, apenas em países periféricos como os da América Latina, é que a existência de uma classe sub-cidadã é fenômeno de massa.

Segundo o autor ainda, é a ética do desempenho, que produz a legitimação da diferenciação entre indivíduos, ou em termos morais, da desigualdade. Ela embora pareça neutra, universal e aberta a quem queira competir, está atrelada a instituições não transparentes, como o mercado e o Estado.

No entanto, no Brasil, país onde a escravidão findou-se formalmente, apenas no final do século XIX, o trabalho, e principalmente o trabalho produtivo, braçal era visto como sinônimo de escravidão: “[...] no Brasil o trabalho é partilha do escravo, ser livre é não trabalhar [...]” (*Jornal do Commercio, 1856 apud Vitorino 2007, p.349*)¹⁴.

² Categoria nossa, já que Souza¹³ utiliza-se do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu; Categoria utilizada em sociologia que demandaria certo espaço para expor seu significado.

A escravidão era tratada já naquela época como empecilho ao desenvolvimento do país. Claro que as opiniões muitas vezes racistas, davam conta de que o problema seria o negro e a africanização do Brasil, porém muitos críticos ao sistema escravista reconheciam que a escravidão trouxera um estigma negativo ao trabalho; fato é que mesmo as primeiras tentativas do uso de imigrantes livres vindos da Europa (década de 50), não tiveram muito sucesso: “o colono europeu tem, pois de lutar contra os prejuízos, e ele no seu país que atirava-se a todo o gênero de trabalho procura no Brasil trabalhar por sua conta e afastar-se dos escravos e do desprezo” (*Jornal do Commercio, 1856 apud Vitorino 2007, p.349*)¹⁴.

Assim a seletividade de determinadas profissões permanecem até hoje na dinâmica social brasileira. A ética do desempenho, importada dos países desenvolvidos não faz muito sentido em um país que resguarda os trabalhos intelectuais e técnicos de melhor remuneração e status social aos brancos em geral de família rica e classe média alta; e aos negros e pobres os trabalhos domésticos e produtivos braçais.

Ela não faz sentido, porque só pode tê-lo quando a ética da igualdade é intrínseca à dinâmica social, ou seja, ela está interiorizada no cidadão e se reflete nas instituições públicas, nas políticas públicas, na legislação, no *modus operandi* deste aparato e na prática social diária; no reconhecimento público, na empregabilidade, na igualdade salarial, no tratamento igualitário.

No sul do Brasil temos ainda os encontros interétnicos entre os imigrantes europeus e os *brasileiros*. Esta região recebeu durante o século XIX uma imigração européia dirigida, ou seja, promovida, no intento de desenvolver a agricultura e a indústria da região. Segundo Weber (1998)¹⁵, este encontro étnico se acentuaria no processo de urbanização, ou seja, no desenvolvimento da indústria nas cidades, já que houvera uma preocupação em se colonizar as zonas rurais com imigrantes de origem ou procedência semelhante.

No século XX com o crescimento da urbe, os descendentes de europeus se auto diferenciavam dos “brasileiros”; categoria que abrangia os descendentes de portugueses, os negros e os mestiços. O fato de terem sido, estes imigrantes, a desenvolver regiões agrícolas e terem instalado manufaturas e fábricas,

potencializando a economia e desenvolvendo cidades, gerou uma tensão maior entre as etnias, através da estigmatização dos *brasileiros* por parte dos *de origem* como “menos dispostos ao trabalho” (Weber, 1998).¹⁵

O que reforçava ainda este estigma era a primazia dada pelos patrões (de origem) aos também de origem pelos trabalhos mais técnicos e bem remunerados – estes imigrantes muitas vezes já tinham experiência fabril e conhecimento técnico adquirido; enquanto que aos brasileiros eram ofertados os serviços mais pesados e desqualificados.¹⁴ Tudo isso serviu obviamente como instrumento de poder que transpassa a própria questão de classe social.

Portanto, o conceito de trabalho no Brasil não pode ser considerado com o mesmo sentido que nos países europeus e uma hipótese a ser levantada e de que possa não ter a mesma força social e de regulação ambiental como em outros países.

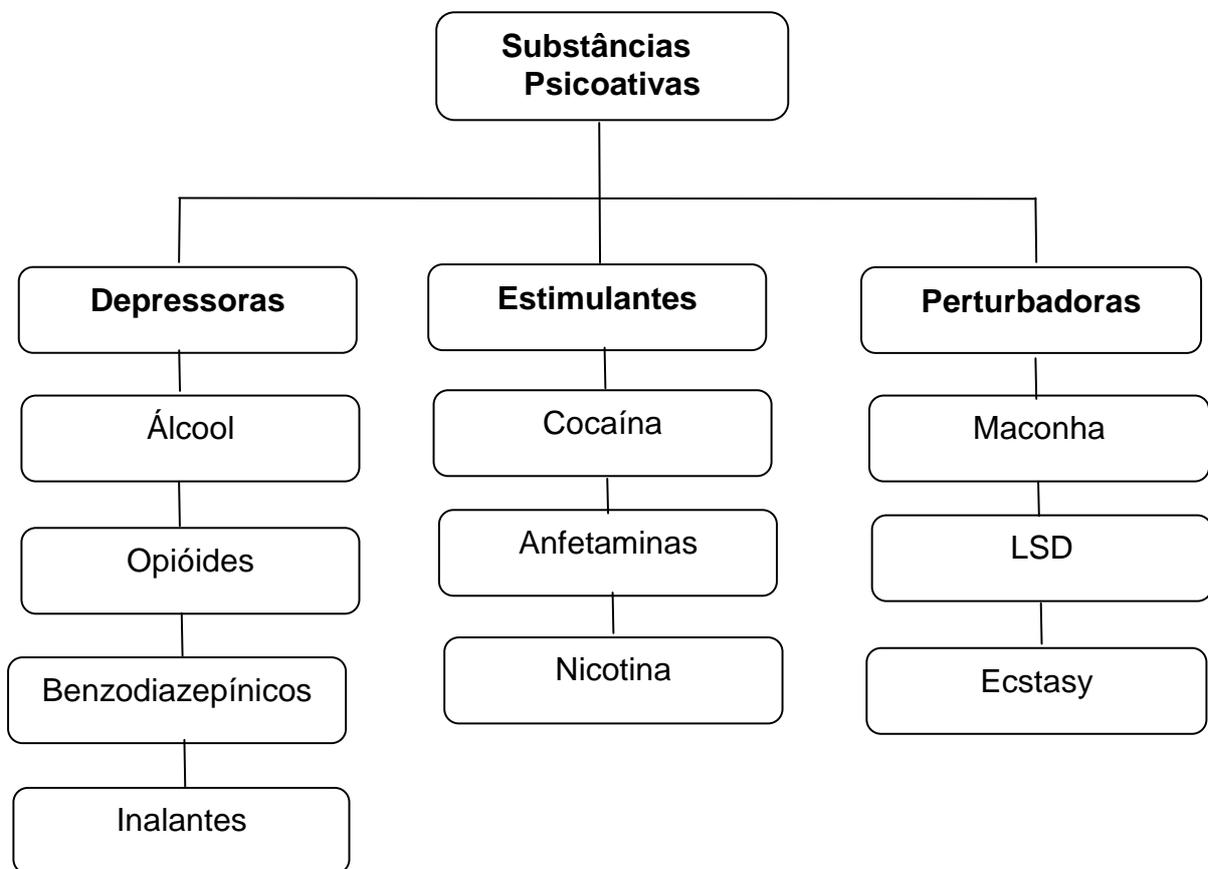
Contudo, podemos pensar que o trabalho, de certa forma, orienta as demais ações da rotina dos indivíduos na atualidade, o que pode, por um lado, ser organizador, mas por outro lado pode ser um fator estressor para aqueles que não se adaptam a este sistema. Para abordar questões relacionadas ao trabalho e a subsistência de pessoas adictas em tratamento, é necessário compreender que esta categoria é uma parte importante neste processo, mas que deve ser considerada tanto como aliada, mas também como um fator dificultador da adesão ao tratamento.

2.4 Dependência Química

A Organização Mundial de Saúde caracteriza a droga como sendo qualquer substância que altera o funcionamento do organismo e que não é produzido por ele. Diferentes tipos de drogas causam efeitos distintos quando consumida, pois agem em áreas específicas do cérebro.

Com relação aos efeitos que causam no organismo, as drogas são classificadas como depressoras (ex. álcool), estimulantes (ex. cocaína, crack) e perturbadoras (ex. maconha).

Figura 2 – Classificação das Substâncias Psicoativas.¹⁶



Com relação ao padrão de consumo de drogas, a OMS, através do CID-10, classifica em uso nocivo aquele caracterizado por um uso onde já é possível identificar prejuízo físico e mental, mas que ainda não preencha critérios para dependência química e a dependência de substâncias, onde sintomas como crise de abstinência fisiológica, compulsão pelo uso, tolerância ao aumentar a quantidade de

droga, entre outras são identificadas. O diagnóstico de dependência só é definitivo quando são identificados 3 ou mais, características descritas no CID – 10, nos últimos 12 meses.

Independente do estágio de dependência em que o indivíduo se encontra, parece ser consenso entre os profissionais que atendem essa população que o vínculo com qualquer modalidade de tratamento facilita o processo de parada ou diminuição do uso de drogas. O tratamento deve vir ao encontro às necessidades individuais do paciente e sua família. Para Pedroso *et al*¹⁷ (2013). As relações entre recaída e um ambiente social propício ao consumo, associadas à crença ou descrença em um auxílio espiritual, prostituição e às complicações legais decorrentes do uso de *crack*, são pontos relevantes e devem ser levados em consideração no desenvolvimento de ações preventivas voltadas a essa população específica.

O *crack* é uma droga derivada da cocaína, sintetizada na forma de pequenas pedras amareladas, que ao serem queimadas emitem um ruído semelhante à palavra a qual a droga é conhecida (KESSLER, PECHANESKY, 2008).¹⁸ Os usuários desta droga vêm sendo associados à criminalidade, contaminação de doenças graves, exposição à violência e degradação. Dentre os usuários de *crack*, Oliveira (2008)¹⁹ aponta um perfil composto de indivíduos do sexo masculino, jovens, solteiros, baixa escolaridade e baixa classe socioeconômica, sem vínculos empregatícios formais e usuário de múltiplas drogas. No entanto, este perfil vem se modificando, incluindo mulheres e indivíduos advindos de classes sociais mais elevadas.

No ano de 2002 foi instituída a Política Nacional Antidrogas, que foi o marco inicial para a trajetória de implantações de serviços voltados para usuários de álcool e outras drogas. Em dezembro de 2011 foi lançado pelo Governo Federal o Programa “**Crack, é possível vencer**”, que propõe ações voltadas para a Prevenção, Cuidado e Autoridade, que trazem diretrizes relacionadas às ações preventivas, tratamento e reinserção social de usuários de *crack*.

2.5 Modalidades de Tratamento para Dependência Química

A Política Nacional sobre Drogas² (2004) vem complementar a Lei 10.216/2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental), especificando ainda mais o cuidado para o usuário de drogas. Como principais dispositivos de cuidado temos:

CAPS – O CAPS é o serviço que está no centro das redes de apoio, e que se caracteriza por ser um espaço de referência para o usuário, onde os pacientes possam ter um atendimento individualizado através de projeto terapêutico que atendam as demandas identificadas. Dentre os recursos mais utilizados neste serviço estão os atendimentos em grupo, atendimentos individuais e atendimentos para a família. Os CAPS são serviços territorializados, e devem atender a comunidade onde está instalado. De acordo com a população, os CAPS podem ser classificados com CAPS I (população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (população acima de 200.000 habitantes), CAPS i (população acima de 150.000 habitantes) e CAPS AD (população acima de 70.000 habitantes).

Os CAPS AD são serviços especificamente voltados para usuários de álcool e outras drogas.

Unidades de Acolhimento – caracteriza-se por ser um serviço voltado para pessoas usuárias de álcool e outras drogas, que apresentam prejuízos sócio-familiar, que estão em situação de vulnerabilidade e que não dispõem de um suporte básico que viabilize tratamento. São moradias transitórias e voluntárias para pessoas que não necessitam de internação em leito hospitalar, mas que precisam de um suporte mais amplo e integral.

Consultórios na Rua – são espaços onde são prestados atendimentos clínico-comunitários no próprio ambiente do usuário, facilitando o acesso de uma parcela mais vulnerável que estão à margem da rede assistencial. Este dispositivo tem como objetivo aproximar o usuário, principalmente moradores de rua, dos serviços já

existentes, construindo uma relação de proximidade com aqueles que estão excluídos socialmente.

Hospitais Gerais – a internação em um ambiente hospitalar é um recurso utilizado em momentos de crise, onde o indivíduo se encontra em geral, com um prejuízo clínico e social que necessite de intervenção urgente e intensiva. Este dispositivo pode ser utilizado tanto por pacientes em tratamento como por aqueles que buscam iniciar um processo terapêutico, mas que não o conseguem sem que se tenha um afastamento temporário do ambiente de uso.

Comunidades Terapêuticas – São locais de atendimento onde o indivíduo é submetido a um longo período de tratamento (em média 9 meses), voltadas para pessoas que necessitam de um espaço protegido. Caracteriza-se por ser um ambiente estruturado, com regras, limites e rotinas bem delimitados. São instituições sem fins lucrativos, com co-financiamento do governo.

2.6 Dependência Química e sua influência sobre os *zeitgebers*

Alterações cerebrais podem ser desencadeadas pelo uso abusivo ou dependência de drogas. O uso abusivo de álcool, por exemplo, pode acarretar Síndromes de Wernicke/Korsacoff, causadas pela deficiência de tiamina (vitamina B1), importante para o cérebro. Estas síndromes se caracterizam por confusão mental, paralisia dos nervos e déficit de memória, respectivamente. Para Costa²⁰, o uso intenso de cocaína ocasiona alterações morfológicas que indicam a perda de tecido cerebral, presumivelmente irreversível, associadas às perdas cognitivas. Para Costa ainda:

“em pacientes que abusam da cocaína os danos estruturais também indicam diminuição de massa cinzenta no córtex órbito-frontal. Essa região, durante a abstinência, encontra-se hipoativa em relação aos níveis de receptores de dopamina D2 no *striatum* e é associada a

comportamentos repetitivos compulsivos no estado de dependência, sendo ainda envolvida nos processos de tomada de decisão (escolha, recompensa, punição) e atribuição de valência emocional aos estímulos do ambiente. "(Kessler, 2007 *apud* Costa, 2012)²⁰.

Em usuários de *crack*, além da inalação da cocaína, ocorre a inalação de uma substância conhecida como metilecgonidina, muito nociva para o cérebro. Segundo Garcia, esta substância é responsável pela morte de células neuronais de maneira mais intensa, comparada com outras formas de consumo de cocaína, ocasionada por estresse oxidativo no sistema nervoso central²¹.

Em um estudo realizado com camundongos com o objetivo de verificar a influência da cocaína no ritmo circadiano através do núcleo supraquiasmático revelou que a exposição aguda à cocaína afeta diretamente a regulação dos arrastadores fóticos e não fóticos, prejudicando assim a sincronia normal com o ambiente exterior, fundamental para manter a harmonia entre os processos rítmicos diários²².

Por esta razão podemos pensar que os *zeitgebers* sociais essenciais na regulação de tempo dos seres humanos, passam a ter a sua potencialidade diminuída frente aos danos causados pela droga no cérebro de usuários abusivos, visto que a integridade cerebral torna-se prejudicada pela agressão proveniente do uso de substâncias psicoativas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar se os aspectos cronobiológicos de pacientes dependentes de *crack* internados para tratamento podem ser fatores associados à dependência ao *crack*.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar se o trabalho confere algum grau de proteção quanto ao abandono prévio de tratamento.
- Verificar a adesão às atividades propostas na internação, através da Escala de Ritmo Social.
- Verificar a existência de um padrão no cronotipo de pacientes com o perfil estudado.

4. MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal, onde foram abordados 50 indivíduos de maneira consecutiva, do sexo masculino, com idade entre 18 e 50, usuários de *crack* com baixa hospitalar na Unidade de Adição – HCPA e que haviam concluído a etapa de desintoxicação. Os pacientes foram abordados após a fase de desintoxicação, que varia de 7 a 10 dias de internação. Foram incluídos no estudo apenas os indivíduos que aceitaram, de maneira voluntária, participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

Os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram:

- **Formulário de Identificação:** formulário composto de questões discursivas e de múltipla escolha, desenvolvido para este estudo, cujo objetivo consistia em conhecer os dados pessoais do participante da pesquisa, bem como constituição familiar, situação habitacional, situação de emprego e aspectos socioassistenciais. Neste questionário também foram questionados aspectos relacionados às drogas associadas ao uso de *crack* e sobre tratamentos prévios. (Anexo 1)
- **MEQ: Questionário para Identificação de Indivíduos Matutinos e Vespertinos:** Instrumento aplicado com o objetivo de conhecer o cronotipo dos pacientes estudados, verificando padrões que auxiliem no planejamento terapêutico dos indivíduos de maneira grupal e/ou individual. O questionário utilizado será a versão adaptada para o Português. (Anexo 2)

- **Escala de Ritmo Social – Versão breve (ERS-6):** a Escala de Ritmo Social, cujo objetivo visava conhecer, de maneira simples, os eventos da vida diária do paciente (SCHIMITT; HIDALGO, 2012)¹. É composta de 06 itens, auto-aplicável, devendo ser preenchida por 07 dias consecutivos e devolvida ao pesquisador após a conclusão. (Anexo 3)

- **Revisão de prontuários:** com o objetivo de complementar os dados relacionados com o sono dos participantes foi realizada uma revisão nos prontuários, mais especificamente na *anamnese* da equipe de enfermagem, onde constam informações a respeito do sono-vigília dos pacientes.

5. RESULTADOS

A idade média dos participantes da pesquisa foi de 34,6 anos e a renda familiar média foi de 1,8 salários mínimos, com um percentual de 40% dos indivíduos tendo renda familiar mensal de 3 salários ou mais. Valor de 1 salário mínimo é igual a R\$ 740,00 (U\$ 308,33) em agosto de 2014. (Tabela 1)

Dos indivíduos que estavam trabalhando ou em benefício do INSS (60%), 14% desenvolviam as suas atividades no comércio, e cerca de 12% trabalhavam na construção civil. O estado civil predominante foi o solteiro (54%) e a religião predominante a católica (50%). Com relação à situação de moradia, 72% dos entrevistados afirmaram residir em casa própria da família, e com média 2,84 pessoas por domicílio. (Tabela 1)

Sobre as drogas associadas ao *crack*, o álcool e o tabaco apareceram em 54% dos casos. A maconha estava presente em 36% das associações às outras drogas.

Questionados a respeito de tratamentos prévios para dependência química, 60% já haviam internado em hospital ao menos uma vez na vida. Um total de 38% já havia realizado tratamento em CAPS e 80% nunca procurou atendimento em ambulatório especializado. Com relação ao abandono prévio de tratamento, 58% afirmaram já ter abandonado algum tratamento prévio a atual internação. No entanto, 76% tiveram alta médica da internação na qual foram abordados para a pesquisa. O principal motivo para o abandono prévio foi relatado como sendo a dificuldade de adesão ao tratamento proposto (18%), seguido de recaídas no uso (12%) e motivos trabalhistas (10%). Não foram identificadas correlações com o abandono prévio de tratamento e o trabalho e a profissão dos participantes. (Tabelas 2). No entanto percebe-se que quanto maior a escolaridade, maior foi o abandono de tratamento. (Tabela 2). Com relação ao acesso à Rede de Assistência Social, apenas 16% tinham cadastro no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou era atendido no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). (Tabela 1)

Durante a internação, 26% afirmaram ter sono irregular no momento da baixa, e 20 % mencionaram ter dificuldade para dormir ou insônia. Com relação ao cronotipo, 48% da amostra foram classificadas como matutinos moderados, e 36% como sendo intermediários. A média dos HITs, ou seja, a representação da regularidade das atividades desenvolvidas ficou em torno de 5,89 e a média dos ALIs que é o montante de atividades desenvolvidas foi de 33,80. Os pacientes internados apresentaram um alto índice de regularidade, comparado com pessoas sem uso de drogas não internadas (4,2).¹

Foi encontrada significância correlacionando os escores de HIT e ALI, o que sugere que quanto maior o número de atividades maior a regularidade com que foram desenvolvidas. Os resultados do teste *t* das médias para substâncias associadas ao uso de *crack* sugeriram que as pessoas que não utilizavam maconha tinham uma tendência a ter um escore mais elevado no MEQ, o que corresponde à cronotipos matutinos. (Tabela 3)

6. REFERÊNCIAS

01. Schimitt RL, Hidalgo MPL. Desenvolvimento da versão breve da escala de Ritmo Social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2012, 61(2): 89-95.

02. Grandin LD, Allot LB. ABRAMSON, L.Y. The social zeitgeber theory, circadian rhythms and mood disorders: review and evaluation. *Clin Psychol Rev*. 2006.

03. Schimitt RL, Hidalgo MPL, Caumo W. Ritmo social e suas formas de mensuração: uma perspectiva histórica. 2010. Em <http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a11>.

04. Halpern, SC. Abordagem Familiar. *Tratamento da Dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. Brasília: SENAD; 2012; 149-157.

05. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health*. 2010:671. [PMC free article] [PubMed]

06. Randler C, Schaal S. Morningness-eveningness, habitual sleep-wake variables and cortisol level. *Biol Psychol*. 2010.

07. Monk *et al*. Regularity of Daily life in relation to personality, age, gender, sleep quality and circadian rhythms. *Journal of Sleep Research*. 1994, 3, 196-205.

08. Alam, MF. A relevância da Cronobiologia no processo saúde-doença: relação do Cronotipo com o estilo de vida e saúde. Tese de Doutorado. UFRGS, 2012.
09. Prat G, Adan A. Influence of Circadian Typology on Drug Consumption, Hazardous Alcohol use, and Hangover Symptoms. *Chronobiology International*, (2011). 28(3): 248–257.
10. Adan A. Ritmicidad circadiana y adicción. *ADICCIONES*. 2010: v. 22, p. 5-10
11. Aschoff, J. Circadian Rhythms in Man. A self-sustained oscillator with an inherent frequency underlies human 24-hour periodicity. *Science* 1965. 148:1427-1432.
12. Kosobud AEK. Gillman AG, Leffel JK, Pecoraro NC, Rebec GV, Timberlake W. Drugs of abuse can entrain circadian rhythms. *TheScientificWorldJOURNAL* 7(S2),2007:203–212.
13. Souza J. A gramática social da desigualdade brasileira. *Revista brasileira Ciências Sociais*. Fevereiro de 2004. São Paulo, v. 19, n. 54.
14. Vitorino, A.J. Por que o trabalhador livre nacional não foi aproveitado durante a escravidão? Notas sobre a história do trabalho. *Rev. Histórias Unisinos*. 11(3):342-358, Setembro/Dezembro 2007.
15. Weber, Regina. Encontros étnicos em situações de industrialização. *Anos 90 (PPGH - UFRGS) Porto Alegre* n.9, p. 27-32, 1998.

16. Kreische F, Sordi AO, Diemen L. Conceitos Básicos no Transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas. *Tratamento da Dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. Brasília: SENAD; 2012.
17. Pedroso R, Kessler F, Pechansky F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35(1) – 36-45.
18. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* . 2008: v.30, nº2, p.96-98.
19. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Revista de Saúde Pública*. 2008: v.42, n. 4, p.664-671.
20. Costa NS, Machado, DM. Neurobiologia e neuropsicologia na esquizofrenia e no uso de cocaína. *Ver. Med. Minas Gerais*. 2012; 22(2):199-205.
21. Garcia, RC. Efeitos degenerativos da metilecgonidina e da cocaína em cultura celular primária do hipocampo. Universidade de São Paulo. Tese apresentada para obtenção de título de mestre. São Paulo, 2009.

22. Glass, DJ. Brager, AJ. Cocaine modulates pathways for photic and nonphotic entrainment of the mammalian SNC circadian clock. *American Journal Of Physiology*. 2012. Vol. 302, nº 6.

23. Medeiros KT *et al.* Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicol. estud.* [online] Maringá, 2013, vol.18, n.2, pp. 269-279.

7. ARTIGO

O PAPEL DO TRABALHO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

THE ROLE OF WORK IN THE HEALTH-DISEASE PROCESS IN CRACK- DEPENDENTS

Ana Cristina da Silva¹, Felipe Weber², Ana Adan³, Maria Paz Loayza Hidalgo⁴

1 Assistente Social Mestre em Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

2 Sociólogo Especialista Planejamento no Trabalho Social, Técnico em Metrologia e Qualidade - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – Inmetro, Brasil.

3 Professora Titular do Departamento de Psiquiatria e Psicobiologia Clínica, Universidade de Barcelona, Espanha.

4 Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

Agência Financiadora: FIPE – Nº CAAE 142640130000053

CEP/HCPA 13-0268

Correspondência:

Ana Cristina da Silva

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – UFRGS

Laboratório de Cronobiologia HCPA/UFRGS

Rua Álvaro Alvim, 400, Unidade de Adição, Porto Alegre, RS, Brasil

CEP-90035-903

E-mail: aniress@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: O trabalho tem papel importante na organização das vidas das pessoas na sociedade atual, podendo auxiliar no preenchimento da rotina, na elevação da autoestima, na sensação de pertencimento à sociedade e na reafirmação da cidadania. **Objetivo:** O presente estudo se propõe a aprofundar o tema do trabalho e suas repercussões na vida dos pacientes adultos dependentes de *crack*, internados na Unidade de Adição/Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados apresentados fizeram parte de um estudo mais amplo, denominado “Aspectos cronobiológicos como preditores de adesão ao tratamento de dependentes de *crack*”. (CEP/HCPA 13-0268). **Casuística e Métodos:** Entrevistaram-se 35 pacientes em tratamento e aplicados questionários sociodemográficos que permitiram conhecer a situação social, de moradia, renda, trabalho e emprego, tratamentos prévios e rede socioassistencial dos participantes. **Resultados:** Encontraram-se indivíduos com média de idade de 34,3 anos (34,34 ±10,02) em que mais da metade é representada por sujeitos solteiros, com maior predominância na religião católica (54,3%). Observou-se que a escolaridade predominante é o Ensino Fundamental Incompleto (37,1%), ou seja, menos de sete anos de estudo. Do total da amostra, 40% encontravam-se desempregadas e a profissão mais citada foi na construção civil (31,7%). Do total de participantes que informaram ter abandonado tratamento prévio, 14,3% haviam desistido do tratamento por motivos trabalhistas. **Conclusão:** A dependência de *crack* torna-se um fator dificultador na vida do trabalhador, ao passo que a estrutura da sociedade atual parece não tolerar/admitir as consequências da doença. O trabalho pode ser um fator protetor quando combinado com outras ações facilitadoras do processo de

tratamento desses indivíduos, porém, pode ser também um fator estressor considerado a estrutura em que se baseia o processo de produção na atualidade.

Descritores: Dependência; *Crack*; Trabalho; Sociedade; Direitos Sociais.

Abstract

Introduction: The work has an important role in the organization of people's lives in today's society, and it can help to fulfil the routine, increasing the self-esteem, stimulating the feeling of belonging to society, and reaffirming the citizenship.

Objective: The present study sought to conduct an in-depth analysis of the issue of work and its repercussions on the life of adult inpatients with crack cocaine-related disorders recruited at the Addiction Unit/Unidade Álvaro Alvim of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The data presented herein are part of a broader study, "Aspectos cronobiológicos como preditores de adesão ao tratamento de dependentes de *crack*" [Chronobiological aspects as predictors of treatment adherence in patients with crack cocaine dependence]. **(CEP/HCPA 13-0268) PATIENT AND Methods:** We

interviewed 35 patients undergoing drug therapy using questionnaires, and we collected data on sociodemographic characteristics of their social status, housing, income, work, employment, previous treatment, and social support network. **Results:**

The mean age of participants was 34,3 years (34,34 ±10,02) Most of the patients were single and Roman Catholicism was the predominant religion (54.3%). The predominant level of educational status was incomplete primary/elementary education (37.1%), i.e., <7 years of schooling. Overall, 40% of participants were unemployed. The most common occupation was in the building construction (31.7%).

Of all the sample participants, 14.3% dropped out of the previous treatment due to work-related reasons. **Conclusion:** Crack cocaine-related disorders become a

complicating factor in the workers' lives, while the current society structure does not tolerate or admit the consequences of this disease. In this population, work can be both a protective factor, when combined with other actions to facilitate the treatment process, and a stressor, in view of the structures on which current production processes are based.

Keywords: dependence, crack cocaine, work, society, social rights.

Introdução

A dependência química é considerada uma doença de ordem psiquiátrica, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1965. No II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005, que entrevistou 7.939 brasileiros nas capitais, verificou-se que 19,4 % dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga na vida, excluindo álcool e tabaco⁽¹⁾.

A drogadição é um problema de proporções epidêmicas, que compreende todos os segmentos da sociedade com consequências em todas as áreas da vida dos usuários de drogas e sua família⁽²⁾.

O trabalho com recuperação de indivíduos dependentes químicos vem sendo um tema bastante discutido nas esferas pública e privada, nas áreas da saúde, segurança e assistência social nos últimos anos, sendo impulsionado pela epidemia do crack. Apesar de ser uma droga considerada recente, o *crack* demonstra um efeito devastador na sociedade, o que resultou numa preocupação maior por parte dos profissionais e pesquisadores da saúde no Brasil⁽³⁾.

O *crack* é uma droga derivada da cocaína, sintetizada na forma de pequenas pedras amareladas, que ao serem queimadas emitem um ruído semelhante à palavra com a qual a droga é conhecida⁽³⁾. Trata-se de uma droga ilícita ou ilegal,

sendo a sua produção, comercialização ou consumo considerado crime⁽¹⁾. Os usuários dessa droga frequentemente são associados à criminalidade, contaminação de doenças graves, exposição à violência e degradação. Os tratamentos oferecidos atualmente pelo Sistema Único de Saúde são compostos de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPS AD, Ambulatórios Especializados em Dependência Química, Consultórios na Rua, Comunidades Terapêuticas Conveniadas e Leitos Hospitalares para Dependência Química⁽⁴⁾. Portanto, a dependência química apresenta um gasto social direto e indireto, o que torna essencial a articulação de políticas de reabilitação e de reinserção social⁽⁵⁾, bem como o levantamento das principais expressões da questão social detectadas pertinentes a essa população.

Após o período de desintoxicação da droga, questões da vida social do indivíduo que antes eram negligenciadas, por conta do uso intenso da droga, passam a fazer parte novamente da sua vida, como, por exemplo, questões relacionadas à subsistência, trabalho e emprego. O Relatório Nacional Sobre Drogas de 2010, em pesquisa realizada de 2001 a 2006, mostrou que o maior percentual de afastamento do trabalho está relacionado ao uso de álcool, seguido da cocaína⁽⁶⁾. Em estudo realizado sobre o consumo de drogas com 12.700 trabalhadores de diferentes empresas do Brasil, identificou-se a presença de alguma droga de abuso em 1,8 % da amostra analisada. Realizou-se coleta de urina de indivíduos provenientes das cinco regiões do país e a droga ilícita de maior uso foi a maconha (59,9%), seguida da cocaína (17,7%)⁽⁷⁾.

O objetivo deste artigo é abordar o tema trabalho no processo de saúde e doença dos indivíduos dependentes de *crack* internados para tratamento. Nenhum estudo prévio avaliou em pacientes dependentes de *crack* em tratamento se o

trabalho pode ser um motivo de abandono de tratamento. Por este motivo buscamos abordar esta questão, uma vez que o trabalho compõe parte do processo de reabilitação psicossocial destes pacientes.⁽⁴⁾

Casuística e Métodos

Essa amostra é parte dos dados coletados no período de maio a dezembro de 2013 para o estudo intitulado **Aspectos cronobiológicos como preditor de adesão ao tratamento de dependentes de crack**, realizado na Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde se abordaram 35 pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁽⁸⁾, que estavam em boas condições clínicas, com idade entre 18 e 55 anos, dependentes de *crack* desintoxicados e em fase de reabilitação (após um mínimo de 7 dias de internação).

Os participantes responderam a um questionário, de maneira individual, composto de questões discursivas e de múltipla escolha, desenvolvido para este estudo, cujo objetivo consistia em explorar a situação de trabalho e emprego, aspectos sociodemográficos e de tratamentos prévios. O questionário foi aplicado por duas Assistentes Sociais pesquisadoras e trabalhadoras da Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, utilizando técnicas de entrevistas do Serviço Social.⁽⁹⁾

Análise Estatística

Descreveram-se as variáveis categóricas com frequência absoluta e relativa. Representaram-se as variáveis quantitativas por média e desvio-padrão, quando

possuíam distribuição gaussiana, ou por mediana e intervalo-interquartílico quando apresentaram distribuição assimétrica. Utilizou-se para análise o software SPSS v.18. Adotou-se nível de significância de 0,05.

Resultados

Na Tabela 1, a média de idade do grupo estudado foi de 34,3 anos (34,34 \pm 10,02), tendo uma parcela de 16% na faixa etária dos 30 a 40 anos. Do total da amostra, 57,1% foi composta de indivíduos solteiros, seguido por 17,2% de casados ou em união estável. A religião predominante foi a católica, composta de 54,3% da amostra estudada.

Observou-se que a escolaridade predominante era o Ensino Fundamental Incompleto, ou seja, menos de 7 anos de estudo. Chama atenção um percentual significativo de indivíduos que iniciaram um curso superior, e que somaram mais de 12 anos de estudo (11,4%).

A profissão predominante entre os pesquisados, com 31,7%, concentrou-se na área da construção civil, que abrangia atividades como pedreiro, servente de obra, gesseiro, dentre outras. Logo após, observaram-se atividades abrangendo o comércio, com 20,1%. Aproximadamente 40% estavam desempregadas, seguido por indivíduos empregados com carteira assinada. (Tabela 2)

A renda mensal mais encontrada foi a de um salário mínimo (40%), o que equivalia em janeiro de 2014 à R\$740,00 (U\$327,43). (Tabela 2)

De um total de 30 pacientes, 23 indivíduos afirmaram ter abandonado o tratamento anterior à internação hospitalar. Destes, 5 (21,7%) participantes relacionaram o abandono às situações relacionadas ao trabalho. A média de idade

foi de 34,6 anos (34,34 \pm 10,02) e a renda familiar média, em torno de 1,9 salários mínimos (1,91 \pm 1,16). (Tabela 3)

Sobre a situação de emprego daqueles que já haviam abandonado tratamentos prévios, 11 participantes estavam empregados ou recebendo benefício previdenciário. Dos 23 indivíduos entrevistados, 17 eram solteiros e 07 haviam completado o ensino fundamental. Verificou-se na análise dos dados coletados que a situação de trabalho não influenciou no abandono prévio de tratamento e quanto maior o grau de escolaridade maior o índice de abandono. (Tabela 4)

Discussão

A amostra do presente estudo foi composta de indivíduos jovens adultos, com baixa escolaridade e usuários de múltiplas drogas. No entanto, esse perfil vem se modificando, incluindo mulheres e indivíduos advindos de classes sociais mais elevadas⁽¹⁰⁾. O que chama a atenção, é que neste trabalho, uma das justificativas frequentes para solicitações de alta é obrigatoriamente estar presente no trabalho. Observou-se que trabalhadores informais que não têm qualidade de segurado do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS⁽¹¹⁾, por vezes, questionam se deveriam permanecer internados, pois como proveem a única fonte de renda, preocupam-se com o sustento da família. O INSS é o órgão responsável pela Previdência Social, que é um seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice⁽¹¹⁾.

O argumento relacionado ao trabalho pode ser um ponto positivo se visto dentro do processo de recuperação/manutenção da qualidade de vida do dependente químico, pode ser um fator protetor contra lapsos e recaídas no uso de substâncias psicoativas, tendo papel importante na organização da vida, no

preenchimento da rotina, na elevação da autoestima e na sensação de pertencimento à sociedade, colaborando com a consolidação da cidadania desses indivíduos. Por outro lado, pode-se pensar se a forma de inserção no mercado de trabalho também serve como estressor e, portanto, como fator de risco para pessoas que não conseguem competir neste meio.

Apesar de algumas empresas ou instituições já estarem voltadas para a importância da prevenção e cuidado com a dependência química, a maneira com que a sociedade alicerça as relações de trabalho, na atualidade, parece não comportar um trabalhador com uma doença crônica, multifatorial e de difícil tratamento como a dependência química, principalmente por ele ser passível de recaídas e sem nenhuma garantia de melhora ou remissão dos sintomas. Portanto, é fundamental entender de que forma o conceito de trabalho se forma na América Latina, espaço de convivência de diversas culturas.

Historiadores e sociólogos nos trazem a clareza do valor do trabalho. Partimos do pressuposto de que o Brasil é um país “moderno”, porém de características diferentes de países desenvolvidos, a começar pelo seu processo de modernização tardio e exógeno, ou seja, por meio de modelos importados, ao contrário dos processos de lutas e conquistas internas como aconteceu nos países europeus (Souza, 2004)⁽¹²⁾. A constituição do arcabouço legislativo moderno brasileiro (posterior ao império), e de suas instituições estatais se deu historicamente referenciadas ao trabalhador e sua família, e ainda mais, ao trabalhador urbano; havia na era Vargas (anos 30), um claro projeto político de modernização por intermédio da industrialização e desenvolvimento das cidades em detrimento do setor agrícola e, conseqüentemente, do trabalhador rural. O cidadão, protegido pelo Estado, suas leis e instituições como previdência social, assistência social,

legislação trabalhista, deveria estar nas cidades, na indústria, na produção. Portanto, a preocupação que os pacientes apresentaram em relação aos benefícios previdenciários tem sua base desde essa época.

Souza⁽¹²⁾ (2004) relata que a diferença mais significativa da sociedade moderna brasileira para a modernidade européia, é que na primeira existe um estrato social com status de subcidadania, com subempregos e, em geral, muito dependentes de programas governamentais, tratando-se de um fenômeno de massa, enquanto que na segunda, quando existentes, são fenômeno marginal ou secundário.⁽¹²⁾ Ainda devemos lembrar que na idade média, o *status* social era herdado geneticamente, ou dado por meio de títulos; valorizavam-se a honra, e atitudes ligadas à estética da nobreza, como as artes e o espírito guerreiro. Na sociedade moderna passa-se a dar valor ao que é conquistado, àquele que adquire dinheiro, bens e capital, ao domínio técnico, ao trabalho produtivo.

Conclusão

O trabalho passa a ter um valor positivo na sociedade, agregando e definindo *status* ao que o detém. Desde essa época o mercado passa a determinar a noção de tempo e, portanto, passa a influenciar a fisiologia humana, sendo considerado um importante *zeitgeber*⁽¹³⁾, ou seja, marcador de tempo biológico. Essa noção é pouco consciente pelos pacientes objetos da pesquisa, mas acaba sendo percebida e expressada pelo desejo de comparecer ao trabalho ou justificar sua não adesão a tratamento, a partir da necessidade de permanecer ligado ao mercado, uma vez que o paciente percebe que o trabalhador da saúde que o atende tende a ser sensível a essa explicação, já que esse trabalhador também tem o trabalho como valor ético.

Toda esta discussão deixa claro o *status* ambivalente da categoria “trabalho”, que pode ser opressor e estressor, já que exige a psicofisiologia dos sujeitos, como também redentor e libertador ao passo em que, além de garantir a manutenção de suas necessidades fisiológicas, pode realizá-lo psicologicamente e socialmente.

Em virtude dessas características, faz-se importante aprofundar o estudo das consequências do trabalho na fisiologia humana e no processo saúde/doença, de forma a propor medidas baseadas nas evidências de estudos bem delineados com metodologia rigorosa, a fim de tomarmos a melhor decisão clínica perante a dependência química.

Agradecimento

Marlova Schmidt – Assistente Social da Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Referências

1. Brasil. SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006; acesso em 2014 Abr 9] Disponível em: www.obid.senad.gov.br/portais/OBID
2. Halpern, SC. Abordagem Familiar. Tratamento da Dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD; 2012; 149-157.
3. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008; 30 (2): 96-98.
4. Laranjeira R. Bases do tratamento da dependência de *crack*. In: Ribeiro, M.; Laranjeira, R. (Eds.). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed. 2012; 23-90.
5. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Brasil. SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade

Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009; acesso 2014 Mar 9]

Disponível em: www.obid.senad.gov.br/portais/OBID

7. Silva OA, Yonamine M. Drug abuse among workers in Brazilian regions. *Revista de Saúde Pública*, Aug. 2004; 38 (4): 552-556.

8. _____, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e novas regulamentações de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº196, 10 de out, 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

9. Lewgoy AMB, Silveira EC. A entrevista no processo de trabalho do Assistente Social. *Revista Virtual Textos & Context.* 2007; 6 (2): 233-251.

10. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the *crack* cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Revista de Saúde Pública.* 2008; 42 (4): 664-671.

11. Instituto Nacional de Previdência Social; acesso em 2014 Abr 20. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/inicial-inscricao-o-que-e/>.

12. Souza J. A gramática social da desigualdade brasileira. *Revista Brasileira Ciências Sociais.* 2004; 19 (54): 79-96.

13. Schimitt RL, Hidalgo MPL, Caumo W. Ritmo social e suas formas de mensuração: uma perspectiva histórica. *Estud Pesq Psicol.* 2010; 2: 457-70.

TABELA 1 – Aspectos sociodemográficos de pacientes dependentes de *crack* internados na Unidade de Adição do HCPA (n=35)

Variáveis	N	%
Idade		
19 a 29 anos	11	31,5
30 a 40 anos	16	45,8
40 a 59 anos	08	23,2
Estado Civil		
Solteiro	20	57,1
Casado/ União Estável	08	22,9
Separado/ Divorciado	06	17,2
Viúvo	01	2,9
Religião		
Católica	19	54,3
Evangélica	07	20,0
Cristão/ sem religião específica	07	20,0
Afro-Brasileiras	02	5,7
Escolaridade		
Analfabeto	01	2,9
Fundamental Completo	09	25,7
Fundamental Incompleto	13	37,1
Médio Completo	06	17,1
Médio Incompleto	02	5,7
Superior Incompleto	04	11,4

TABELA 2 – Situação de trabalho e renda de pacientes dependentes de *crack* internados na Unidade de Adição do HCPA (n=35)

Variáveis	N	%
Profissão		
Construção Civil	12	31,7
Serviços Gerais	06	17,3
Segurança/Vigilante	04	11,5
Taxista/Caminhoneiro	02	5,8
Cozinheiro/Auxiliar de Cozinha	02	5,8
Comércio	07	20,1
Não Tem	01	2,9
Situação de Trabalho		
Desempregado	14	40,0
Autônomo/Bicos	08	22,9
Empregado	11	31,4
Benefício INSS	02	5,7
Renda Familiar		
Menos 1 salário	04	11,4
1 salário mínimo	14	40,0
2 salários mínimos	04	11,4
3 salários mínimos	12	34,3
Mais de 3 salários mínimos	01	2,9

TABELA 3 – Motivos de abandono de tratamento prévio à internação na Unidade de Adição do HCPA (n=35)

Variáveis	N	%
<i>Missing</i>	5	14,3
Dificuldade de adesão ao tratamento	6	17,1
Não abandono	7	20,0
Outros	5	14,3
Primeiro Tratamento	3	8,6
Recaída	4	11,4
Trabalho	5	14,3
Total	35	100,0

TABELA 4 – Características sociodemográficas relacionadas ao abandono/ não abandono de tratamento prévio (n=35 - *missing* = 05)

Variável	Abandono de Tratamento Prévio N=23	Não Abandono N=7	Teste
Estado Civil			
Solteiro/ Separado/ Viúvo	17	05	$\chi^2 = 8,79$
Casado/ União Estável	06	02	($p = 0,36$)
Média de Idade	34,65 ± 10,32	33,86 ± 12,46	$t = - 0,17$ ($p = 0,86$)
Renda Média	1,91 ± 1,16	1,43 ± 1,27	$t = - 0,91$ ($p = 0,35$)
Situação de Trabalho			
Empregados/ Benefício	11	02	
Autônomos/ Bicos	05	02	$\chi^2 = 2,15$
Desempregado	07	03	($p = 0,9$)
Escolaridade			
Analfabeto	00	00	
Fundamental Incompleto	06	03	
Fundamental Completo	07	02	$\chi^2 = 13,69$
Médio Completo	05	01	($p = 0,18$)
Médio Incompleto	02	00	
Superior Incompleto	03	01	
Religião			
Católica	11	05	$\chi^2 = 8,15$
Evangélica	05	00	($p = 0,61$)
Cristão/ Outras	05	02	
Afro-Brasileira	02	00	

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme revisado anteriormente a regularidade na vida dos seres humanos é um fator essencial para a manutenção da qualidade de vida. As relações sociais têm um papel importante na regulação da rotina diária, o que confere uma previsibilidade das ações, prevenindo situações de estresse. Em indivíduos usuários de *crack* podemos perceber uma regularidade baseada no uso da droga, sendo, portanto, essencial estabelecer o rompimento com este padrão e redefinir uma ritmicidade baseada em atividades que não esteja relacionada com o contexto do uso de substâncias psicoativas.

A deterioração da vida social nesses indivíduos também é um fator complicador, uma vez que a interação social é um importante *zeitgeber*. Portanto, a sequência de tentativa e fracasso no processo de recuperação combinadas com as repercussões sociais do uso de drogas em dependentes químicos acabam por repelir pessoas importantes do convívio. Para Medeiros *et al*²³ (2013), os conflitos gerados no contexto de uso abusivo de drogas apontam para o adoecimento dos membros dessa família e a baixa de sua qualidade de vida. Estes fatores abalam profundamente toda a família, fazendo surgirem sentimentos negativos como angústias e medo, e como consequência, percebe-se o desequilíbrio, que muitas vezes leva à quebra do vínculo entre seus membros. Assim, passam a contar cada vez menos com um importante recurso de regulação de tempo: as relações sociais.

O Programa de Recuperação proposto pela Unidade de Internação em Adição (UAA/HCPA) é baseado em atividades individuais e de grupo estruturadas, que confere uma previsibilidade ao paciente internado. O indivíduo é exposto a uma rotina diária preestabelecida, com atividades diurnas intensas e atividades noturnas pouco estimulantes. Apesar de não ter sido encontrada relação estatística entre a regularidade das atividades realizadas na internação e o abandono prévio ao tratamento, a sincronização do ritmo social nesses indivíduos pode estabelecer uma maior organização das atividades e, portanto, uma maior possibilidade de cumprir com o plano terapêutico proposto após a alta hospitalar. A alta ritmicidade encontrada nos pacientes sugere que é possível estabelecer um ritmo saudável,

baseado em atividades de tratamento. No entanto, seria importante avaliar até que ponto esta ritimicidade é mantida após a alta hospitalar, com atividades da vida diária. Para avaliação de tal questão, se faz necessário um estudo com um n maior a fim de evitar o erro beta e com delineamento longitudinal. Como limitação do presente estudo podemos citar a alta hospitalar precoce dos participantes, o que impossibilitou a devolução da ERS, reduzindo assim os dados relacionados ao ritmo social. Com relação à ritimicidade, o instrumento de aferição se mostrou insuficiente na avaliação destes indivíduos, já que não considera o vínculo nas relações e define *Zeitgeber* como quantidade e regularidade de atividades, mesmo que as mesmas não representem relações sociais, que tem o poder de regular o tempo fisiológico e social.

A inclusão de pacientes dependentes de outras drogas que não o *crack* na internação também tornou-se um fator limitador, pois diminuiu o número de elegíveis para a participação na pesquisa, já que o critério primeiro era a dependência da referida droga. Dentro do processo de avaliação e *anamnese* do paciente questões relacionadas ao sono-vigília são abordadas, porém, focadas no estilo atual de vida do sujeito, ou seja, em uso crônico de drogas. A avaliação de matutividade e vespertinidade é um instrumento que não se mostrou útil uma vez que não se correlacionou com nenhuma das variáveis estudadas nesta amostra, provavelmente pela destruição que a droga provocou no sistema límbico e temporal. Poderia auxiliar na elaboração do projeto terapêutico do paciente em pacientes cujo cronotipo seja bem definido, vindo a ser utilizando em favor da adesão ao tratamento proposto. Um indivíduo vespertino, por exemplo, teria mais facilidade em aderir às atividades propostas para os turnos vespertinos do que para turnos matutinos. No entanto, estudos de segmento seriam necessários para abordar consistentemente esta relação.

O trabalho tem papel importante na organização da vida de indivíduos dependentes de drogas, no preenchimento da rotina, na elevação da autoestima, na sensação de pertencimento à sociedade e reafirmando a cidadania desses indivíduos. Podemos dizer que o trabalho, no processo de recuperação/manutenção da qualidade de vida do dependente químico, poderia ser um fator protetor contra lapsos e recaídas no uso de substâncias psicoativas. Porém o atual estudo não

sustenta o papel terapêutico do trabalho da forma que ele está sendo considerado ou abordado.

As comunidades terapêuticas são um exemplo de terapêutica que funciona, dentre outros aspectos, sob a lógica do trabalho, cujo objetivo é a reinserção do sujeito no processo de produção. Porém, como qualquer outro recurso, o trabalho isoladamente não confere impacto significativo no processo de adesão ao tratamento, sendo um importante *zeitgeber* social que precisa estar aliado a outras estratégias, como o fortalecimento das relações sociais e da rede socioassistencial. De maneira isolada ele pode funcionar como justificativa de abandono prévio de tratamento. Dentro do núcleo familiar, o trabalho costuma trazer de volta a valorização desses sujeitos, uma vez que passam a colaborar com o funcionamento doméstico. No entanto, pacientes trabalhadores que seguem com um padrão elevado de consumo de drogas tendem a ter o desempenho das atividades prejudicadas.

Trabalhadores informais que não têm qualidade de segurado do INSS¹, por vezes, questionam se deveriam permanecer internados, pois como provém à única fonte de renda, preocupam-se com o sustento da família. Este argumento é rebatido pela Equipe Assistencial e principalmente pela família do usuário, pois mesmo trabalhando, o dinheiro advindo da sua atividade era quase que integralmente destinado para o uso de drogas. Portanto, na elaboração do projeto terapêutico destes indivíduos é essencial abordar a questão do trabalho baseada nas evidências de que já dispomos, questionando se este indivíduo está utilizando desta atividade como meio de sustentar o seu uso de drogas ou ter maior facilidade de acesso à substância psicoativa. Algumas profissões, relatadas pelos participantes da pesquisa, são facilitadoras do acesso ao uso e consumo de drogas no ambiente de trabalho, como por exemplo, garçons e profissionais da construção civil. Portanto,

¹ O Instituto Nacional da Previdência Social – INSS é o órgão responsável pela Previdência Social, que é um seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. Oferece vários benefícios que juntos garantem tranquilidade quanto ao presente e em relação ao futuro assegurando um rendimento seguro. Para ter essa proteção, é necessário se inscrever e contribuir todos os meses.

abordar o papel da atividade laboral no processo de recuperação destes indivíduos é fundamental na construção do plano terapêutico.

9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Como vimos o trabalho não foi considerado, isoladamente, uma fator protetor contra abandono prévio de tratamento de pacientes dependentes de *crack*, bem como a ritmicidade avaliada durante a internação hospitalar. No entanto, como as relações sociais são um regulador de tempo importante para as pessoas, podemos pensar que, em pessoas com doenças onde como consequência temos a destruição de laços afetivos, este aspecto pode ser essencial no projeto terapêutico. Portanto, consideramos fundamental explorar esta questão, para que possamos dispor de todas as ferramentas terapêuticas possíveis para assistir esta população, já que as relações afetivas influenciam positivamente os ritmos biológicos.

TABELAS

TABELA 1 – Distribuição sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Variáveis	Categorias	N	%
Situação de Trabalho/Emprego	Desempregado	20	40%
	Autônomo/"Bicos"	09	18%
	Empregado CLT/ Funcionário Público	19	38%
	Benefício INSS	02	4%
Profissão	Não tem	05	10%
	Construção Civil	12	24%
	Serv. Gerais/ Cozinha	07	14%
	Segurança/ Vigilante	07	14%
	Motorista/ Taxista/ Caminhoneiro	02	4%
	Comércio	14	28%
Região de Moradia	Zona Sul	23	46%
	Zona Norte	06	12%
	Zona Leste	11	22%
	Centro	04	8%
	Região Metropolitana	05	10%
Escolaridade	Analfabeto	01	2%
	Fundamental Incompleto	17	34%
	Fundamental Completo	13	26%
	Médio Incompleto	05	10%
	Médio Completo	09	18%
	Superior Incompleto	05	10%

Situação do Domicílio	Alugado	05	10%
	Próprio	36	72%
	Cedido	05	10%
Acesso ao CRAS/ CREAS	Sim	08	16%
	Não	42	84%

TABELA 2 - Abandono Prévio de Tratamento x Situação de Trabalho/ Profissão/ Escolaridade.

		Abandono Prévio de Tratamento			Total	Teste
	Variável	Não	Sim	Missing		
Situação de Trabalho	Desempregado	08	09	03	20	$\chi^2 = 3,93$
	Autônomo/ "Bicos"	03	05	01	09	
	Empregado CLT/ Funcionário Público	05	03	01	19	$(p = 0,68)$
	Benefício INSS	00	02	00	02	
Profissão	Não Tem	02	03	00	05	$\chi^2 = 9,49$
	Construção Civil	03	07	02	12	
	Serviços Gerais/ Cozinha	00	05	02	07	
	Segurança/ Vigilante	04	03	00	07	$(p = 0,66)$
	Motorista/ Taxista/Caminhoneiro	01	01	00	02	
	Comércio	05	08	01	14	
	Outros	01	02	00	03	
Escolaridade	Analfabeto	0	0	1	1	$\chi^2 = 7,39$
	Fundamental Incompleto	6	7	4	17	
	Fundamental Completo	3	10	0	13	$(p = 0,49)$
	Médio Incompleto	3	2	0	5	
	Médio Completo	3	6	0	9	
	Superior Incompleto	1	4	0	5	

* n total de 50 casos.

TABELA 3 – Correlações entre os escores co MEQ e droga associada ao uso de *crack*.

Variável		N	Média MEQ	Teste
Cocaína	Sim	16	53,75 ± 10,04	$t = 1,67$
	Não	34	58,67 ± 9,53	($p = 0,10$)
Tabaco	Sim	27	58,55 ± 9,50	$t = -1,13$
	Não	23	55,39 ± 10,23	($p = 0,26$)
Maconha	Sim	18	53,66 ± 8,75	$t = 1,89$
	Não	32	59,03 ± 10,06	($p = 0,06$)
Álcool	Sim	27	55,85 ± 8,92	$t = 0,96$
	Não	23	58,56 ± 10,90	($p = 0,33$)

* n total de 50 casos.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
SERVIÇO SOCIAL

PROJETO: O Ritmo Social como preditor de adesão ao tratamento de dependentes de
crack

Data de preenchimento: ____/____/____ Nº do Caso: _____

Profissional responsável pelo preenchimento:

Número do prontuário do Paciente _____

Quem respondeu o questionário _____

1. Dados de identificação

1.1 Nome do

Paciente: _____

1.2 Data de nascimento: ____/____/____

1.3 Estado Civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Separado (apenas de corpos) 4. () Divorciado (legalmente)
5. () Viúvo 6. () União estável

1.4 Religião: 1. () Católica 2. () Protestante 3. () Espírita 4. () Evangélica 5. () Afro-Brasileiras

6. () Outra _____ 7. () Não Tem → PULE PARA A QUESTÃO 1.5

1.4.1 Você é praticante: 1. () Sim 0. () Não

1.5. Escolaridade: ____ anos de estudo 1. () Analfabeto 2. () Ensino Fundamental Incompleto 3. ()
Ensino Fundamental completo 4. () Ensino Médio Incompleto 5. () Ensino Médio completo 6. () Ensino
Superior Incompleto 7. () Ensino Superior Completo

1.6 Profissão /ocupação: _____

1.7 Situação de trabalho atual:

1. () Empregado com carteira assinada 2. () Contrato temporário 3. () Desempregado 4. () Autônomo
(“bicos” e outras atividades remuneradas não formais) 5. () Aposentado por invalidez 6. () Pensionista

1.8. Trabalhou no último ano? 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA A QUESTÃO 1.9

1.8.1 1. () Emprego formal 2. () Emprego Informal

1.9 INSS: Já efetuou contribuições 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA A QUESTÃO 1.11

1.10 Tempo de contribuição junto ao

INSS: _____

1.11 Renda Familiar (SM): 1. () <1 2. () 1 3. () 2 4. () 3 5. () mais de 3

1.12 Possui endereço residencial? 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA A QUESTÃO 1.14 2. () Não sabe Informar → PULE
PARA A QUESTÃO 1.14 3. () Não quis Informar → PULE PARA A QUESTÃO 1.14

1.13 Endereço Residencial:

1.13.1

Rua _____

1.13.2 Nº: _____ **1.13.3** Complemento: _____

1.13.4 Bairro: _____

1.13.5 CEP: _____ - _____ **1.13.6**

Cidade: _____

1.13.7 Telefone: _____ **1.13.8** Tel:

Recados _____

1.13.9 Ponto de referência: _____

1.13.10 Você pretende mudar-se de endereço? 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA A QUESTÃO 1.14

1.13.11 Sabe o novo endereço? 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA 1.14

1.13.12 Novo Endereço: _____

—

1.14 Está em situação de rua? 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA A QUESTÃO 1.15

1.14.1 Se sim, em qual região da cidade costuma

ficar? _____

1.15 Possui endereço profissional? 1. () Sim 0. () Não → PULE PARA A QUESTÃO 2

1.15.1

Rua _____

1.15.2 Nº: _____ **1.15.3** Complemento: _____ **1.15.4**

Bairro: _____

1.15.5 CEP: _____ - _____ **1.15.6** Cidade: _____

1.15.7 Telefone: _____ **1.15.8** Tel:

Recados _____

1.15.9 Nome da empresa:

3. Constituição Familiar (Relacionar pessoas que residem na mesma casa ou pátio que o paciente)

Nome (A)	Vínculo com o paciente (B)	Idade (C)	Escolaridade (D)	Ocupação (E)	Telefone (F)	Renda (G)
3.1						
3.2						
3.3						
3.4						
3.5						

4.Situação Habitacional

4.1 Localização: 1. () Urbana 2.() Rural

4.2 Qual a atual situação do domicílio? 1.() Alugado 2.() Próprio 3.() Cedido 4.()
Financiado

5.() Ocupado 6.() Reside em Instituição 7.() Outro.

Qual? _____

4.3 Qual o material utilizado na estrutura? 1.() Alvenaria 2.() Madeira 3.() Mista

4. () Outro. Qual _____

4.4 N°. de peças: _____

4.5 Possui rede elétrica? 1.() Sim 0.() Não – PULE PARA A QUESTÃO 4.6

4.5.1 Qual a situação? 1 () Formal (conta) 2. () Informal

4.6 Possui saneamento básico? 1.() Sim 0.() Não

4.7 Tem acesso a água potável? 1.() Sim 0.() Não → PULE PARA A QUESTÃO 5

4.7.1 1.() Encanada 2.() Poço 3.() Outro Qual? _____

7. Aspectos Socioassistenciais

(Quais os benefícios e/ou serviços acessados pelo paciente e/ou família?)

7.1 CRAS 1.() Sim 0.() Não → PULE PARA QUESTÃO 7.2

7.1.1 Desde quando? _____

7.1.2 Qual o local? _____

7.2 CREAS 1.() Sim 0.() Não → PULE PARA QUESTÃO 7.3

7.2.1 Desde quando? _____

7.2.2 Qual o local? _____

7.3 Auxílio doença 1.() Sim 0.() Não → PULE PARA QUESTÃO 7.4

7.3.1 Desde quando? _____ 7.3.2 Qual o valor? _____

7.4 Grupos de ajuda para DQ 1.() Sim 0.() Não → PULE PARA QUESTÃO 7.5

7.4.1 Desde quando? _____

7.4.2 Qual o local? _____

7.5 Passe Assistencial 1.() Sim 0.() Não → PULE PARA QUESTÃO 7.6

7.5.1 Desde quando? _____

8. Além do crack, quais outras substâncias são consumidas?

1.() Álcool 2.() Maconha 3.() Cocaína inalada/injetável 4.() Tabaco 5.() Benzodiazepínico 6.() Pitico (associação de tabaco e crack) 7. Inalantes

9. Em quais modalidades de tratamento você já se tratou para dependência química?

1. Internação () quantas vezes ()

2. Tratamento Ambulatorial () quantas vezes ()

3. CAPS AD () quantas vezes ()

4. N.A/ A.A. () quantas vezes ()

5. Comunidade Terapêutica () quantas vezes ()

Principal motivo de abandono dos tratamentos: -

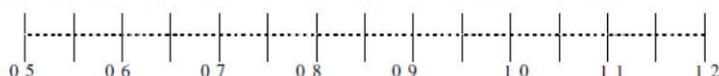
**MEQ: QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS
MATUTINOS E VESPERTINOS**
GRUPO DE PESQUISA EM CRONOBIOLOGIA



Nome: _____ Data: ___/___/___
Entrevistador: _____

Testagem: _____
Nº no Banco: _____

1. Considerando apenas seu bem-estar pessoal e com liberdade total de planejar seu dia, a que horas você se levantaria?



2. Considerando apenas seu bem-estar pessoal e com liberdade total de planejar sua noite, a que horas você se deitaria?



3. Até que ponto você depende do despertador para acordar de manhã?

Nada dependente () Não muito dependente () Razoavelmente dependente () Muito dependente ()

4. Você acha fácil acordar de manhã?

Nada fácil () Não muito fácil () Razoavelmente fácil () Muito fácil ()

5. Você se sente alerta durante a primeira meia hora depois de acordar?

Nada alerta () Não muito alerta () Razoavelmente alerta () Muito alerta ()

6. Como é o seu apetite durante a primeira meia hora depois de acordar?

Muito ruim () Não muito ruim () Razoavelmente bom () Muito bom ()

7. Durante a primeira meia hora depois de acordar você se sente cansado?

Muito cansado () Não muito cansado () Razoavelmente em forma () Em plena forma ()

8. Se você não tem compromisso no dia seguinte e comparando com sua hora habitual, a que horas você gostaria de ir deitar?

Nunca mais tarde () Menos que uma hora mais tarde () Entre uma e duas horas mais tarde () Mais do que duas horas mais tarde ()

9. Você decidiu fazer exercícios físicos. Um amigo sugeriu o horário das 07:00 às 08:00 horas da manhã, duas vezes por semana. Considerando apenas seu bem-estar pessoal, o que você acha de fazer exercícios nesse horário?

Estaria em boa forma () Estaria razoavelmente em forma () Acharia isso difícil () Acharia isso muito difícil ()

10. A que horas da noite você se sente cansado e com vontade de dormir?



(Traduzido e adaptado pelo Grupo Multidisciplinar de Desenvolvimento e Ritmos Biológicos Depto. 1
Fisiologia e Biofísica- Inst. Ciências Biomédicas/ USP. Instrumento original de Horne, J.A. e Ostberg,
O., A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian
rhythms. *International Journal of Chronobiology*, vol. 4:97-110,1976)

11. Você quer estar no máximo de sua forma para fazer um teste que dura duas horas e que você sabe que é mentalmente cansativo. Considerando apenas o seu bem-estar pessoal, qual desses horários você escolheria para fazer esse teste?

Das 08:00 às 10:00 horas () Das 11:00 às 13:00 horas () Das 15:00 às 17:00 horas () Das 19:00 às 21:00 horas ()

12. Se você fosse deitar às 23:00 horas em que nível de cansaço você se sentiria?

Nada cansado () Um pouco cansado () Razoavelmente cansado () Muito cansado ()

13. Por alguma razão você foi dormir várias horas mais tarde do que é seu costume. Se no dia seguinte você não tiver hora certa para acordar, o que aconteceria com você?

Acordaria na hora normal, sem sono () Acordaria na hora normal, com sono () Acordaria na hora normal e dormiria novamente () Acordaria mais tarde do que seu costume ()

14. Se você tiver que ficar acordado das 04:00 às 06:00 horas para realizar uma tarefa e não tiver compromissos no dia seguinte, o que você faria?

Só dormiria depois de fazer a tarefa () Tiraria uma soneca antes da tarefa e dormiria depois () Dormiria bastante antes e tiraria uma soneca depois () Só dormiria antes de fazer a tarefa ()

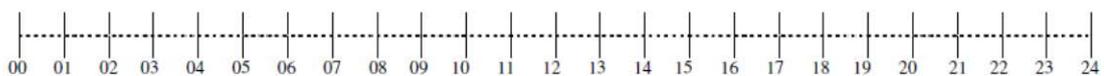
15. Se você tiver que fazer duas horas de exercício físico pesado e considerando apenas o seu bem-estar pessoal, qual destes horários você escolheria?

Das 08:00 às 10:00 horas () Das 11:00 às 13:00 horas () Das 15:00 às 17:00 horas () Das 19:00 às 21:00 horas ()

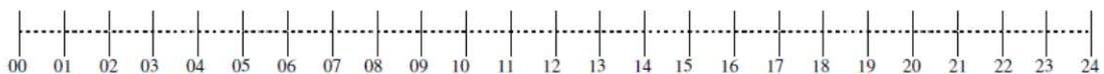
16. Você decidiu fazer exercícios físicos. Um amigo sugeriu o horário das 22:00 às 23:00 horas, duas vezes por semana. Considerando apenas o seu bem-estar pessoal o que você acha de fazer exercícios nesse horário?

Estaria em boa forma () Estaria razoavelmente em forma () Acharia isso difícil () Acharia isso muito difícil ()

17. Suponha que você possa escolher o seu próprio horário de trabalho e que você deva trabalhar cinco horas seguidas por dia. Imagine que seja um serviço interessante e que você ganhe por produção. Qual o horário que você escolheria? (**Marque a hora do início e a hora do fim**)



18. A que hora do dia você atinge seu melhor momento de bem-estar?



19. Fala-se em pessoas matutinas e vespertinas (as primeiras gostam de acordar cedo e dormir cedo; as segundas, de acordar tarde e dormir tarde). Com qual desses tipos você se identifica?

Tipo matutino () Mais matutino que vespertino () Mais vespertino que matutino () Tipo vespertino ()

(Traduzido e adaptado pelo Grupo Multidisciplinar de Desenvolvimento e Ritmos Biológicos Depto. Fisiologia e Biofísica- Inst. Ciências Biomédicas/ USP. Instrumento original de Horne, J.A. e Ostberg, O., *A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. International Journal of Chronobiology, vol. 4:97-110,1976*)

Escala de Ritmo Social – Versão Breve

Instruções: Por favor, complete este formulário ao final do dia, pelo período que for solicitado. Cada linha corresponde a um dia. Escreva o dia da semana (seg; ter; qua; qui; sex; sab; dom) e escreva a data (dia/mês/ano) do dia que você estiver preenchendo. Para cada atividade, **é muito importante que você indique a hora** em que começou a realizá-la. Circule AM (antes do meio-dia) ou PM (pós meio-dia, depois do meio-dia) para que possamos saber se você fez a atividade na parte da manhã ou na parte da tarde. Se você não fez alguma das atividades, marque a opção "Não fiz".

Nome do participante: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____
 Telefone: _____ Endereço: _____

Dia da semana	Data	1. Sai da Cama	2. Falei pela primeira vez com outra pessoa (pessoalmente ou por telefone)	3. Comecei o trabalho (ou a escola, o trabalho de casa, trabalho voluntário, cuidados com crianças ou outros membros da família, etc)	4. Almocei	5. Jantei	6. Fui para a cama
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz
	__/__/__	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz	Hora__:__ AM PM Não fiz