



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS
ADITIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Fatores Preditores de Alta Precoce em Usuários de Crack Internados
em uma Unidade de Tratamento para Dependência Química**

Edgar Klein
Orientadora Dra. Lísia von Diemen

Porto Alegre, novembro de 2019

EDGAR KLEIN

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Fatores Preditores de Alta Precoce em Usuários de Crack Internados
em uma Unidade de Tratamento para Dependência Química**

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção do título de Mestre em
Prevenção e Assistência em
Saúde Mental e Transtornos Aditivos

Orientadora Dra. Lísia von Diemen
Coorientador: MSc. Felipe Ornell

Porto Alegre, novembro de 2019

CIP - Catalogação na Publicação

Klein, Edgar

Fatores Preditores de Alta Precoce em Usuários de Crack Internados em uma Unidade de Tratamento para Dependência Química / Edgar Klein. -- 2019.

42 f.

Orientadora: Lísia von Diemen.

Coorientador: Felipe Ornell.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Alcool e Outras Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Cocaína Crack. 2. Tempo de Internação. 3. Alta do Paciente. 4. Vulnerabilidade Social. I. von Diemen, Lísia, orient. II. Ornell, Felipe, coorient. III. Título.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Lísia von Diemen.

Aprovada por:

Prof.^a Dr.^a Lísia von Diemen – MPAD/HCPA
Presidente

Prof.^a Dr.^a Lília Macedo – (UFRGS)
Membro

Prof.^a Dr.^a Sílvia Halpern – (UFRGS)
Membro

Sílvia Schuch – (UFRGS - HMIPV)
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Lísia Von Diemen pela oportunidade de me fazer viver este momento acadêmico, pela seriedade e profissionalismo.

Ao meu coorientador MSc. Felipe Ornell por ter me incentivado a aceitar esse desafio e me acompanhado na construção desta dissertação.

À AESC – Hospital Mãe e Deus, em especial à gestora do Serviço de Saúde Mental Arlete Fante, pelo reconhecimento, incentivo e por me proporcionarem conciliar o trabalho com as atividades acadêmicas.

À Prof.^a Dr.^a Ingrid Francke, que plantou a primeira semente (e regou por anos).

Aos colegas do Mestrado Profissional pelo convívio delicioso dos últimos anos (e dos muitos próximos).

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO	12
História e Epidemiologia	13
Formas de apresentação e uso da cocaína	15
NEUROBIOLOGIA	16
O Sistema de Recompensa	16
Fissura ou “ <i>Craving</i> ”	17
REDE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS.....	18
OBJETIVOS	20
Objetivo Geral	20
Objetivos específicos.....	20
RESULTADOS – ARTIGO CIENTÍFICO.....	21
CONCLUSÃO.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
BIBLIOGRAFIA	36

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Histograma de frequência de dias de internação na unidade. (n= 308, média 18,7 dias e desvio padrão 14,8 dias).

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 :Altas hospitalares em até 7 dias ou com 8 ou mais dias, conforme fatores sociodemográficos, familiares, laborais, habitacionais e situação com a justiça.
- Tabela 2: Altas hospitalares em até 7 dias ou com 8 ou mais dias, conforme relacionamentos interpessoais e história pessoal.
- Tabela 3: Altas hospitalares em até 7 dias ou com 8 ou mais dias, conforme fatores relacionados à história e padrão do uso de drogas.

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV – Human Immunodeficiency Virus

DATOS – Nationwide Drug Abuse Treatment Outcome Study

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

NIDA – National Institute on Drug Abuse

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ASI-6 – Addiction Severity Index, 6ª versão

RESUMO

Apesar da prevalência no consumo de crack ser inferior à de outras drogas como o tabaco, o álcool e a cannabis, é a substância que mais acarreta gastos em saúde pública e que mais ocasiona internações, além de ser uma condição de difícil tratamento, com baixas taxas de adesão. Frente a isso, torna-se importante a otimização dos recursos empregados nestes tratamentos. Este estudo teve como objetivo avaliar fatores que possam estar associados à interrupção precoce de internações hospitalares de homens usuários de crack em unidade hospitalar para tratamento de transtorno por uso de substâncias, com o objetivo de promover a reflexão sobre possíveis variáveis a serem avaliadas na hora da indicação da internação hospitalar como recurso terapêutico. Foi analisado banco de dados de 308 internações de homens com diagnóstico de transtorno por uso de crack, entre 18 e 65 anos, ocorridas entre 2013 e 2017 em unidade hospitalar masculina para tratamento de transtornos de adição. Os fatores analisados foram aqueles passíveis de serem avaliados no momento do ingresso, como dados sociodemográficos, perfil psicossocial e padrão de uso da droga, utilizando questões do Questionário de Dados Sociodemográficos e Addiction Severity Index, 6ª versão (ASI-6). As análises foram realizadas no software IBM SPSS versão 18, utilizando 95% de nível de confiança. A baixa adesão a internação foi evidenciada naqueles usuários com fatores relacionados a maior vulnerabilidade social como ausência de renda, suporte familiar insuficiente, não casados, situação de rua recente. Em relação ao padrão de consumo de drogas a adesão foi menor naqueles com maior tempo de uso, os que haviam feito uso de álcool mais recentemente e nos tabagistas. Fatores como idade, raça ou escolaridade não se mostraram relacionados ao desfecho estudado. O estudo aponta para a diferença entre os perfis de usuários com maior ou menor a adesão ao tratamento hospitalar e sugere que tais fatores sejam avaliados na hora da escolha do melhor aparelho para o tratamento do usuário de crack, visando melhor retenção e utilização racional de recursos.

ABSTRACT

Even though the prevalence of crack cocaine use is lower than other drugs such as tobacco, alcohol or cannabis, it is the substance that results more public health spending and hospitalizations, besides being a difficult treatment condition with low rates of adherence. Given this, it is important to optimize the resources spent in these cases. This study aimed to evaluate factors that may be associated with the early interruption of hospitalizations of crack users in a hospital unit for treatment of substance addiction, with the intent of promoting reflection on possible variables to be evaluated at the time of hospitalization indication as a therapeutic resource. We analyzed a database of 308 hospitalizations of men diagnosed with crack use disorder, aged 18 to 65 years, which occurred between 2013 and 2017 in a hospital unit for the treatment of addiction disorders. The factors analyzed were those that could be assessed at the time of admission, such as sociodemographic data, psychosocial profile and pattern of drug use, using questions from the Sociodemographic Data Questionnaire and Addiction Severity Index, 6th version (ASI-6). Analyses were performed using IBM SPSS version 18 software, using 95% confidence level. Low adherence to hospitalization was evidenced in those users with factors related to greater social vulnerability such as lack of income, insufficient family support, unmarried, recent homelessness. Regarding the pattern of drug use, adherence was lower in those with longer use, those who had used alcohol more recently and in smokers. Factors such as age, race or education were not related to this outcome. The study indicates differences between the profiles of users with higher or lower adherence to hospital treatment and suggests that such factors should be evaluated when choosing the best device to treat crack users, aiming at better adherence and rational use of resources.

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos de larga escala têm demonstrado o aumento do consumo de crack no Brasil nos últimos anos(1), correspondendo a cerca de 0,7% da população adulta e 35% dos usuários de drogas ilícitas residentes nas capitais. Embora o transtorno por uso de crack não esteja diretamente associado com o aumento da mortalidade, estima-se que esta condição potencialize a ocorrência de desfechos negativos de saúde como o aumento do risco de contaminação pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e pela Hepatite C(2).

Comorbidades psiquiátricas também são amplamente prevalentes nesta população, sobretudo transtornos de humor, de ansiedade, depressivos e de personalidade, especialmente borderline e antissocial(3). Além disso, maiores índices de exposição a comportamentos violentos e de envolvimento com a criminalidade têm sido verificados nesta população(4,5). Estes fatores contribuem indiretamente para os altos índices de morbimortalidade entre estes indivíduos.

Apesar da prevalência no consumo de crack ser inferior à de outras drogas como o tabaco, o álcool e a cannabis, é a substância que mais acarreta gastos em saúde pública e que mais ocasiona internações psiquiátricas(5). Ressalta-se que se trata de um transtorno de difícil tratamento com baixa retenção e alta taxa de solicitação de alta precoce entre as internações voluntárias em unidades de desintoxicação, o que implica na descontinuação do tratamento, no aumento de riscos para a saúde e na incidência de novas internações(6). Alguns estudos prévios já avaliaram fatores que possam ter associação com a baixa retenção durante a internação para a desintoxicação. Neste sentido um estudo prévio identificou que usuários de crack ou múltiplas drogas (incluindo crack) demonstravam maiores índices de alta precoce em relação a usuários de álcool(7). Ainda na década de 90 nos EUA o *Nationwide Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)* pesquisou fatores relacionados ao abandono de tratamento por usuários de cocaína. Foi verificado que usuários de cocaína na forma de crack tinham maior número de internações prévias, maiores taxas de desemprego e maior frequência de envolvimento com o crime(8). Também, há evidências que usuários de crack apresentam maiores índices de reinternação hospitalar comparados a usuários de cocaína intranasal(9). Apontam-se também como fatores associados à interrupção precoce do período de internação a não-voluntariedade

desta, estar intoxicado no momento do ingresso, ser minoria racial na enfermaria, ser mais jovem e do sexo masculino(10–14).

Fatores que estejam associados à maior vulnerabilidade como situação habitacional irregular ou situação de rua, ruptura de vínculos sociais e falta de acesso a serviços de atenção social, descritos como relacionados a com maior gravidade da adição ao crack também foram associados a descontinuidade ao do tratamento(8,16–18)

HISTÓRIA E EPIDEMIOLOGIA

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central extraído das folhas de coca (*Erythroxylon coca*), conhecida pelo homem há milênios(19). Inicialmente era usada pelos povos andinos pré-colombianos, que mascavam as folhas da planta que lhes proporcionava efeitos como vasoconstrição e broncodilatação(20) que facilitavam a vida em grandes altitudes. No século XIX foi popularizada na Europa em forma de vinhos fortificados com extrato da folha, que apesar de baixas concentrações de cocaína já apresentavam os efeitos estimulantes atualmente conhecidos. No final daquele século e início do século XX aprimoraram-se as técnicas de extração e refinamento do princípio ativo. Em decorrência da observação e das publicações científicas sobre os efeitos da droga, passou inclusive a ser prescrita para tratamento de ansiedade e depressão(21), para tratamento de dependência de ópio(22) e até mesmo como bebida energética gaseificada(20). A partir de então, com a maior oferta e popularização do uso, começaram-se a descrever seus efeitos indesejáveis e a ocorrência de adição, conduzindo a proibição do uso nas décadas de 1910 e 1920(23).

Maior relevância, entretanto, se deu aos efeitos danosos desta substância entre as décadas de 1960 e 1980, quando seu consumo nos grandes centros urbanos começou a atingir níveis preocupantes, chegando-se a falar em uma “epidemia” de uso(23). Apesar de neste período haver mais relatos sobre o uso da droga em forma aspirada e intravenosa, já era utilizada na América do Sul em forma de pasta-base fumada. Esta forma apresentava-se como uma maneira barata de obtenção do princípio ativo, através de maceração das folhas e mistura com solventes orgânicos(24). A medida que o uso da cocaína intranasal vinha crescendo nas classes mais elevadas, observava-se nas classes mais baixas, principalmente em guetos negro-hispânicos de grandes centros urbanos

como Nova Iorque, Miami e Los Angeles o uso de preparação mais barata, de efeito mais curto e mais intenso que a forma aspirada. Esta apresentação em forma de cristais que “estalavam” ao serem queimados, ficou sendo conhecida como “crack” (do inglês cracking – estalido)(25). “A droga era vendida em porções menores, mais baratas, pronta para uso, nas ruas dos guetos para os mais pobres e mais jovens que já eram vistos como uma ameaça”(26).

No Brasil não há relatos de uso de crack antes de 1990, entretanto a partir dos primeiros anos daquela década as descrições de apreensões policiais da droga aumentaram de forma expressiva na cidade de São Paulo, e posteriormente em todos os centros urbanos do país(23). Levantamentos deste período apontavam o perfil de usuário como homens com menos de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade, e poder aquisitivo e provindos de famílias desestruturadas(23,25). Nesta ocasião a escolha da via de administração inalada da droga, além do preço reduzido e do pico de ação mais rápido, aparecia como uma alternativa que oferecia menor risco de infecção por HIV do que a forma injetada(27). Em meados dos anos 1990 os usuários de crack já representavam a maioria dos pacientes que procuravam os serviços de atendimento e internações por transtornos por uso de substâncias no Brasil(27) havendo relato de ter chegado a mais de 70% destes atendimentos(28,29).

Atualmente levantamento nacional sobre uso de drogas no Brasil realizado em 2015 estima que mais de 6 milhões de pessoas já tenham usado alguma forma de cocaína na vida, o que equivale a 4% da população, sendo que 0.9% a usaram em formas fumáveis. Este mesmo levantamento aponta mais de 450 mil pessoas tenham fumado estas apresentações no último mês(30). Em pesquisa realizada em capitais brasileiras em 2014 foi apontado como perfil de usuários de crack indivíduos adultos jovens, majoritariamente do sexo masculino, autodeclarados não-brancos, solteiros, com baixa escolaridade e com expressiva proporção de pessoas em situação de rua no momento da pesquisa(1).

Os prejuízos atribuíveis ao uso desta substância vão além dos efeitos físicos da mesma. Além de comprometer vários anos de vida em pessoas em idade mais produtiva, os custos ainda compreendem estigmas sociais, desestruturação familiar, desemprego, e altas taxas de associação com violência e encarceramento(10,31–34) e comportamentos associados a transmissão de doenças infectocontagiosas como contágio por HIV(2,35).

FORMAS DE APRESENTAÇÃO E USO DA COCAÍNA

A partir da folha da coca, o processo de refinamento da cocaína passa por diversas etapas, em cada uma delas permitindo uma via de uso de acordo com suas características químicas.

Inicialmente as folhas são maceradas e diluídas com solvente orgânico e ácido sulfúrico. A adição posterior de substância alcalina à mistura (cal, amônia ou bicarbonato de sódio) leva a precipitação do sulfato de cocaína, que depois de filtrada e seca dá origem à **pasta base**. A concentração de cocaína encontrada na pasta base, conforme a técnica utilizada, varia entre de 30 a 80%. Uma variação deste processo, com intenção obter-se o produto final mais puro, consiste em uma pré-decantação da solução de sulfato de cocaína, adicionando-se farinha de trigo ou milho, e obtendo-se como subproduto um primeiro sedimento, o **bazuco ou merla**, com menores concentrações de cocaína, e alta concentrações de produtos químicos residuais do processo, porém com estabilidade da molécula a altas temperaturas, permitindo que seja fumada(36).

A partir da pasta base, diluindo-a com acetona e ácido clorídrico, e após filtrada e seca, obtém-se o **cloridrato de cocaína**, em forma de pó branco, que pode ser consumido por aspiração ou por via intravenosa. Esta apresentação não pode ser fumada pois não é estável ao calor. A partir do cloridrato de cocaína, ou da pasta base, após diluição em água, aquecimento e decantação utilizando bicarbonato de sódio ou amônia obtém-se a forma sólida, o **crack**, em formas de pedras, que vaporizam a 98 graus e que são fumadas em forma de cachimbos, latas perfuradas ou em forma de cigarros misturadas com tabaco ou cannabis(37). A crepitação ao ser queimada, que dá origem ao nome da droga, é decorrente do aquecimento do bicarbonato ou cloreto de sódio, impurezas decorrentes do processo de fabricação(23)

A velocidade que uma droga de abuso chega ao cérebro lhe confere maior poder aditivo(38). A severidade do transtorno de adição depende do tipo de substância, vulnerabilidades do usuário e padrão de uso, porém também pode estar associada à via de administração(28,39). A cocaína possui biodisponibilidade alta, excedendo 90% nas formas fumáveis. Nestas apresentações, a substância é absorvida no alvéolo pulmonar e atinge a corrente sanguínea arterial e é distribuída rápida e amplamente para todo o organismo, sem passagem hepática prévia, com início de ação em 8-10 segundos e efeitos

efêmeros entre 5-10 minutos(40). A chegada ao sistema nervoso central de forma mais rápida e a curta duração do efeito induzem a maior plasticidade neurocomportamental que contribui para o desenvolvimento de adição e compulsão pelo uso (38,41).

Estes efeitos fazem com que o tratamento da dependência da cocaína seja considerado difícil quando comparado ao de outras substâncias(42,43), não apresentando farmacoterapia específica, e com maiores taxas de recaídas(44) e sua resposta a terapias comportamentais é relativamente moderada(43). Dentre estes usuários, os que consomem a substância nas suas formas fumáveis, em especial na forma de crack, são aqueles que apresentam as piores taxas de adesão e evolução menos favorável(24,45). As particularidades farmacológicas desta via de administração provavelmente seja fator importante da maior severidade desta adição(9,24,38).

NEUROBIOLOGIA

O Sistema de Recompensa

O sistema de recompensa cerebral é responsável por impelir o indivíduo a buscas de estímulos repetitivos prazerosos que estejam intimamente relacionados à autopreservação(46,47). Os neurônios dopaminérgicos da área tegumentar ventral, projetados no nucleus accumbens desempenham papel fundamental no reconhecimento dos estímulos relacionados à recompensa. A liberação da dopamina na fenda sináptica tem papel importante na motivação de comportamentos fisiológicos, entretanto, assim como pode ser acionada por estímulos naturais, também é influenciada por intermédio de substâncias psicoativas, que pervertem seu funcionamento(46).

A cocaína aumenta a concentração de dopamina na fenda sináptica dos neurônios mesolímbicos através da inibição de sua recaptção, proporcionando e intensificando o estímulo para a sensação de prazer/euforia(46,47). Este sistema tem papel importante na motivação a comportamentos essenciais de sobrevivência como procura por alimento, sexo e proteção à vida. O uso repetido da substância estimula a comportamentos automáticos frente a necessidade de uso da droga, com a mesma relevância que estes comportamentos de preservação da vida. A neuroadaptação reflexa deste estímulo é responsável pelo padrão de comportamento compulsivo de busca pela droga e pela

necessidade de aumento nas doses consumidas como forma de proporcionar o efeito desejado(46,48).

As alterações no padrão de funcionamento neuronal, também são encontradas em áreas corticais, especialmente em áreas do córtex frontal e temporal, e áreas subcorticais como hipocampo e córtex insular, que podem estar relacionadas aos padrões cognitivos disfuncionais, com o comprometimento de memória, do controle inibitório e funções executivas (49). Alterações em áreas de controle de impulso do córtex órbito-frontal (via circuito estriato-talamo-orbitofrontal), também foram descritas em usuários de cocaína, e foram relacionadas ao comportamento compulsivo e à exagerada motivação para a procura e administração da droga apesar das consequências adversas(47).

Fissura ou “Craving”

Craving ou “fissura” é descrito pela literatura sob várias aspectos tanto comportamentais, cognitivos e neuroquímicos. Trata-se de desejo intenso de consumir determinada substância(51,52), acompanhado de forte e irresistível impulso para o uso, expectativa de resultado positivo e processo de avaliação cognitiva automático para o consumo(53). Este desejo pode ocorrer tanto durante o uso, impulsionando para a continuidade do mesmo, quanto no início da abstinência, sendo fator determinante para recaída e interrupção do tratamento(54).

Na abstinência inicial, estas alterações apresentam-se de forma mais intensa, principalmente em memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, e quando relacionados aos sintomas desagradáveis da abstinência, estarão relacionadas ao *craving*(50).

Do ponto de vista comportamental é descrito como reações e comportamentos impulsionados pela expectativa do prazer proporcionado em experiências anteriores de uso. Estímulos como a lembrança da situação de uso, disponibilidade da droga ou de meios para adquiri-la são associações que induzem o aparecimento do *craving*(51,55). Esta indução é explicável como respostas condicionadas aprendidas através da associação destes estímulos com a obtenção de prazer(56). Variáveis relacionadas às vulnerabilidades do indivíduo podem ser determinantes na indução ao *craving*, como estresse(57), variáveis da personalidade(58), aspectos motivacionais e processos

cognitivos automáticos, referentes a memória do uso e expectativas do efeito(59). Fatores genéticos também foram relacionados com o *craving*(60).

Sob aspectos neurobiológicos, está descrito em modelos animais a diminuição da função do sistema de recompensa em situação de abstinência de droga, podendo o *craving* ser entendido como um fenômeno de hipersensibilização, que impulsiona ao uso(51,55). Vários neurotransmissores podem ter influência em determinados aspectos dos comportamentos e sintomas relacionados(51), porém se destaca a função da transmissão dopaminérgica no sistema mesolímbico, como descrito anteriormente, ser fator determinante deste fenômeno. A dopamina, principal neurotransmissor associado ao uso de cocaína, apresenta-se como indutora de reforços positivos neste sistema de recompensa, responsável pelo comportamento de procura pela droga(60).

Assim, podemos entender o *craving* como fenômeno complexo. Sua etiologia compreende tanto uma resposta a múltiplos fatores como sintomas da síndrome de abstinência, como uma reação do sistema de recompensa à falta de prazer gerada pela ausência da droga, como uma resposta condicionada a estímulos relacionados aos efeitos desta e como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades(60,61).

REDE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

Conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), são preconizados a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, contemplando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que considera o processo de desospitalização e a garantia de direitos dos doentes mentais. Esta reforma se apresentou como um processo que inclui movimentos sociais e políticos que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico (e o modelo hospitalar) com a sua substituição por outras modalidades assistenciais(62,63).

No que se refere atenção ao usuário de álcool e outras drogas, no momento histórico anterior à criação do SUS, até os meados da década de 1980 não havia rede extra-hospitalar para a atenção especializada(62). Considerando a falta de dispositivos e a restrição de acesso ao sistema público de saúde a contribuintes previdenciários não é difícil de entender que a internação em hospital psiquiátrico consistia no único recurso terapêutico possível a uma importante parcela de usuários de álcool e outras drogas(62).

Baseados nos princípios do SUS e a partir das diretrizes do movimento da reforma psiquiátrica é criada pelo Ministério da Saúde, que propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir do acesso e a promoção de direito das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Este modelo, além de mais acessível, tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade (66). Composto esta rede estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços ambulatoriais estratégicos de saúde mental, com o objetivo de atender pessoas com diferentes necessidades em seu processo de tratamento e reabilitação(64). Os CAPSad (álcool e outras drogas) constituem-se de serviços de atenção à saúde mental, comprometidos com a estruturação e fortalecimento de uma rede pública de saúde especializada na assistência a usuários de álcool e outras drogas e a suas famílias, centrados na atenção comunitária articulada com outras redes de serviços sociais e de saúde(65,66). Estes centros prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, como substitutivos ou complementares do modelo hospitalar(67). A modalidade CAPS ad III, além do atendimento diário à população, possui leitos de permanência, com a finalidade de cuidado mais intensivo para desintoxicações e condições clínicas que necessitem intervenções médicas e de enfermagem que possam ser acompanhadas ambulatoriamente(68). Dentro deste modelo ainda está previsto o atendimento à família do dependente, o que aumenta sensivelmente a recuperação, a adesão ao tratamento e a reorganização das relações sociais(69)

A partir da construção deste novo modelo de atenção à saúde mental, houve redução de leitos psiquiátricos no país. Em 2017 o Conselho Federal de Medicina divulgou pesquisa apontando a redução de 46.9% de leitos psiquiátricos na rede pública em relação a 2005. Entretanto o número atual destes leitos no Brasil, tanto em hospitais psiquiátricos como em hospitais gerais é de 0,1 leito por 1000 habitantes, enquanto que o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde é de 0,45 leito por 1000 habitantes(70).

No atual cenário, o debate em torno dos modelos de atenção ao dependente químico chama atenção para uma questão importante: qual o melhor dispositivo da rede a ser oferecido dentro da construção de um plano terapêutico singular a um usuário de

substâncias psicoativas? A compreensão das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxiliam no processo de indicação do mesmo, bem como permite a adequação de um serviço às necessidades do usuário ao qual presta assistência. A resposta a tal questão deve considerar a singularidade do indivíduo e a multiplicidade de fatores envolvidos, objeto deste trabalho, bem como a hierarquização das unidades de tratamento nos seus níveis de complexidade assistencial e tecnológica. Conforme apresentado pelo NIDA, como princípio do tratamento eficaz para transtornos de adição, não há um único modelo apropriado para todas as pessoas(71), sendo assim a indicação do dispositivo adequado para cada plano terapêutico singular deve ser constantemente reavaliada e adaptada tendo em vista melhores resultados terapêuticos.

Ainda dentro da discussão sobre os dispositivos para tratamento do dependente de drogas, a atual Política Nacional sobre Drogas, decretada pelo Poder Executivo em abril de 2019, reforça a necessidade de utilizar de maneira efetiva as “formas de abordagens e cuidados e o uso de tecnologias e serviços” destinadas ao tratamento do dependente químico(72). Esta política ressalta a prioridade da rede ambulatorial a esse cuidado, referindo-se à internação hospitalar para situações “excepcionais”, por indicação médica, devido a situações clínicas específicas, inclusive com a possibilidade de compulsoriedade(73). As alterações sofridas por esta política preveem também aumento de vagas e financiamento para comunidades terapêuticas, que passam a ser consideradas como equipamentos de saúde e não mais como apoio(74). Diante deste novo cenário reforça-se a importância da discussão mais racional possível da indicação de cada um destes dispositivos na elaboração de um plano terapêutico ao usuário.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar quais fatores, passíveis de identificação durante o momento do ingresso na internação, podem estar relacionados à alta precoce e conseqüente interrupção do tratamento em usuários de crack.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar se há associação entre variáveis sociodemográficas e alta precoce;
2. Verificar se há associação de fatores relacionados à maior vulnerabilidade social estão associados à alta precoce
3. Verificar se fatores relacionados à gravidade de uso de crack estão associados à alta precoce
4. Avaliar se características de padrão de uso de crack e de outras substâncias têm relação com alta precoce;

RESULTADOS – ARTIGO CIENTÍFICO

Fatores Preditores de Alta Precoce em Usuários de Crack Internados em uma Unidade de Tratamento para Dependência Química

RESUMO

Taxas elevadas de abandono precoce de tratamento hospitalar são observados em usuários de crack contribuindo para aumento dos gastos públicos investidos nesses tratamentos além de estarem associadas a desfechos negativos. Este estudo teve como objetivo avaliar fatores verificáveis no momento da internação hospitalar que possam estar associados à interrupção precoce do tratamento em usuários de crack. Foi recrutada uma amostra de 308 homens com diagnóstico de transtorno por uso de cocaína (somente na forma de crack), com idades entre 18 e 65 anos, internados no período entre 2013 e 2017 em unidade hospitalar masculina para tratamento de transtornos por uso de substâncias (TUS). Após a estabilização dos sintomas de abstinência pesquisadores treinados aplicaram o Addiction Severity Index, 6ª versão (ASI-6) e um Questionário de Dados Sociodemográficos. A alta precoce, (em até 7 dias) foi associada a: fatores sociodemográficos ausência de renda ($p=0,027$), suporte familiar insuficiente ($p=0,049$), não casados ($p=0,007$), situação de rua recente ($p=0,044$). Em relação ao padrão de consumo de drogas, a adesão foi menor naqueles com maior tempo de uso ($p=0,011$), os que haviam feito uso de álcool mais recentemente ($p=0,002$) e nos tabagistas ($p=0,033$). Fatores como idade, cor/raça ou escolaridade não se mostraram relacionados a este desfecho. Estes resultados podem fornecer evidências para a qualificação do tratamento,

uma vez que apontam para um padrão de pacientes que não se beneficiam deste tipo de estratégia.

ABSTRACT

High rates of early hospital discharge are observed in crack users, contributing to increased public spending on these conditions, besides being related to adverse outcomes. This study aimed to evaluate factors at the time of hospitalization that may be associated with early treatment interruption in crack users. We recruited a sample of 308 men diagnosed with cocaine use disorder (crack only), aged 18 to 65 years, admitted between 2013 and 2017 in a male hospital unit for treatment of substance use disorders. (TUS) After stabilization of withdrawal symptoms, trained researchers applied the Addiction Severity Index, 6th version (ASI-6) and a Sociodemographic Data Questionnaire. Early discharge (within 7 days) was associated with sociodemographic factors lack of income ($p = 0.027$), insufficient family support ($p = 0.049$), unmarried status ($p = 0.007$), recent homelessness ($p = 0.044$). Regarding the pattern of drug use, adherence was lower in those with longer use ($p = 0.011$), those who had used alcohol more recently ($p = 0.002$) and smokers ($p = 0.033$). Factors such as age, color / race or education were not related to this outcome. These results may provide evidence for treatment qualification, considering the that there is a pattern of patients who do not benefit from this type of strategy.

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm demonstrado o aumento do consumo de crack no Brasil nos últimos anos¹⁻³. Estima-se que cerca de 0,7% da população adulta e 35% dos usuários de drogas ilícitas residentes nas capitais consomem crack regularmente¹. A dependência de crack está relacionada a maiores taxas de mortalidade por violência, maiores índices de encarceramento e a comportamentos que potencializem a ocorrência de desfechos negativos de saúde, como a comportamentos de risco para a contaminação por vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais^{3,4}. Em seguimento de usuários de crack por 12 anos, Dias e colaboradores observaram elevados índices de mortalidade (20%) e encarceramento (10%)⁵. Comportamentos violentos e envolvimento com criminalidade também são observadas nesses usuários^{3,5-7}.

Apesar da prevalência do consumo de crack ser inferior à de outras drogas, como tabaco, álcool e cannabis, esta substância é a que mais ocasiona internações psiquiátricas no Brasil⁷⁻⁹. A internação hospitalar para desintoxicação é um elemento importante do tratamento, pois além de possibilitar o manejo de sintomas iniciais de abstinência, e a estabilização permite desenvolver estratégias motivacionais, o que pode melhorar a adesão terapêutica^{10,11}. Apesar disso, altos índices de solicitação de alta precoce nas internações voluntárias em unidades de desintoxicação têm sido relatados nesta população¹²⁻¹⁴. Estudos internacionais apontam taxa de abandono precoce de internações em psiquiatria entre 3 e 51%, sendo o percentual mais elevado encontrado entre os transtornos por uso de substâncias¹⁴. Este abandono está relacionado a maiores taxas de reinternação^{15,16}, e maiores taxas de mortalidade por suicídio e violência^{13,14,17}. Estudo canadense realizado em 2015 observou que a taxa de reinternação em um ano entre usuários de drogas ilícitas que recebem alta precoce, com sete ou menos dias é de 50%¹⁸.

Estudos realizados em outros países identificaram diversos fatores associados à baixa retenção durante a internação para a desintoxicação em usuários de crack, como número de internações prévias, situação laboral desfavorável¹⁶, envolvimento com o crime^{16,19,20}, estar intoxicado no momento do ingresso, ser minoria racial na unidade de internação, ser mais jovem e do sexo masculino²⁰ e maior tempo de uso²¹. Fatores relacionados à maior vulnerabilidade social e maior gravidade do transtorno de adição como situação habitacional irregular ou situação de rua, ruptura de vínculos e falta de acesso a serviços de atenção social também foram associados a este desfecho^{12,22}.

Apesar dos diversos estudos internacionais terem investigado fatores relacionados à retenção em tratamento nestes usuários, não há estudos brasileiros que tenham investigado esta temática. Assim, a identificação de fatores preditores de alta prematura pode ajudar na identificação precoce de grupos de pacientes com características semelhantes, possibilitando nortear o desenvolvimento de intervenções personalizadas mais efetivas àqueles usuários para os quais, considerando os princípios de equidade, se concentrariam esforços na elaboração do plano terapêutico inicial. Fatores possíveis de serem avaliados em anamnese no momento do ingresso na unidade de internação, podendo apontar este perfil de usuário, não implicam oneração do custo do tratamento, contribuindo de maneira significativa para nortear estas intervenções.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar quais fatores, passíveis de identificação durante o momento do ingresso na internação, podem estar relacionados à baixa retenção ao tratamento hospitalar.

MÉTODO

Delineamento e amostra: Trata-se de uma análise de dados secundários derivado de um estudo transversal aprovado pelo CEP HCPA sob número 2018-0487 e registrado sob CAAE 97859118000005327. A amostra total foi composta por 308 participantes com diagnóstico de transtornos por uso de cocaína/crack recrutados de forma consecutiva em uma unidade de internação especializada em transtorno por uso de substâncias - na Unidade Álvaro Alvim, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul - entre os anos de 2013 e 2017.

Os critérios para inclusão foram: sexo masculino, com idades entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de Transtorno de Uso de cocaína/crack, possuir condições cognitivas para entender os instrumentos aplicados e que autorizar o acesso aos dados de prontuário. Foram excluídos participantes que não haviam respondido aos instrumentos até o momento da alta.

Os participantes foram abordados por alunos de psicologia treinados, sob supervisão de um pesquisador sênior. Inicialmente, ocorreu uma explicação minuciosa dos objetivos do estudo, depois disso, ocorreu o convite para participação na pesquisa. Mediante o aceite de participação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os indivíduos foram submetidos à aplicação dos instrumentos de coleta. A aplicação dos instrumentos ocorreu entre o segundo e o quinto dia de internação.

INSTRUMENTOS

- *Questionário de Dados Sociodemográficos:* informações sobre dados sociodemográficos foram coletadas através de questionário padronizado, com informações sobre renda pessoal e familiar, escolaridade, repetências na escola, trabalho, situação de moradia e situação conjugal.
- *Addiction Severity Index – 6 (ASI-6):* Avalia o impacto do uso de substâncias químicas na vida do paciente em 7 áreas de funcionamento. Validado e adaptado para o português²³.

LOGÍSTICA DA COLETA DE DADOS

Todos os participantes que internaram na Unidade Álvaro Alvim do HCPA para tratamento de transtorno por uso de substâncias foram convidados a participar do estudo no dia seguinte a sua internação. O processo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) iniciou com a abordagem dos indivíduos, realizada por assistentes de pesquisa treinados (estudantes de Psicologia, Enfermagem, Biomedicina e Medicina) sob a supervisão de pesquisadores Sêniores (Psicólogos e Psiquiatras). Após a explicação dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos implicados no processo e dos aspectos éticos envolvidos os indivíduos que aceitaram participar tiveram a acordância formalizada por meio da assinatura do TCLE. Nesse momento combinavam-se os dias para a aplicação dos instrumentos, que ocorreriam geralmente entre o terceiro e sétimo dia de internação a fim de diminuir o viés do prejuízo cognitivo decorrente da intoxicação. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 2 horas, e eventualmente divididas em 2 ou 3 dias de aplicação (dependendo das condições e da disponibilidade do paciente). Algumas informações referentes a exames laboratoriais e tratamento foram coletadas diretamente do prontuário do paciente, mediante sua autorização previamente prevista no TCLE.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal ou simétrica foram sumarizadas por média e desvio padrão e comparadas entre os grupos pelo teste T para amostras independentes. As quantitativas assimétricas foram sumarizadas por mediana e intervalo interquartil e comparadas via teste de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram sumarizadas em frequência absoluta e relativa e o teste Qui-Quadrado de associação foi aplicado para investigar associação com o grupo de tempo de internação. Todas as análises foram realizadas no software IBM SPSS versão 18, usando 95% de nível de confiança. O tempo de permanência na internação foi dividido em quartis por quatis de 1, 2 3 e 4 semanas ou mais, sendo considerada alta prematura aquelas que ocorreram no primeiro quartil (7 ou menos dias de internação), independentemente se por solicitação do usuário ou por recomendação da equipe (por questões administrativas), definindo como desfecho qualquer destes motivos.

RESULTADOS

A distribuição da amostra quanto a raça/cor, estado civil e situação laboral e habitacional e envolvimento com justiça é apresentada na Tabela 1.

As variáveis idade, raça/cor e escolaridade não foram diferentes entre os grupos de menor retenção (alta antes dos sete dias de internação) e os que permaneceram maior tempo de internação quando comparados entre si. Apesar disso, pareceu haver uma tendência de menor tempo de internação entre indivíduos mais jovens (p 0,08). A situação laboral também não foi diferente entre os grupos, entretanto resultados apontam uma associação entre aqueles que declararam renda insuficiente com o menor período de permanência (p 0,02). Ser solteiro (p 0.007), não possuir filhos (p 0,011) e relatar situação de rua ou em abrigos nos últimos seis meses (p 0,044) também foram variáveis relacionadas às altas mais precoces.

Tabela 1: Altas hospitalares em até 7 dias e com 8 ou mais dias, conforme fatores sociodemográficos, familiares, laborais, habitacionais e situação com a justiça.

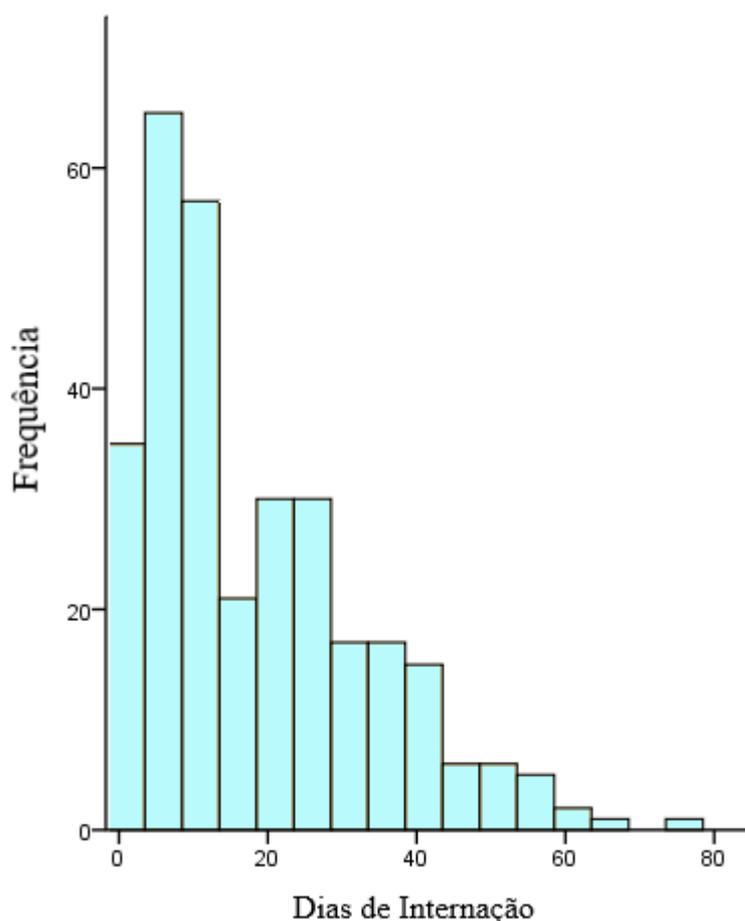
	Total	Dias de internação		
		7 ou menos	8 ou mais	Valor de p
Idade ¹	33,5 ± 8,2	32,2 ± 8,1	34 ± 8,2	0,088
Raça ²				
Negro	74 (24,3)	19 (22,9)	55 (24,8)	0,615
Mestiço	83 (27,2)	26 (31,3)	57 (25,7)	
Branco	148 (48,5)	38 (45,8)	110 (49,5)	
Escolaridade ²				
Nenhuma	60 (19,5)	17 (20,5)	43 (19,5)	0,912
Ens. Fundamental	153 (49,7)	42 (50,6)	111 (49,3)	
Ens. Médio	84 (27,3)	22 (26,5)	62 (27,6)	
Ens. Superior	11 (3,6)	2 (2,4)	9 (4)	
Estado Civil ²				
Solteiro	249 (81,4)	77 (92,8)*	172 (77,1)*	0,007
Casado ou vivendo junto	41 (13,4)	4 (4,8)*	37 (16,6)*	
Separado/Divorciado/Viúvo	16 (5,2)	2 (2,4)	14 (6,3)	
Possui filho(s) ²	195 (63,3)	43 (51,8)	152 (67,6)	0,011
Dependentes de sustento financeiro regular ²				
Nenhum	138 (44,8)	37 (44,6)	101 (44,9)	0,264
1 ou 2	105 (34,1)	33 (39,8)	72 (34,1)	
3 ou mais	65 (21,1)	13 (15,7)	52 (23,1)	
Emprego ²				
Turno integral	107 (35,1)	23 (27,7)	84 (37,8)	0,120
Meio turno ou bicos	74 (24,3)	20 (24,1)	54 (24,3)	
Procurando emprego	75 (24,6)	28 (33,7)	47 (21,2)	
Fora do mercado de trabalho	49 (16,1)	12 (14,5)	37 (16,7)	
Possui renda suficiente para pagar necessidades básicas para si seus dependentes? ²	147 (47,7)	31 (37,3)	116 (51,6)	0,027
Morou na rua ou em abrigos (últimos 6 meses) ²	95 (31)	33 (39,8)	62 (27,8)	0,044
Prisão ²				
Nunca foi preso	88 (29,4)	22 (29,3)	66 (29,5)	0,655
Apenas por poucas horas	87 (29,1)	19 (25,3)	68 (30,4)	
Já foi preso	124 (41,5)	34 (45,3)	90 (40,2)	

Apresentação por ¹média ± desvio padrão, teste T para amostras independentes. ²Frequência absoluta (%), teste Qui-Quadrado de associação. ³Mediana [Q1-Q3], teste Mann-Whitney.

Foi evidenciado que fatores que possam estar relacionados a presença ou qualidade dos vínculos interpessoais estão relacionados ao desfecho estudado como passar tempo com familiares ou amigos íntimos ($p 0,044$) e falar com pessoas próximas sobre seus sentimentos e problemas ($p 0,049$). As internações que ocorreram nos meses frios (junho, julho, agosto e setembro) mostraram tendência a serem mais extensas ($p 0,06$). Referir dificuldade para controlar temperamento apareceu como tendência a menores períodos de internação ($p 0,06$).

O tempo médio de internação foi de 18,7 dias (dp 14,8 dias). As altas prematuras, que ocorreram em 7 ou menos dias, proposto como corte para esse estudo, representaram 27% destas internações ($n= 83$). O comportamento desta variável ocorreu conforme o histograma representado na Figura 1.

Figura 1: Histograma de frequência de dias de internação na unidade. ($n= 308$, média 18,7 dias e desvio padrão 14,8 dias)



Variáveis estudadas que dizem respeito ao envolvimento com a justiça e/ou atividades criminais, modo de encaminhamento à internação, ser portador ou não de HIV, frequência em atividades religiosas estão apresentadas na Tabela 2 e não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Tabela 2: Altas hospitalares em até 7 dias ou com 8 ou mais dias, conforme relacionamentos interpessoais e história pessoal

	Total	Dias de internação		
		7 ou menos	8 ou mais	Valor de p
Teve relacionamento amoroso/sexual com parceiro(a) (último mês) ²	193 (65)	49 (67,1)	144 (64,3)	0,659
Falou para pessoas próximas sobre seus sentimentos ou problemas? ²	128 (67,7)	27 (56,3)	101 (71,6)	0,049
Passou tempo com parceiro(s) ²	167 (87,4)	41 (85,4)	126 (88,1)	0,626
Passou tempo com parentes adultos ²	238 (80,7)	53 (72,6)	185 (83,3)	0,044
Preocupação com problemas de relacionamento com adultos ²				
Nada	63 (21,4)	12 (16,7)	51 (22,9)	0,366
Leve/Moderada	92 (31,2)	21 (29,2)	71 (31,8)	
Considerável/Extrema	140 (47,5)	39 (54,2)	101 (45,3)	
Importância de receber aconselhamento para problemas de relacionamentos com adultos ²				
Nada	52 (17,6)	10 (13,9)	42 (18,8)	0,599
Leve/Moderada	59 (20)	16 (22,2)	43 (19,3)	
Considerável/Extrema	184 (62,4)	46 (63,9)	138 (61,9)	
Dificuldade em controlar temperamento	109 (38,2)	33 (47,8)	76 (35,2)	0,060
Encaminhamento ao tratamento ²				
Por si próprio, cônjuge, familiar ou amigo	217 (71,9)	54 (65,9)	163 (74,1)	0,157
Por instituição, profissional da saúde ou juiz	85 (28,1)	28 (34,1)	57 (25,9)	
Internação em épocas quentes ou frias do ano ²				
Frio	179 (58,1)	41 (49,4)	138 (61,3)	0,060
Quente	129 (41,9)	42 (50,6)	87 (38,7)	
Atividade Religiosa ²	135 (45,9)	32 (44,4)	103 (46,4)	0,773
Abuso sexual ²	34 (11,9)	8 (11,8)	26 (11,9)	0,971
HIV/AIDS ²	31 (10,2)	7 (8,5)	24 (10,8)	0,568

Apresentação por ¹média \pm desvio padrão, teste T para amostras independentes. ²Frequência absoluta (%), teste Qui-Quadrado de associação. ³Mediana [Q1-Q3], teste Mann-Whitney.

Foi estudada a relação entre o tempo de permanência e o perfil de consumo de outras drogas nesses usuários. A idade média do primeiro uso de álcool foi de 14,5 anos, de cocaína 18 anos e cannabis foi de 15,1 anos. Os grupos não mostraram diferença significativas quanto a estas variáveis. Em contrapartida a idade de início de crack mostrou-se mais prematura no grupo de menor retenção em 2,7 anos (p 0,011). Estes dados são apresentados na tabela 3. A frequência do uso de substâncias psicoativas relatada nos 6 meses anteriores a internação também não mostrou diferença relevante entre os dois grupos estudados. Os dois grupos também não diferiram em relação à

segunda droga de preferência. Embora houvesse uma grande prevalência de teste de urina positivo para cocaínicos na população estudada no momento do ingresso (89,5% dos participantes), esta variável não mostrou-se associada ao desfecho estudado. Em contrapartida, a referência ao uso de álcool nos dias anteriores à internação mostrou diferença significativa entre os dois grupos. Aqueles que receberam alta com 7 ou menos dias referiram último consumo de álcool de 3 a 8 dias anteriores ao ingresso (média 6 dias), enquanto aqueles com maior tempo de permanência referiram o último consumo entre 5 a 15 dias (média 9 dias) ($p=0,02$).

Tabela 3: Altas hospitalares em até 7 dias ou com 8 ou mais dias, conforme fatores relacionados à história e padrão do uso de drogas

	Total	Dias de internação		
		7 ou menos	8 ou mais	Valor de p
Fita teste de urina para cocaína ²				
Positiva	197 (89,5)	60 (88,2)	137 (90,1)	0,671
Negativa	23 (10,5)	8 (11,8)	15 (9,9)	
Idade do primeiro uso de álcool ¹	14,5 ± 3,6	14,7 ± 3,3	14,4 ± 3,7	0,597
Frequência de uso de álcool no mês de maior consumo dos últimos 6 ²				
Sem uso	72 (24,1)	14 (17,1)	58 (26,7)	0,331
1 à 3 vezes por mês	64 (21,4)	22 (26,8)	42 (19,4)	
1 à 2 vezes por semana	46 (15,4)	15 (18,3)	31 (14,3)	
3 à 6 vezes por semana	40 (13,4)	10 (12,2)	30 (13,8)	
Diariamente	77 (25,8)	21 (25,6)	56 (25,8)	
Há quantos dias vez o último uso de álcool ³	7 [4-14]	6 [3-8]	9 [5-15]	0,002
Idade primeiro uso de maconha ¹	15,1 ± 4,4	14,8 ± 3,4	15,2 ± 4,7	0,439
Idade primeiro uso de cocaína ¹	18 ± 4,6	17,7 ± 4,4	18,1 ± 4,7	0,565
Idade primeiro uso de crack ¹	24,2 ± 8	22,2 ± 6,2	24,9 ± 8,5	0,011
Idade do primeiro tratamento AD ¹	26,1 ± 8,5	23,5 ± 7	27,1 ± 8,8	0,005
Tabagista ²	216 (81,5)	63 (90)	153 (78,5)	0,033

Apresentação por ¹média ± desvio padrão, teste T para amostras independentes. ²Frequência absoluta (%), teste Qui-Quadrado de associação. ³Mediana [Q1-Q3], teste Mann-Whitney.

A idade do primeiro tratamento para transtorno de adição mostrou-se mais precoce no grupo de menor permanência em 3,6 anos, comparado ao grupo de maior permanência (23,5 anos e 27,1 anos, $p=0,005$).

A prevalência de tabagistas na amostra foi de 81%, sendo mais prevalente no grupo que saiu da internação antes dos 7 dias dos quais 90% eram tabagistas comparados a 78% dos que mantiveram-se mais tempo internados ($p 0,033$).

DISCUSSÃO

Esta investigação demonstrou que variáveis sociodemográficas, identificáveis no momento da internação hospitalar podem auxiliar no reconhecimento de um perfil de paciente com melhor retenção no tratamento.

Pacientes casados, e com filhos, com rede familiar e social de apoio, sem histórico de moradia na rua, com renda que lhes permita pagar pelas necessidades básicas e que iniciaram o consumo de crack mais tarde permaneceram mais tempo internados. Isso pode indicar que trata-se de um perfil com potencial de se beneficiar desta modalidade de internação voluntária, onde a motivação para o tratamento pode ser um fator importante na retenção.

Nossos resultados estão em consonância com estudos prévios, que verificaram que a baixa retenção ao tratamento estava associada ausência de vínculos familiares, como cônjuge e filhos^{3,18}. Em uma amostra com características semelhantes a que avaliamos, a falta de apoio social foi apontada pelos pacientes internados como fator importante na motivação para o tratamento¹⁰. Isso está de acordo com investigações que demonstraram que suporte familiar e social deficitários estão associados à maior vulnerabilidade e gravidade dos transtornos por uso de substâncias, relacionados tanto como causa quanto consequência deste²⁴⁻²⁶. Ser solteiro ou com dissolução de vínculos, não dispor de relacionamentos interpessoais que possibilitem espaço para o diálogo sobre sentimentos, tampouco para compartilhar o tempo, são variáveis apresentadas nestes resultados e que corroboram com estas vulnerabilidades²⁶⁻²⁸. A associação de não possuir filhos com o desfecho estudado deve ser interpretada com cautela por poder estar relacionada ao estado civil, por outro lado pode expressar motivo para menor motivação para o tratamento. Neste sentido, o resgate ou promoção de novos vínculos sociais nestes indivíduos necessita ser estratégia fundamental na elaboração do plano terapêutico, podendo assim interferir de maneira positiva na retenção em tratamento, conforme já sugerido em estudos anteriores^{3,26}.

O presente estudo também evidenciou a associação de fatores relacionados a vulnerabilidade socioeconômica com a menor permanência do usuário na internação. Situação laboral desfavorável e a informalidade da renda são vulnerabilidades associadas à gravidade do TUS^{3,24}. Nos resultados apresentados neste estudo a principal variável que se mostrou relacionada à saída prematura da internação foi não possuir renda para suas necessidades básicas e dos seus dependentes, o que já foi descrito em estudos prévios^{1,29,30}.

A situação de rua ou albergagem nos últimos 6 meses também pode ser condição atribuível à maior vulnerabilidade e gravidade do transtorno por uso de substâncias^{24,31} e também pode ser consequência de questões anteriormente apresentadas como a ruptura de vínculos pessoais e ausência ou insuficiência de renda^{1,3,26}. A tendência observada de internações mais longas em meses frios pode estar relacionada ao fato da motivação para a internação poder, em alguns casos, estar relacionada mais como opção à situação

habitacional desfavorável do que à motivação real para tratamento. Não foram encontrados estudos que avaliassem esta variável na literatura pesquisada.

Por fim, informações sobre a história e padrão do uso de substâncias psicoativas também fornecem informações importantes no perfil de retenção no tratamento, indicando a necessidade de adequação do plano terapêutico inicial a ser construído neste momento nestes casos^{14,32}. Segundo os dados apresentados, maior atenção é necessária aos que tiveram início mais precoce de uso de crack e aos que relataram consumo de álcool mais recente. “Primeiro tratamento para transtorno por uso de substâncias”, que aparece com significância estatística nesta análise, possivelmente esteja relacionada à variável “idade de início”.

A análise conjunta destes resultados aponta, possivelmente, para aquele usuário com maior tempo de adição, maior comprometimento de funções executivas e de maior severidade e cronicidade do transtorno de adição e maior dificuldade de lidar com sintomas de abstinência, o que está em linha com o evidenciado em investigações prévias³³. Embora não apareça diferença entre os dois grupos quanto à frequência do uso do álcool, o consumo recente possa ser indício de maior comprometimento neurológico e de funções executivas provocados pelo uso concomitante destas duas substâncias^{34,35}. O elevado índice de tabagismo encontrado naqueles indivíduos com menor retenção no tratamento ressalta a importância de serem instituídas estratégias de manejo de *craving* e controle farmacológico dos sintomas de abstinência da nicotina o mais precocemente possível^{36,37}.

A alta taxa de interrupção de internações com sete ou menos dias, superior a um quarto dos ingressos na amostra estudada, chama a atenção para a necessidade de abordagem específica a este grupo de pacientes, visando otimizar este recurso terapêutico. Estima-se que a abstinência inicial esteja relacionada com a estabilização de diversas funções fisiológicas e cerebrais relacionadas ao processo de fissura e de recaída. Vários estudos ressaltam que estratégias que previnam estas altas são efetivas na melhora da retenção no tratamento^{1,3,14,30,36-39}. A identificação das variáveis potencialmente relacionadas à estas altas pode auxiliar na predição desta retenção, e conseqüentemente, auxiliar na elaboração das decisões terapêuticas mais acertadas e que potencializem a efetividade do plano terapêutico singular, bem como na escolha do ambiente mais adequado para tal.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As internações analisadas correspondem às ocorridas em apenas um hospital em determinado período de tempo, além de consequentes a específico plano de tratamento, sendo os resultados apresentados talvez não passíveis de generalização. Os resultados do presente estudo não levam em consideração os motivos das altas precoces, apenas a sua associação com as variáveis analisadas. Não estão diferenciadas, portanto, altas “a pedido” e administrativas. Devido ter-se optado por não ser usada como amostra apenas os indivíduos com todas as informações completas no banco de dados, o “n” das diversas análises difere, por considerar a totalidade respostas completas apenas para aquela

variável estudada. Altas muito prematuras podem ter ocorrido antes do período necessário para aplicação dos instrumentos, e dados destas não contribuíram para os resultados deste estudo. No período deste estudo ocorreram 499 internações de pacientes que referiram uso de crack, na unidade em estudo. Foram utilizados neste estudo dados referentes a 308 internações que enquadraram-se nos critérios de inclusão da amostra. Por tratarem-se de análises bivariadas, algumas associações poder ser relacionadas a fatores de confusão.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentado sugerem haver características distinguíveis relacionadas à retenção em tratamento em usuários de crack. A identificação destas precocemente podem permitir que as estratégias terapêuticas sejam otimizadas. A decisão sobre a indicação do ambiente (hospitalar ou dispositivos extra-hospitalares) mais apropriado poderá subsidiar-se nestas características. No caso de indicada internação em hospital, fornecem prioridades de intervenção para a melhora da retenção e diminuição das taxas de altas prematuras.

BIBLIOGRAFIA

1. Bastos FIPM, Bertoni N, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro RB, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro RB. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? 2014. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Accessed November 4, 2017.
2. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, et al. The Brazilian ‘Cracolândia’ open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. 2016;111(4):571-573. doi:10.1111/add.13151.
3. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(suppl4):s545-s557. doi:10.1590/S0102-311X2008001600007.
4. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6). doi:10.1590/0102-311x00037517.
5. Dias AC, Vieira DL, Gomes LS, Araújo MR, Laranjeira R. Longitudinal outcomes among a cohort of crack users after 12 years from treatment discharge. *J Addict Dis*. 30(3):271-280. doi:10.1080/10550887.2011.581983.
6. Krawczyk N, Filho CLV, Bastos FI. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduct J*. 2015;12:24. doi:10.1186/s12954-015-0059-9.

7. Kessler F, Pechansky F. Editorial a convite Editorial a convite Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade A psychiatric view on the crack phenomenon nowadays. 2008;30(2):96-98
<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>. Accessed November 2, 2017.
8. Guimarães CF, Dos Santos DVV, De Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2008;30(2):101-108. doi:10.1590/S0101-81082008000300005.
9. Filho OFF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2003;37(6):751-759. doi:10.1590/s0034-89102003000600010.
10. Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Context Clínicos*. 2012;5(1):62-72. doi:10.4013/ctc.2012.51.07.
11. Pollini RA, O'Toole TP, Ford D, Bigelow G. Does this patient really want treatment? Factors associated with baseline and evolving readiness for change among hospitalized substance using adults interested in treatment. *Addict Behav*. 2006;31(10):1904-1918. doi:10.1016/j.addbeh.2006.01.003.
12. Choi S, Adams SM, MacMaster SA, Seiters J. Predictors of Residential Treatment Retention among Individuals with Co-Occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders. *J Psychoactive Drugs*. 2013;45(2):122-131. doi:10.1080/02791072.2013.785817.
13. Loveland Cook CA, Booth BM, Blow FC, Mcaleenan KA, Bunn JY, Warren G. Risk Factors for AMA Discharge From VA Inpatient Alcoholism Treatment Programs. *J Subst Abuse Treat*. 1994;11(3):239-245.
<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/31610/0000540.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed August 27, 2017.
14. Alfandre DJ. "I'm going home": discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(3):255-260. doi:10.1016/S0025-6196(11)61143-9
15. Saab D, Nisenbaum R, Dhalla I, Hwang SW. Hospital Readmissions in a Community-based Sample of Homeless Adults: a Matched-cohort Study. *J Gen Intern Med*. 31(9):1011-1018. doi:10.1007/s11606-016-3680-8.
16. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Cacho R, Arteaga A. Profile of Addicted Patients Who Reenter Treatment Programs. *Subst Abuse*. 2014;35(2):176-183. doi:10.1080/08897077.2013.826614.
17. Vallersnes OM, Jacobsen D, Ekeberg Ø, Brekke M. Mortality and repeated poisoning after self-discharge during treatment for acute poisoning by substances of abuse: a prospective observational cohort study. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):5. doi:10.1186/s12873-018-0219-9.
18. Ti L, Milloy M-J, Buxton J, et al. Factors Associated with Leaving Hospital against Medical Advice among People Who Use Illicit Drugs in Vancouver, Canada.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624845/pdf/pone.0141594.pdf>. Accessed May 1, 2018.
19. Samaha A-N, Robinson TE. Why does the rapid delivery of drugs to the brain promote addiction? doi:10.1016/j.tips.2004.12.007.
20. Hser YI, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B. Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health*. 1999;89(5):666-671. doi:10.2105/AJPH.89.5.666.

21. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission Rates of Patients Discharged against Medical Advice: A Matched Cohort Study. Laks J, ed. *PLoS One*. 2011;6(9):e24459. doi:10.1371/journal.pone.0024459.
22. Mulia N, Zemore SE. Social Adversity, Stress, and Alcohol Problems: Are Racial/Ethnic Minorities and the Poor More Vulnerable? *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(4):570-580. doi:10.15288/jsad.2012.73.570.
23. Kessler F, Cacciola J, Faller S, et al. Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2007;29(3):335-336. doi:10.1590/S0101-81082007000300016.
24. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6). doi:10.1590/0102-311x00037517.
25. Mulia N, Zemore SE. Social Adversity, Stress, and Alcohol Problems: Are Racial/ Ethnic Minorities and the Poor More Vulnerable? *J Stud ALCOHOL DRUGS* *J Stud AlcMULIA, N; ZEMORE, S E Soc Advers Stress Alcohol Probl Are Racial/ Ethn Minor Poor More Vulnerable? J Stud ALCOHOL DRUGS* *J Stud Alcohol Drugs*, 2012 v. 2012;73:570-580. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364323/pdf/jsad570.pdf>. Accessed February 5, 2018.
26. Passos SRL. Fatores associados ao abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas entre pacientes de um Centro de Referência no Rio de Janeiro. 1996.
27. Ringwalt CL, Palmer JH. Cocaine and crack users compared. *Adolescence*. 1989;24(96):851-859. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2610033>. Accessed September 17, 2019.
28. Westreich L, Heitner C, Cooper M, Galanter M, Guedj P. Perceived social support and treatment retention on an inpatient addiction treatment unit. *Am J Addict*. 1997;6(2):144-149. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9134076>. Accessed September 17, 2019.
29. Pedroso RS, Guimarães LSP, Zanetello LB, et al. High rates of relapse in adolescents crack users after inpatient clinic discharge. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(3):215-222. doi:10.1590/0047-2085000000127.
30. Garland AF, Lau AS, Yeh M, McCabe KM, Hough RL, Landsverk JA. Racial and Ethnic Differences in Utilization of Mental Health Services Among High-Risk Youths. *Artic Am J Psychiatry*. 1336;1627. <http://ajp.psychiatryonline.org>. Accessed August 27, 2017.
31. Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Rep*. 2002;117 Suppl 1:S135-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12435837>. Accessed August 10, 2019.
32. McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatient treatment retention: Patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend*. 2001;62(1):9-17. doi:10.1016/S0376-8716(00)00155-1
33. Sarkar S, Balhara YPS, Gautam N, Singh J. A Retrospective Chart Review of Treatment Completers Versus Noncompleters Among In-patients at a Tertiary Care Drug Dependence Treatment Centre in India. *Indian J Psychol Med*. 2016;38(4):296-301. doi:10.4103/0253-7176.185943.
34. Pereira RB, Andrade PB, Valentão P. A Comprehensive View of the

- Neurotoxicity Mechanisms of Cocaine and Ethanol. *Neurotox Res.* 2015;28(3):253-267. doi:10.1007/s12640-015-9536-x.
35. Liu Y, Williamson V, Setlow B, Cottler LB, Knackstedt LA. The importance of considering polysubstance use: lessons from cocaine research. *Drug Alcohol Depend.* 2018;192:16-28. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.025.
 36. Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S, Kern-Godal A, Arnevik E, Duckert F. Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qual Soc Work.* 2018;17(1):24-40. doi:10.1177/1473325016654559
 37. Dalsbø TK, Hammerstrøm KT, Vist GE, et al. Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment. In: Dalsbø TK, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010. doi:10.1002/14651858.CD008220.
 38. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, McLellan AT. Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug Alcohol Depend.* 1996;40(3):227-233. doi:10.1016/0376-8716(95)01212-5
 39. Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sorrell R, Chalk MB. *Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-Time Assessment Feasible*. Vol 5.; 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões acerca do melhor ambiente para o tratamento dos transtornos por uso de substâncias fazem parte do cotidiano dos profissionais que atuam com esta população. Historicamente os recursos disponíveis estão longe de cobrir as reais necessidades, o que exige aprofundada discussão e uso racional dos mesmos. A escolha do ambiente hospitalar ou ambulatorial deve tomada não como uma diretriz “dura”, generalizada, mas baseada em evidências de resultados que favoreçam o usuário. Assim, as indicações mais precisas de tratamentos de alta complexidade se destinarão a casos específicos.

Os resultados apresentados neste trabalho colaboram na identificação de um perfil de paciente mais vulnerável à não continuidade do tratamento em meio hospitalar, apontando quais as principais vulnerabilidades envolvidas na baixa adesão. O conhecimento deste perfil e destas variáveis permite não só a singularidade na construção do plano terapêutico como também direciona para as principais intervenções a serem contempladas, com vistas a melhores resultados terapêuticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Bastos FIPM, Bertoni N, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro RB, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro RB. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? 2014 [cited 2017 Nov 4]; Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>.
2. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605002&lng=pt&tlng=pt.
3. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, ITINERE Investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction* [Internet]. 2008 Feb [cited 2017 Nov 4];103(2):284–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18199307>.
4. Krawczyk N, Filho CLV, Bastos FI. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduct J* [Internet]. 2015 Aug 6 [cited 2017 Nov 2];12:24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26245997>.
5. Kessler F, Pechansky F. Editorial a convite Editorial a convite Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade A psychiatric view on the crack phenomenon nowadays. 2008 [cited 2017 Nov 2];30(2):96–8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>.
6. Loveland Cook CA, Booth BM, Blow FC, Mcaleenan KA, Bunn JY, Warren G. Risk Factors for AMA Discharge From VA Inpatient Alcoholism Treatment Programs. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 1994 [cited 2017 Aug 27];11(3):239–45. Available from: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/31610/0000540.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. L. B, R.C. G. Factors affecting completion of a 28-day inpatient substance abuse treatment programme at the University Hospital of the West Indies [Internet]. Vol. 57, *West Indian Medical Journal*. The University of the West Indies; 2008 [cited 2017 Dec 9]. p. 364–8. Available from: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442008000400010#.Wiw7OLQqLzA.mendeley.
8. Saab D, Nisenbaum R, Dhalla I, Hwang SW. Hospital Readmissions in a Community-based Sample of Homeless Adults: a Matched-cohort Study. *J Gen Intern Med* [Internet]. [cited 2017 Aug 27];31(9):1011–8. Available from:

- <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11606-016-3680-8.pdf>.
9. Hser YI, Joshi V, Anglin MD, Fletcher B. Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *Am J Public Health*. 1999;89(5):666–71.
 10. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2019 Aug 25];24(suppl 4):s545–57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=en&tIng=en.
 11. Alfandre DJ. “I’m going home”: discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2009 Mar [cited 2019 Jun 15];84(3):255–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19252113>.
 12. Passos SRL. Fatores associados ao abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas entre pacientes de um Centro de Referência no Rio de Janeiro. 1996.
 13. Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S, Kern-Godal A, Arnevik E, Duckert F. Young adults’ reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. *Qual Soc Work*. 2018 Jan 1;17(1):24–40.
 14. McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatient treatment retention: Patient versus substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend*. 2001 Mar 1;62(1):9–17.
 15. Mulia N, Zemore SE. Social Adversity, Stress, and Alcohol Problems: Are Racial/Ethnic Minorities and the Poor More Vulnerable? *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2012;73(4):570–80. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3364323&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2012.73.570>.
 16. Mulia N, Zemore SE. Social Adversity, Stress, and Alcohol Problems: Are Racial/ Ethnic Minorities and the Poor More Vulnerable? *J Stud ALCOHOL DRUGS* *J Stud AlcMULIA, N; ZEMORE, S E Soc Advers Stress Alcohol Probl Are Racial/ Ethn Minor Poor More Vulnerable? J Stud ALCOHOL DRUGS* *J Stud Alcohol Drugs*, 2012 v [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 5];73:570–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364323/pdf/jsad570.pdf>.
 17. Ti L, Milloy M-J, Buxton J, Mcneil R, Dobrer S, Hayashi K, et al. Factors Associated with Leaving Hospital against Medical Advice among People Who Use Illicit Drugs in Vancouver, Canada. [cited 2018 May 1]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624845/pdf/pone.0141594.pdf>.
 18. Mcneil R, Small W, Wood E, Kerr T. Hospitals as àrisk environment: An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 27];105:59–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951660/pdf/nihms-558944.pdf>.
 19. Rivera MA, Aufderheide AC, Cartmell LW, Torres CM, Langsjoen O. Antiquity of coca-leaf chewing in the south central Andes: a 3,000 year archaeological record of coca-leaf chewing from northern Chile. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 2005 Dec [cited 2019 Sep 15];37(4):455–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16480174>.
 20. Toyne JM, Marla J. The Transformation of Coca to Cocaine: An Overview of Traditional Drug Use and Modern Drug Use Recommended Citation [Internet]. Vol. 7, Totem: The

- University of Western Ontario Journal of Anthropology. [cited 2019 Aug 25]. Available from: <http://ir.lib.uwo.ca/totem> Available at: <http://ir.lib.uwo.ca/totem/vol7/iss1/4>.
21. Nunes LM, Jóluskin G. O USO DE DROGAS: BREVE ANÁLISE HISTÓRICA E SOCIAL [Internet]. [cited 2019 Aug 24]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/61007124.pdf>.
 22. Markel H. Über coca: Sigmund Freud, Carl Koller, and cocaine. JAMA [Internet]. 2011 Apr 6 [cited 2019 Sep 15];305(13):1360–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21467292>.
 23. CARLINI E., NOTO AR, GALDUROZ JCF, NAPPO SA. Visao historica sobre o uso de drogas: passado e presente: Rio de Janeiro e Sao Paulo. J bras Psiquiatr [Internet]. 1996 [cited 2019 Aug 24];227–36. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-3062>.
 24. Kiluk BD, Babuscio TA, Nich C, Carroll KM. Smokers versus snorters: Do treatment outcomes differ according to route of cocaine administration? Exp Clin Psychopharmacol [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Aug 25];21(6):490–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24364538>.
 25. SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE CRACK [Internet]. [cited 2019 Aug 25]. Available from: https://www.uniad.org.br/images/stories/Perrenoud__Ribeiro.__Historico_do_consumo_de_crack._Artmed.__2012.pdf.
 26. Reinerman C, Levine HG. The Crack Attack Politics and Media in the Crack Scare [Internet]. 1997 [cited 2019 Aug 25]. Available from: https://www.corwin.com/sites/default/files/upm-binaries/4006_Newman_Reader___Chp_3_The_Crack_Attack_Final_Pdf.pdf.
 27. Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration-- characteristics, direction and associated variables. Addiction [Internet]. 1999 Jun [cited 2019 Aug 25];94(6):813–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10665071>.
 28. Ferri CP, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. Addict Behav [Internet]. [cited 2019 Aug 25];24(6):815–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10628515>.
 29. Caulkins JP. Is crack cheaper than (powder) cocaine? Addiction [Internet]. 1997 Nov [cited 2019 Aug 25];92(11):1437–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9519487>.
 30. Fundação Oswaldo Cruz I de C e IC e T em S, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro RB. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. 2017 [cited 2019 Aug 26]; Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>.
 31. Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert ASB, Howard MO. Is Crack Cocaine Use Associated with Greater Violence than Powdered Cocaine Use? Results from a National Sample. Am J Drug Alcohol Abuse [Internet]. 2010 Jul 21 [cited 2019 Sep 1];36(4):181–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560836>.
 32. Enns B, Krebs E, DeBeck K, Hayashi K, Milloy M-J, Richardson L, et al. The costs of crime associated with stimulant use in a Canadian setting. Drug Alcohol Depend [Internet].

- 2017 Nov 1 [cited 2019 Sep 1];180:304–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28942287>.
33. Johnson MW, Bruner NR, Johnson PS. Cocaine dependent individuals discount future rewards more than future losses for both cocaine and monetary outcomes. *Addict Behav* [Internet]. 2015 Jan [cited 2019 Sep 1];40:132–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25260200>.
 34. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health* [Internet]. 2006 Jan 20 [cited 2018 Feb 5];6:10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16426451>.
 35. de Azevedo RCS, Botega NJ, Guimarães LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007 Mar [cited 2019 Sep 1];29(1):26–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17435924>.
 36. Illicit Production of Cocaine - [www.rhodium.ws] [Internet]. [cited 2019 Sep 1]. Available from: <https://erowid.org/archive/rhodium/chemistry/cocaine.illicit.production.html>.
 37. Fukushima AR. Perfil da cocaína comercializada como <i>crack</i> na região Metropolitana de São Paulo em período de vinte meses (2008-2009) [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2011 [cited 2019 Sep 15]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9141/tde-27012011-082843/>.
 38. Samaha A-N, Robinson TE. Why does the rapid delivery of drugs to the brain promote addiction? [cited 2019 Sep 1]; Available from: www.sciencedirect.com.
 39. Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br J Addict* [Internet]. 1992 Nov [cited 2019 Sep 1];87(11):1527–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1458032>.
 40. Pulcherio G, Ravy Stolf A, Pettenon M, Pulcherio Fensterseifer D, Kessler F, Especial A. Crack-da pedra ao tratamento Crack-from rock crystal to treatment. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 54 (3): 337-343, jul.-set. 2010.
 41. Bradberry CW. Book Review: Dynamics of Extracellular Dopamine in the Acute and Chronic Actions of Cocaine. *Neurosci* [Internet]. 2002 Aug 29 [cited 2019 Sep 7];8(4):315–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12194500>
 42. Borders TF, Booth BM, Han X, Wright P, Leukefeld C, Falck RS, et al. Longitudinal changes in methamphetamine and cocaine use in untreated rural stimulant users: racial differences and the impact of methamphetamine legislation. *Addiction* [Internet]. 2008 May [cited 2019 Sep 9];103(5):800–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2008.02159.x>.
 43. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 Sep 9];165(2):179–87. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>.
 44. Stotts AL, Mooney ME, Sayre SL, Novy M, Schmitz JM, Grabowski J. Illusory predictors: Generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addict Behav* [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 Sep 9];32(12):2819–36. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460307001190>.

45. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA* [Internet]. 1996 Nov 20 [cited 2019 Sep 9];276(19):1580–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8918856>.
46. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Sep 7];3(8):760–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27475769>.
47. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex. *Cereb Cortex* [Internet]. 2000 Mar 1 [cited 2019 Sep 7];10(3):318–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10731226>.
48. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2011 Sep 13 [cited 2019 Sep 7];108(37):15037–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21402948>.
49. Verdejo-García A, Pérez-García M, Sánchez-Barrera M, Rodríguez-Fernández A, Gómez-Río M. [Neuroimaging and drug addiction: neuroanatomical correlates of cocaine, opiates, cannabis and ecstasy abuse]. *Rev Neurol* [Internet]. [cited 2019 Sep 7];44(7):432–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17420970>.
50. Alonso Matías L, Reyes Zamorano E, González Olvera JJ. Funcionamiento cognitivo en sujetos con trastorno de dependencia a cocaína y crack durante la abstinencia temprana. *Rev Neurol* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2019 Aug 26];68(07):271. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30906976>.
51. Brasil Araujo R, da Silva Oliveira M, Siqueira Pedroso R, Cecília Miguel A, da Graça Tanori de Castro M. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento Craving and chemical dependence: concept, evaluation and treatment.
52. Silveira KL, Oliveira MM de, Nunes BP, Alves PF, Pereira GB. Craving in crack cocaine users according to individual and behavioral characteristics. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras* [Internet]. 2019 Apr [cited 2019 Sep 8];28(1):e2018304. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100701&lng=pt&nrm=iso.
53. ST T. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Rev* [Internet]. 1990 [cited 2019 Sep 15];97(2):147. Available from: <http://pubmed.cn/2186423>.
54. Original A, Araujo RB, Oliveira M, Piccoloto LB, Szupszynski KPDR. Sonhos e craving em alcoolistas na fase de desintoxicação Dreams and Craving in Alcohol Addicted Patients in the Detoxication Stage.
55. Saunders BT, Yager LM, Robinson TE. Cue-evoked cocaine “craving”: role of dopamine in the accumbens core. *J Neurosci* [Internet]. 2013 Aug 28 [cited 2019 Sep 15];33(35):13989–4000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23986236>.
56. Mahoney JJ, Kalechstein AD, De La Garza R, Newton TF. A qualitative and quantitative review of cocaine-induced craving: The phenomenon of priming. Vol. 31, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007. p. 593–9.
57. Niaura R, Shadel WG, Britt DM, Abrams DB. Response to social stress, urge to smoke,

- and smoking cessation. *Addict Behav* [Internet]. [cited 2019 Sep 15];27(2):241–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11817765>.
58. Reuter M, Netter P. The influence of personality on nicotine craving: a hierarchical multivariate statistical prediction model. *Neuropsychobiology* [Internet]. 2001 [cited 2019 Sep 15];44(1):47–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11408793>.
 59. Dols M, van den Hout M, Kindt M, Willems B. The urge to smoke depends on the expectation of smoking. *Addiction* [Internet]. 2002 Jan [cited 2019 Sep 15];97(1):87–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895274>.
 60. Vetulani J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Pol J Pharmacol* [Internet]. [cited 2019 Sep 15];53(4):303–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11990077>.
 61. Gil-Verona JA, Pastor JF, de Paz F, Barbosa M, Macias-Fernandez JA, Maniega MA, et al. Neurobiology of addiction to drugs of abuse. *Rev Neurol*. 2003;36(4):361–5.
 62. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 Nov [cited 2019 Sep 8];25(11):2309–19.
 63. Antunes SMM de O, Queiroz M de S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Jan [cited 2019 Sep 8];23(1):207–15.
 64. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial - Biblioteca Virtual do NESCON [Internet]. [cited 2019 Sep 15]. Available from: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUS__os_centros_de_atencao_psicossocial/48
 65. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental: álcool e outras drogas, depressão, ansiedade [Internet]. [cited 2019 Sep 8]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>
 66. Série B. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. 2003.
 67. Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2019 Sep 8]. Available from: <http://www.saude.gov.br/>.
 68. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas [Internet]. [cited 2019 Sep 8]. Available from: <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>.
 69. Souza Silva Varela D, Maria Magalhães Sales I, Mendes Dantas Silva F, Ferreira de Souza Monteiro C, Anna E. PESQUISA | RESEARCH. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2).
 70. Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Brazilian J Med Biol Res = Rev Bras Pesqui medicas e Biol* [Internet]. 1996 Dec [cited 2018 Apr 19];29(12):1675–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9222432>
 71. Principles of Effective Treatment | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet].

[cited 2019 Sep 8]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>

72. D9761 [Internet]. [cited 2019 Sep 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9761.htm
73. L13840 [Internet]. [cited 2019 Sep 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm