

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E TRANSTORNOS MENTAIS EM USUÁRIOS DE CRACK E COCAÍNA

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND MENTAL DISORDERS IN CRACK AND COCAINE USERS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y TRASTORNOS MENTALES EN CONSUMIDORES DE CRACK Y COCAÍNA

Ademir Ferreira Junior¹

(<https://orcid.org/0000-0003-2809-219X>)

Lino José da Silva²

(<https://orcid.org/0000-0001-6495-8312>)

Taciana Dias Nogueira Silva¹

(<https://orcid.org/0000-0002-3513-3044>)

Maria Sandinéia Bezerra¹

(<https://orcid.org/0000-0001-5399-9071>)

Antônio Egidio Nardi³

(<https://orcid.org/0000-0002-2152-4669>)

Karol Fireman de Farias¹

(<https://orcid.org/0000-0003-1352-2513>)

Ana Caroline Melo dos Santos⁴

(<https://orcid.org/0000-0003-0280-6107>)

Elaine Virgínia Martins de Souza Figueiredo¹

(<https://orcid.org/0000-0001-9724-5861>)

Descritores

Enfermagem; Saúde mental; Epidemiologia; Vulnerabilidade em saúde; Cocaína crack

Descriptors

Nursing; Mental health; Epidemiology; Health vulnerability; Crack cocaine

Descriptores

Enfermería; Salud mental; Epidemiología; Vulnerabilidad en salud; Cocaína crack

Submetido

9 de Janeiro de 2021

Aceito

21 de Março de 2021

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Ademir Ferreira Junior

E-mail: ademirferreira.enf@outlook.com

RESUMO

Objetivo: Identificar as características socioeconômicas, o padrão de uso das substâncias psicoativas e os transtornos mentais associados ao uso de crack e cocaína.

Métodos: Caracteriza-se como descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado com 112 participantes que apresentaram um histórico de uso de crack e/ou de cocaína, com a aplicação de questionários socioeconômico, sobre o padrão de uso das substâncias psicoativas e o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* para rastreamento de transtornos mentais. Os dados foram analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences*.

Resultados: 97 (86,6%) eram do sexo masculino, 63 (56,3%) eram pardos autodeclarados, 102 (91,1%) com religião, 95 (84,8%) eram solteiros (solteiro, divorciado, viúvo), 83 (74,1%) estudaram até o ensino fundamental, 71 (63,4%) possuíam filhos. Diante da aplicação do *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, identificou-se uma frequência de 69 (61,6%) participantes com episódio depressivo maior atual, destes 34 (30,4%) apresentando episódio depressivo maior recorrente. Metade dos participantes, 55 (49,1%), possuía risco de suicídio.

Conclusão: O rastreamento do perfil psiquiátrico de usuários de cocaína e crack embasa o desenvolvimento de protocolos de tratamento e medidas de intervenção de maneira mais individualizada, o que refletira no enfrentamento diante do tratamento.

ABSTRACT

Objective: To identify the socioeconomic characteristics, the pattern of use of psychoactive substances and the mental disorders associated with the use of crack and cocaine.

Methods: Characterized as descriptive, cross-sectional and with a quantitative approach, carried out with 112 participants who had a history of crack and / or cocaine use, with the application of socioeconomic questionnaires, on the pattern of substance use psychoactive drugs and the Mini International Neuropsychiatric Interview to screen for mental disorders. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software.

Results: 97 (86.6%) were male, 63 (56.3%) were self-declared brown, 102 (91.1%) with religion, 95 (84.8%) were single (single, divorced, widowed), 83 (74.1%) studied until elementary school, 71 (63.4%) has children. In view of the application of Mini International Neuropsychiatric Interview, a frequency of 69 (61.6%) participants with a current major depressive episode was identified, of these 34 (30.4%) presenting a recurrent major depressive episode. Half of the participants, 55 (49.1%), are at risk of suicide.

Conclusion: The tracking of the psychiatric profile of cocaine and crack users supports the development of treatment protocols and intervention measures in a more individualized way, which will reflect on coping with treatment.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características socioeconómicas, el patrón de uso de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales asociados al uso de crack y cocaína.

Métodos: Caracterizado como descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo, realizado con 112 participantes que tenían antecedentes de consumo de crack y / o cocaína, con la aplicación de cuestionarios socioeconómicos, sobre el patrón de consumo de sustancias, drogas psicoactivas y la Mini Internacional Neuropsychiatric Interview para detectar trastornos mentales. Los datos se analizaron mediante el *software Statistical Package for the Social Sciences*.

Resultados: 97 (86,6%) eran hombres, 63 (56,3%) se auto declaraban marrones, 102 (91,1%) de religión, 95 (84,8%) eran solteros (solteros, divorciados, viudos), 83 (74,1%) estudiaron hasta la escuela primaria, 71 (63,4%) tienen hijos. En vista de la aplicación de *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, se identificó una frecuencia de 69 (61,6%) participantes con un episodio depresivo mayor actual, de estos 34 (30,4%) presentaban un episodio depresivo mayor recorrente. La mitad de los participantes, 55 (49,1%), tienen riesgo de suicidio.

Conclusión: El seguimiento del perfil psiquiátrico de los consumidores de cocaína y crack apoya el desarrollo de protocolos de tratamiento y medidas de intervención de una manera más individualizada, que se reflejará en el afrontamiento del tratamiento.

¹Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, AL, Brasil.

²Universidade Federal de Alagoas, Palmeira dos Índios, AL, Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Como citar:

Ferreira Junior A, Silva LJ, Silva TD, Bezerra MS, Nardi AE, Farias KF, et al. Características sociodemográficas e transtornos mentais em usuários de crack e cocaína. *Enferm Foco*. 2021;12(5):934-42.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4450>

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é configurado como um grande problema de saúde pública mundial.⁽¹⁾ Aproximadamente 271 milhões de pessoas em todo o mundo, englobando cerca de 5,5% da população mundial entre 15 a 64 anos, utilizaram estimulantes do sistema nervoso central ou substâncias psicoativas, pelo menos uma vez, durante o ano de 2017.⁽²⁾ Dentre essas SPA, foi identificado o uso de cocaína, seus derivados e outras SPA, com um número estimado de 34 milhões de usuários(as) em todo o mundo, incluindo nesta estimativa 17 milhões de usuários(as) de cocaína.⁽³⁾

O cenário atual brasileiro vem demonstrando que o uso abusivo de substâncias psicoativas possui interferência direta nos problemas sociais e na saúde pública. Sob este cenário, destaca-se o uso e abuso de crack e cocaína. A cocaína é uma SPA ilícita com um forte poder de levar o indivíduo à dependência, visto que o tempo de início de ação é curto, durando cerca de 8 segundos a 30 minutos.⁽⁴⁾ O crack, derivado da pasta-base da cocaína com associação de substâncias impuras que reduzem seu custo, tem o tempo de início de ação ainda menor, de cerca de seis a oito segundos, e faz com que o usuário(a) sinta a necessidade de buscar a SPA cada vez mais.⁽⁴⁾ Como consequência a esta urgência de fazer uso da SPA, e não possuir condições financeiras, o adicto se expõe a situações de risco, como assaltos, tráfico, troca de sexo por dinheiro ou pela própria SPA.⁽⁵⁾

De acordo com o último Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, mostrou-se que 22,8% da população pesquisada já fez uso de algum tipo de SPA, com exceção ao álcool e o tabaco. Entre as SPA ilícitas mais consumidas 2,9% da população estudada fazia ou já fez uso de cocaína e 0,7% de crack. Nesse estudo, foi possível observar ainda que esse consumo tem ocorrido cada vez mais cedo, particularmente na faixa etária entre os 12 e 17 anos.⁽⁶⁾

Diante do estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o consumo de crack e cocaína e seus similares nas capitais brasileiras, no inquérito domiciliar indireto realizado em 2012, estima-se que há cerca de 370 mil usuários(as) regulares (com mais de 25 dias de uso nos últimos 6 meses), que representaria 0,81% do total da população residente nestes municípios.⁽⁷⁾ Dentro desse número, de 370 mil usuários(as) de crack e seus similares nas capitais brasileiras, a região nordeste desponta com o maior número de usuários(as), aproximadamente 148 mil, a macrorregião nordeste só fica atrás da região sudeste com aproximadamente 114 mil usuários(as) de crack e similar.⁽⁸⁾

Os indicadores sinalizam que uso dessas substâncias psicoativas vem tomando grandes dimensões, através do comprometimento das relações afetivas de trabalho, da família, bem como trazendo sérios danos à saúde física e mental, como também vulnerabilidade socioeconômica e problemas legais.⁽⁸⁾ Ademais, existem os danos secundários que o abuso dessas substâncias pode provocar, como acidentes de trânsito, violências diversas, envenenamento, danos cardiovasculares, neurológicos, psiquiátricos entre outras.⁽⁸⁾

Apesar de a população de adictos estar crescendo simultaneamente com o a quantidade de Comunidades Terapêuticas (CT), existem poucas evidências com enfoque na detecção das particularidades do perfil do uso de drogas e do rastreamento dos transtornos mentais dos(as) usuários (as) de crack e cocaína no Brasil, destacadamente no Nordeste. Por tal razão, justifica-se a realização do presente estudo com a hipótese de que a identificação do perfil propicia a sugestão de protocolos de tratamento e rastreamento, bem como a construção de uma metodologia de detecção rápida para o monitoramento no cunho clínico e social e, portanto, essas estratégias se fazem necessárias para medidas de intervenção à atenção aos(as) usuários(as) de SPA.

A partir do exposto, esse estudo almejou descrever o perfil da população usuária de crack e cocaína, a qual procura tratamento nas CT e atenção social no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situações de Rua (CENTRO POP), visto que esses usuários necessitam cada vez mais de um olhar específico e diferenciado.

O objetivo desse estudo foi identificar as características socioeconômicas, o padrão de uso das SPA e os transtornos mentais associados ao uso de crack e cocaína.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no agreste do estado de Alagoas. Em Comunidades Terapêuticas localizadas nos municípios de Arapiraca e Craibas, e no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situações de Rua no município de Arapiraca.

A amostra aleatória e não probabilística foi composta por 112 participantes com média de idade de 31,53 (DP=8,54) anos, mínimo de 18 e máximo de 54 anos. Participantes que apresentarem histórico de uso de crack e/ou de cocaína nos últimos 12 meses com capacidade cognitiva para responder os questionamentos e que concordaram em participar da pesquisa foram incluídos, sendo excluídos os participantes que faziam uso de outras substâncias ilícitas que



Figura 1. Distribuição geográfica de acordo com a naturalidade e/ou atual residência dos participantes

não corresponderam ao objetivo do estudo, que apresentavam déficit cognitivo, visual ou auditivo e que não concordaram em participar da pesquisa.

A aplicação do formulário sociodemográfico e do instrumento de avaliação psiquiátrica foram conduzidas em salas reservadas para este fim e realizadas por enfermeiros, psicólogos e estudantes de graduação previamente capacitados.

A coleta de dados ocorreu durante a realização de ações extensionistas do projeto intitulado Intervenções de saúde a usuários(as) de crack e cocaína em comunidades acolhedoras: promovendo círculos comunitários, tendo como alvo os adictos de crack e cocaína que estão em tratamento em CT que recebem usuários(as) de várias cidades de Alagoas (Figura 1), e os que são acompanhados no CENTRO POP no agreste alagoano.

O formulário sociodemográfico e os aspectos que envolvem o padrão de uso de SPA foi construído a partir do resgate de informações da literatura o que possibilitou fazer a identificação dos sujeitos, bem como permitiu conhecer o perfil dos adictos, considerando os seguintes dados: idade, sexo, cor/raça autodeclarada, religião, estado civil, escolaridade, filhos, ocupação, nível socioeconômico, situação de residência, história de saúde familiar, aspectos sobre o uso de substâncias psicoativas de uso dos participantes, substâncias que foram utilizadas, vias de administração e formas de uso, como foi iniciado o uso, história familiar sobre o uso de substâncias psicoativas e histórico de tratamento.

Para estabelecer a presença de desordens mentais o questionário *Mini International Neuropsychiatric Interview*

(MINI) versão *plus* 5.0 traduzido e adaptado para a população brasileira por Amorim.⁽⁹⁾ Tal instrumento classifica os participantes de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O MINI engloba os principais transtornos do Eixo I, por meio de uma entrevista objetiva, dicotômica e investigação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia incluindo a data do início e duração dos transtornos, número de episódios de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. A partir deste rastreamento é possível averiguar a presença dos seguintes transtornos mentais: episódio depressivo maior; transtorno distímico; risco de suicídio; episódio maníaco; episódio hipomaniaco; transtorno de pânico; agorafobia; fobia social; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); transtorno de estresse pós-traumático; dependência e abuso de álcool; dependência e abuso de substância (não álcool); síndrome psicótica; anorexia nervosa; transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade antissocial.⁽¹⁰⁾

Os dados dos questionários foram arranjados em planilha Excel 2016 e analisados estatisticamente, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Parâmetros descritivos foram calculados para todas as variáveis. Média e desvio padrão foram utilizados para variáveis quantitativas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o parecer/

CAAE número: 2.408.885/ 67643417.3.0000.5013 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o mesmo foi disposto em duas vias, sendo uma cópia para o participante e outra em posse do pesquisador.

RESULTADOS

Participaram do estudo 112 indivíduos, com idade entre 18 e 54 anos (média: 31,5 anos; desvio padrão: 8,5 anos). Conforme mostra a tabela 1, 97 (86,6%) indivíduos eram do sexo masculino, 63 (56,3%) eram pardo autodeclarado, 102 (91,1%) com religião, 95 (84,8%) eram solteiros (solteiro, divorciado, viúvo), 83 (74,1%) estudaram até o ensino fundamental, 71 (63,4%) possuíam filhos. Cento e oito (96,4%) indivíduos já trabalharam e entre as profissões mais prevalentes estão: 10 (8,9%) em serviços gerais, 7 (6,3%) como vendedor, 6 (5,4%) como agricultor e 51 (45,2%) em outras profissões. A renda familiar de 46 (41,1%) participantes era de 1 a 3 salários mínimos, 35 (31,3%) de até 1 salário mínimo e 23 (20,5%) não possui renda fixa. Em relação a moradia, 87 (77,7%) residia na zona urbana e 68 (60,7%) em casa ou apartamento próprio.

Sobre o aspecto de uso de SPA (Tabela 2), a média de idade, em anos, que iniciaram o uso de SPA é de 14,32 (DP=4,232). A maconha é a primeira substância utilizada por 38 (33,9%) dos participantes, seguido pelo álcool por 37 (33%) participantes. A média de idade, em anos, que iniciaram o uso de crack e cocaína é de 20,57 (DP=7,213). As vias de administração de crack e cocaína de 44 (39,3%) dos participantes era a aspirada (cheirada ou cafungada) e de 31 (27,7%) dos participantes a via pulmonar (fumada por cachimbos de fabricação caseira ou através da inalação do vapor). A principal forma de uso de crack e cocaína de 15 (13,4%) dos participantes é fumada misturada com maconha. O início do uso de 58 (51,8%) participantes se deu através de amigos. Entre os participantes, 62 (55,4%) possui familiares que fizeram uso de crack e cocaína, sendo 19 (17%) com o grau de parentesco irmão/irmã. A SPA de preferência familiar é o crack e cocaína com 19 (16,9%) familiares, seguido de 18 (16,1%) familiares consumindo álcool. No histórico de tratamento, 56 (50%) participantes iniciaram o tratamento de cunho religioso ou autoajuda/grupos de suporte e 89 (79,5%) participantes buscaram tratamento por motivação própria.

Quanto às substâncias psicoativas que já fez uso, 1 (0,9%) participante fez uso apenas de crack e cocaína e 111 (99,1%) participantes são usuários(as) de múltiplas substâncias. Dentre esses, 22 (19,6%) fizeram uso associado de crack e cocaína, maconha, tabaco, álcool e inalante, e 11

Tabela 1. Características sociodemográficas dos(as) usuários(as) de crack e cocaína (n=112)

Variáveis	n(%)
Sexo	
Masculino	99(88,4)
Feminino	13(11,6)
Cor/raça autodeclarada	
Pardo	63(56,3)
Branco	23(20,5)
Negro	23(20,5)
Amarelo	3(2,7)
Religião	
Com religião	102(91,1)
Sem religião	10(8,9)
Estado civil	
Solteiro (solteiro + divorciado + viúvo)	95(84,8)
Casado (casado + união estável)	17(15,2)
Escolaridade	
Ensino fundamental	83(74,1)
Ensino médio	20(17,8)
Ensino superior	5(4,5)
Analfabeto	4(3,6)
Filhos	
Sim	71(63,4)
Não	41(36,6)
Ocupação	
Já trabalhou	
Sim	108(96,4)
Não	4(3,6)
Renda familiar mensal autorrelata	
Até um salário mínimo	35(31,3)
De 1 a 3 salários mínimos	46(41,1)
De 4 a 5 salários mínimos	7(6,3)
Mais de 5 salários mínimos	1(0,9)
Não possui renda fixa	23(20,5)
Zona de residência	
Urbana	87(77,7)
Rural	25(22,3)
Status habitacional	
Casa ou apartamento próprio	68(60,7)
Casa/ apartamento/ quarto alugado	17(15,2)
Habitação instável (incluindo falta de moradia)	14(12,5)
Abrigo	13(11,6)

Tabela 2. Aspectos do uso de substâncias psicoativas (n=112)

Variáveis	n(%)
Idade (em anos) que iniciou o uso de substâncias psicoativas	
Média (DP)	14,32(4,232)
Mínima	7
Máxima	35
Primeira substância psicoativa utilizada	
Maconha	38(33,9)
Álcool	37(33,0)
Crack + cocaína	8(7,2)
Álcool + maconha	6(5,3)
Tabaco	5(4,4)
Álcool + tabaco	4(3,6)
Cola	4(3,6)
Lança perfume	4(3,6)
Maconha + tabaco	2(1,8)
Comprimido (barbitúrico)	1(0,9)
Flunitrazepam (rohypnol)	1(0,9)
Tabaco + cola	1(0,9)
Tabaco + loló + maconha	1(0,9)

Continua...

Continuação.

Variáveis	n(%)
Idade (em anos) que iniciou o uso de crack e cocaína	
Média (DP)	20,57(7,213)
Mínima	10
Máxima	49
Vias de administração da crack e cocaína	
Aspirada	44(39,3)
Pulmonar	31(27,7)
Aspirada + pulmonar	24(21,4)
Oral	3(2,7)
Aspirada + endovenoso	2(1,8)
Oral + aspirada	2(1,8)
Oral + aspirada + pulmonar	2(1,8)
Aspirada + pulmonar + mucosa oral	1(0,9)
Aspirada + subcutâneo	1(0,9)
Oral + aspirada + endovenoso + pulmonar	1(0,9)
Oral + pulmonar	1(0,9)
Principais formas de uso da crack e cocaína	
Fumado misturando crack com maconha	15(13,4)
Fumado com cachimbo	11(9,8)
Aspirada	10(8,9)
Fumado misturando crack com maconha + fumado sobre refrigerantes/ lata de cerveja + fumado com cachimbo	7(6,3)
Fumado sobre refrigerantes / lata de cerveja	7(6,3)
Fumado sobre refrigerantes / lata de cerveja + fumado com cachimbo	6(5,4)
Diversas formas	5(4,5)
Não respondeu	5(4,5)
Como iniciou o uso da crack e cocaína	
Amigos	58(51,8)
Sozinho	24(21,4)
Amigos + nos bares + festas	6(5,4)
Familiares	6(5,4)
Curiosidade	5(4,3)
Outros	13(11,7)
Substância psicoativa que já fez uso	
Crack e cocaína + álcool + inalante + maconha + tabaco	22(19,6)
Crack e cocaína + outras associações	21(18,7)
Crack e cocaína + álcool + maconha + tabaco	18(16,1)
Crack e cocaína + álcool + maconha	9(8)
Crack e cocaína + álcool + benzodiazepínico + inalante + maconha + tabaco	7(6,2)
Outros	35(31,4)
Existência de familiares que fizeram uso de crack e cocaína	
Sim	62(55,4)
Não	50(44,6)
Qual familiar?	
Irmão/irmã	19(17,0)
Primo	11(9,8)
Sobrinho/sobrinha	8(7,1)
Tio/tia + primo	5(4,5)
Outros	19(17,0)
Não se aplica	50(44,6)
Substância psicoativa de preferência familiar	
Crack e cocaína	19(16,9)
Álcool	18(16,1)
Maconha	8(7,1)
Outros	18(16,1)
Não se aplica	49(43,8)
História do tratamento	
Religioso ou autoajuda/grupos de suporte	56(50,0)
Nenhum (é a primeira vez que busca tratamento)	38(33,9)
Tratamento residencial/hospitalar	11(9,8)
Serviços de atenção primária	5(4,5)
Não se aplica (aplicável quando for do centro pop)	2(1,8)
Motivação do tratamento	
Própria	89(79,5)
Externa (judicial ou intercessão de terceiros)	18(16,1)
Não se aplica (aplicável quando for do centro pop)	5(4,5)

(50%) desses participantes apresentaram risco para suicídio. Diante da aplicação do MINI identificou-se uma frequência de 69 (61,6%) participantes com episódio depressivo maior atual, destes 34 (30,4%) apresentando episódio depressivo maior recorrente. Metade dos participantes, 55 (49,1%), possui risco de suicídio. Ainda, 84 (75%) dos participantes apresentaram dependência de álcool atual, e 63 (56,3%) apresentaram abuso de álcool atual. E que, 50 (44,6%) participantes apresentaram transtorno de ansiedade generalizada atual, e 52 (46,4%) transtorno de personalidade antissocial de vida inteira (Tabela 3).

Tabela 3. Diagnósticos padronizados do DSM-IV gerados pelo MINI versão brasileira 5.0 (n = 112)

Variáveis	Sim n(%)	Não n(%)	Não se aplica n(%)
Eixo I - Distúrbios clínicos			
Transtornos relacionados com substâncias			
Dependência de álcool atual	84(75,0)	26(23,2)	2(1,8)
Abuso de álcool atual	63(56,3)	47(42,0)	2(1,8)
Transtorno do humor			
Episódio depressivo maior atual	69(61,6)	41(36,6)	2(1,8)
Episódio depressivo maior recorrente	34(30,4)	76(67,9)	2(1,8)
Episódio maniaco atual	23(20,5)	87(77,7)	2(1,8)
Episódio maniaco passado	16(14,3)	94(83,9)	2(1,8)
Transporte do humor com características psicóticas vida inteira	15(13,4)	95(84,8)	2(1,8)
Transporte do humor com características psicóticas atual	13(11,6)	97(86,6)	2(1,8)
Transtorno distímico	10(8,9)	100(89,3)	2(1,8)
Episódio (hipo)maniaco passado	6(5,4)	104(92,9)	2(1,8)
Transtorno de ansiedade			
Transtorno de ansiedade generalizada atual	50(44,6)	60(53,6)	2(1,8)
Transtorno de pânico vida inteira	26(23,2)	84(75,0)	2(1,8)
Agorafobia sem história de transtorno de pânico atual	23(20,5)	87(77,7)	2(1,8)
Fobia social (transtorno de ansiedade social)	23(20,5)	87(77,7)	2(1,8)
Transtorno de estresse pós-traumático atual	22(19,6)	88(78,6)	2(1,8)
Transtorno de pânico atual	17(15,2)	93(83,0)	2(1,8)
Transtorno obsessivo-compulsivo atual	16(14,3)	94(83,9)	2(1,8)
Transtorno de pânico sem agorafobia atual	15(13,4)	95(84,8)	2(1,8)
Transtorno de pânico com agorafobia atual	14(12,5)	96(85,7)	2(1,8)
Transtorno psicótico			
Síndrome psicótica atual	41(36,6)	69(61,6)	2(1,8)
Síndrome psicótica vida inteira	31(27,7)	79(70,5)	2(1,8)
Desordem alimentar			
Bulimia nervosa	5(4,5)	105(93,8)	2(1,8)
Anorexia nervosa atual	0(0)	110(98,2)	2(1,8)
Eixo II - Transtornos de personalidade			
Transtorno da personalidade antissocial de vida inteira	52(46,4)	58(51,8)	2(1,8)
Risco de suicídio	55(49,1)	55(49,1)	2(1,8)

*Eixos conforme o DSM-IV, 200

DISCUSSÃO

Neste estudo identificou-se o perfil sociodemográfico de uso de substâncias psicoativas e as comorbidades psiquiátricas mais frequentes em uma população de usuários(as) de crack e cocaína acolhidos em CT e no CENTRO POP em uma região de Alagoas. Alguns dos resultados identificados

evidenciaram que a população investigada tem a predominância do sexo masculino,⁽¹¹⁻¹⁹⁾ com média de idade de 31,53 (dp: 8,543) anos,⁽¹³⁻²⁰⁾ baixa escolaridade,^(11-17,19,20) solteiros (solteiros + divorciados + viúvos),^(11-14,16,17,20) renda familiar autorrelatada de 1 a 3 salários mínimos,^(14,18,19) raça parda como autodeclarada^(14,15,17) e com religião.^(15,19)

O crack e cocaína é uma SPA de grande impacto familiar e social, a fissura causada por ela causa exclusão social, agressividade, impulsividade, fragmentação familiar, troca de sexo por SPA, encarceramento, problemas legais, violências diversas, desemprego e outras vulnerabilidades.^(16,21)

Este perfil corroborou com outras pesquisas realizadas em diversas regiões do Brasil e do mundo. Em Bangladesh, identificou resultados semelhantes: a maioria da população que faz uso de crack e cocaína tem religião, geralmente os estudos não consideram esse aspecto, residem em áreas urbanas e tem boas condições de moradia.⁽¹⁹⁾ A diferença apontada nos estudos é que a maioria dos participantes estavam atualmente casados.⁽¹⁹⁾ No Brasil, distrito norte de Campinas-SP, o estudo aponta que predomina a e raça/cor branca, porém, grande parte dos prontuários não tinha essa informação preenchida.⁽²⁰⁾ No Nordeste do Brasil, em um estudo do Ceará e de Alagoas, os resultados encontrados estão em concordância com este estudo.^(22,23)

No tocante aos aspectos relacionados ao uso de SPA, encontrou-se que a maconha foi a primeira SPA utilizada, seguido pelo uso de álcool. Aspecto esse discordante em um estudo, o qual revelou que álcool e tabaco foram as primeiras SPA utilizadas pela maioria dos participantes, sendo a maconha a segunda SPA utilizada.⁽²⁴⁾

Os usuários de maconha têm uma probabilidade de 4 a 25 vezes maior de relatar o uso de crack e cocaína do que a população em geral.⁽²⁵⁾ O consumo da maconha associado a crack e cocaína diminui o tônus dopaminérgico e causa incapacidade nas funções executivas como atenção e vigília, devido à hipoativação do mesencéfalo, putâmen, córtex cingulado anterior, giro para-hipocampal e amígdala cerebelosa.⁽²²⁾ De tal modo, compreende-se que a maconha não só não auxilia na redução dos danos provenientes da crack e cocaína, como também promove efeito contrário, isto é, aumenta as chances de recaída.⁽²²⁾

Ainda, analisando a primeira SPA utilizada pelos participantes, é possível considerar que o crack e a cocaína têm um início de uso tardio, em sua maioria, por volta da faixa etária de 18 a 25 anos.⁽¹⁵⁾

Poucos estudos têm investigado a via de administração do crack e cocaína, o que contribui para a carência na formulação de cuidados específicos, considerando os danos causados. A via aspirada (cheirada ou cafungada) se refere

ao padrão de uso da cocaína, seguido pela forma pulmonar, padrão de uso mais prevalente do crack, que pode ser tanto por cachimbo quanto fumado.⁽¹⁷⁾ A maioria dos participantes relataram usar o crack e cocaína fumado misturado com maconha, em cachimbos ou sobre latas de refrigerantes/cerveja, práticas essas que aumentam os riscos de lesões e queimaduras, ampliando as chances de transmissão de infecções.⁽⁷⁾

O início do uso da crack e cocaína teve forte influência de amizades, divergindo de outras pesquisas onde a maioria inicia o uso por conta própria movido pelo desejo de experimentar e sentir a SP.⁽⁷⁾ A maioria relatou a existência de familiares adictos com maior frequência entre irmãos, onde a SPA preferencial incluía o crack e cocaína, outras SPA ilícitas ou lícitas.⁽²⁶⁻²⁸⁾

A maioria reportou que procurou por conta própria tratamento para a condição da dependência, especialmente através de suporte religioso ou autoajuda.⁽⁷⁾ Sendo as CT um modelo de atenção para as pessoas com transtornos resultantes do uso de substâncias psicoativas, instituições de iniciativa não governamentais, são moradias coletivas temporárias, onde os as pessoas ficam isoladas por um tempo, com o objetivo de mudar de estilo de vida proposto na abstinência total do uso de substâncias.⁽²⁹⁾ É um modelo de cuidado sugerido em três pilares - trabalho, disciplina e espiritualidade, em conjunto com o trabalho interdisciplinar de profissionais da saúde e do serviço social com práticas espirituais e/ou religiosas.^(29,30)

Tendo em vista a percepção das CT de que o adicto tem perdido sua posição social, por possuir um estilo de vida contrário ao aceito moral e socialmente, vivendo alienados, com sua vontade entregue à dependência química, que o leva a mentir, abandonar a família, manipular e até roubar, nota-se com essa percepção que as CT buscam não só colocar o adicto em abstinência, mas os reeducar para uma nova inserção na vida social por meio de condutas, rotinas, família, disciplina, trabalho e da religião/espiritualidade.⁽³⁰⁾ Dentre as muitas práticas disciplinares das CT, em primeiro lugar se encontra as atividades religiosas (culto e orações), em segundo a laborterapia - práticas de trabalho, seguidas da psicoterapia em grupo e da psicoterapia individual.⁽³⁰⁾

Atualmente no Brasil, as CT são consideradas forte instrumento de viabilização do mais novo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas instituído por meio da Lei 13.840/2019.⁽³¹⁾ A nova lei determina e orienta as ações de prevenção e repressão ao uso e abuso de substâncias psicoativas, tal como a internação voluntária e involuntária de usuários(as).⁽³¹⁾

No entanto, se faz necessário dizer que o governo federal já estava em processo de alteração sistêmica da Política Nacional de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas com resoluções internas do Ministério da Saúde. A resolução 32/2017, é uma dessas medidas, que inclui na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) o ambulatório especializado de saúde mental, as CT e o aumento dos recursos para a internação psiquiátrica.⁽³²⁾

Na contramão do que já que foi produzido pelo Ministério da Saúde, acerca da estratégia de redução de danos (Lei 10.2016/2001), a nova lei trata das modalidades de internação e de inclusão em CT com tratamento necessariamente baseado na perspectiva da abstinência, sem falar que muitas são entidades religiosas que tratam o uso de SPA como um problema moral, fazendo recusar os preceitos da Reforma Psiquiátrica já alcançados no Brasil.⁽³³⁾ Dessa forma, as CT têm conquistado poder político e econômico preocupante, se constituindo em “pequenos manicômios”, onde os direitos dos(as) usuários(as) são violados.⁽³³⁾

A maioria dos participantes fizeram uso associado de crack e cocaína com outras substâncias ao longo da vida, sendo considerados usuários(as) de múltiplas SPA, que fizeram uso de duas ou mais substâncias, entretanto apresentam fissura por crack e cocaína, dentre as substâncias psicoativas encontradas estão maconha, tabaco, álcool e inalantes.^(7,21,23,24)

Dependência e abuso de álcool atual são as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes nos participantes, e estes são potencializadores das outras comorbidades psiquiátricas.⁽¹⁵⁾ Os transtornos de humor como episódio depressivo maior atual e transtorno de ansiedade generalizada atual, acometem grande parte dos participantes e são relatados em outros estudos.^(15,35-37) E quase metade dos participantes apresentaram transtorno da personalidade antissocial de vida inteira, transtorno este fortemente associado com os transtornos de humor e o uso de substâncias psicoativas, sendo mais prevalente em usuários(as) de álcool, crack e cocaína.^(38,39)

Neste estudo também foi identificado que aproximadamente metade dos participantes encontrava-se em risco para suicídio.^(13,38,40) Os fatores associados ao risco de suicídio estão ligados a problemas clínicos como depressão, transtornos de pensamento, transtornos de humor, além de associação do uso do crack com outras SPA, como cocaína.^(13,37,38)

Ademais, outro fator de risco para o suicídio, refere-se à situação socioeconômica, neste caso o fator principal é a falta de moradia dos(as) usuários(as) que participaram da pesquisa. Como o estudo também foi realizado com

participantes de um centro para população em situação de rua, faz-se importante essa discussão. A maioria dos participantes em situação de rua tinham uma vida diferente anteriormente, com suas famílias e empregos, no entanto pelo uso indiscriminado da SPA resultaram de forma tão vulnerável. Sabe-se que vários são os fatores de vulnerabilidade inseridos no contexto socioeconômico, o qual não será aprofundado neste momento. Desta maneira, para esta pesquisa se faz necessário frisar a vulnerabilidade social dessas pessoas, pois são aspectos que acometem com a tristeza, sofrimento, desesperança e doenças (infecção por HIV, tuberculose, hepatite, transtornos psiquiátricos). Tais aspectos são apontados em estudos como fatores diretos ao risco de suicídio e tentativa de suicídio.^(14,40,41)

Entre as limitações desse estudo estão que variáveis como moradia própria e renda familiar autorrelatada de até 1 a 3 salários mínimos, podem ser consideradas limitadas, pois não deixam claro se os participantes ainda possuem acesso a moradia, e se a renda foi de um emprego atual ou anterior a pesquisa.

A identificação do perfil de uma população, propicia a sugestão de protocolos de tratamento e rastreamento, bem como a construção de uma metodologia de detecção rápida para o monitoramento no cunho clínico e social e, portanto, essas estratégias se fazem necessárias para medidas de intervenção a atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Neste sentido o estudo aqui apresentado pretende contribuir com pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados desta pesquisa podemos identificar o perfil sociodemográfico, o padrão de uso das SPA e os transtornos mentais associados dessa população, que apresenta histórico de uso de crack e/ou de cocaína nos últimos 12 meses. Os resultados apresentados estão em conformidade com a literatura, sendo a amostra composta em sua maioria por homens que predominantemente residem na zona urbana e com baixa escolaridade. A maioria dos participantes são usuários múltiplas drogas, com preferência para o crack e cocaína. Dependência e abuso de álcool, transtornos de humor (depressão e ansiedade) e de personalidade e risco para suicídio foram os achados psiquiátricos mais prevalentes entre os participantes. Dessa forma, mesmo com todo esse aparato teórico identificado no decorrer da pesquisa, ainda assim é possível constatar uma deficiência nos estudos referente ao assunto, em virtude da quantidade reduzida de publicações que pautem o perfil socioeconômico com os padrões de uso da droga e as comorbidades psiquiátricas associadas. Além disso,

existem pesquisas que não deixam claro a relação entre o uso de crack e cocaína com os transtornos mentais, sobretudo sobre o risco de suicídio, mesmo esse sendo presente nos fatores de risco identificados durante o estudo, sendo necessário assim maior aprofundamento sobre o tema. Conhecer essas características permite a assimilação de problemas, o que possibilitará intervenções de saúde mais eficazes para prevenção e para assistência.

Contribuições

Concepção e/ou desenho do estudo: Ferreira Junior A, Santos ACM, Figueiredo EVMS; Coleta, análise e interpretação dos dados: Ferreira Junior A, Santos ACM, Silva LJ, Silva TDN, Bezerra MS; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Ferreira Junior A, Santos ACM, Nardi AEN, Farias KFF; Aprovação da versão final a ser publicada: Ferreira Junior A, Santos ACM, Figueiredo EVMS, Silva LJ, Silva TDN, Bezerra MS, Nardi AEN, Farias KFF.

REFERÊNCIAS

1. United Nations General Assembly. International cooperation to address and counter the world drug problem: Resolution 74/178. New York (USA): United Nations; 2019. 23 p. [cited 10 Oct 2020]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/3848130>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Word Drug Report - 2019: Executive Summary, Conclusions and policy Implications. Word Drug Report - 2019 Stimulants. Vienna (AT): Word Drug Report - 2019; 2019. 90 p. [cited 10 Oct 2020]. Available from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf
3. Degenhardt L, Stockings E, Strang J, Marsden J, Hall WD. Illicit Drug Dependence. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4): Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. 3rd ed. Washington (USA): The World Bank; 2016. p. 109-25. [cited 10 Oct 2020]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23832/9781464804267.pdf;sequence=3>
4. Castro RA, Ruas RN, Abreu RC, Rocha RB, Ferreira RF, Lasmar RC, et al. Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. *Rev Médica Minas Gerais*. 2015;25(2):253-9.
5. Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):956-63.
6. Sena EL, Soares CJ, Ribeiro BS, Santos PH, Carmo EA, Carvalho PA. Reabilitação psicossocial segundo a perspectiva de consumidores de drogas. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2017;9(2):520-5.
7. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.
8. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;52(5):349-54.
9. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Brazilian version 5.0.0. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-115.
10. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV-TR. 1 ed. Lisboa: Clímpesi Editores; 2002. 944 p.
11. Araos P, Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Pedraz M, García-Marchena N, Romero-Sanchiz P, et al. Differences in the Rates of Drug Polyconsumption and Psychiatric Comorbidity among Patients with Cocaine Use Disorders According to the Mental Health Service. *J Psychoactive Drugs*. 2017;49(4):306-15.
12. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev Psiquiatry y Salud Ment (Barc.)*. 2013;6(3):121-8.
13. Silva DC, Ávila AC, Yates MB, Cazassa MJ, Dias FB, Souza MH, et al. Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(2):89-95.
14. 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*. 2017;33(6):e00037517.
15. Madalena TS, Sartes LM. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. *Arq Bras Psicol*. 2018;70(1):21-36.
16. Miguel AO, Madruga CS, Cogo-Moreira H, Yamauchi R, Simões V, Silva CJ, et al. Sociodemographic Characteristics, Patterns of Crack Use, Concomitant Substance Use Disorders, and Psychiatric Symptomatology in Treatment-Seeking Crack-Dependent Individuals in Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2018;50(4):367-72.
17. Rodrigues LO, Silva CR, Oliveira NR, Tucci AM. Perfil de Usuários de Crack no Município de Santos. *Temas Psicol*. 2017;25(13):675-89.
18. Paiva CB, Ferreira IB, Bosa VL, Narvaez JC. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1):34-42.
19. Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Do tobacco smoking and illicit drug/alcohol dependence increase the risk of mental disorders among men? Evidence from a national urban bangladeshi sample. *Perspect Psychiatr Care*. 2015;51(1):16-27.
20. Silva DL, Torrezan MB, Costa JV, Garcia AP, Toledo VP. Perfil Sócio-demográfico e Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2017;6(1):67-79.
21. Fernandes MA, Pinto KL, Teixeira Neto JA, Magalhães JM, Carvalho CM, Oliveira AL. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2018;13(2):64-70.
22. Oliveira EN, Olímpio AC, Costa JB, Moreira RM, Oliveira LS, Silva RW. Consumo de crack: característica de usuários em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool Drog*. 2019;15(4):1-8.
23. Santos LV. Estudo prospectivo de usuários de crack atendidos em hospital psiquiátrico público em Maceió, Alagoas [Tese]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2018.

24. Seleglim MR, Oliveira ML. Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica. *Rev Neurociencias*. 2013;21(3):339-48.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Polydrug use: patterns and responses. Luxembourg (LUX): Office for Official Publications of the European Communities; 2009. 29 p. [citado 2020 Jun 25]. Disponível em: https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use-patterns-and-responses_en
26. Almeida RA, Anjos UU, Vianna RP, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde Debate*. 2014;38(102):526-38.
27. Botti NC, Machado JS, Tameirão FV, Costa BT, Benjamim ML. Funcionamento Transgeracional de famílias de usuários de crack. *Psicol Argum Curitiba*. 2014;32(76):45-55.
28. Danieli RV, Ferreira MB, Nogueira JM, Oliveira LN, Cruz EM, Araújo Filho GM. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(3):139-49.
29. Brasil. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada. Perfil Das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília (DF): IPEA; 2017. 50 p [citado 2020 Set 23]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf
30. Santos MP. Comunidades Terapêuticas e a Disputa entre Modelos de Atenção e Cuidado a Usuários de Drogas. In: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada, editor. Boletim de Análise Político-Institucional nº 18, dezembro 2018. Brasília (DF): IPEA; 2018. p. 81-9 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34474&Itemid=6
31. Brasil, Leis, Decretos. Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Esta Lei altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências. Brasília (DF): República Federativa do Brasil; 2019 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm
32. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
34. Leão NM, Boska GA, Silva JC, Claro HG, Oliveira MA, Oliveira MS. Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Enferm Foco*. 2020;11(1):63-8.
35. Andretta I, Limberger J, Schneider JA, Mello LT. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. *Psico-USF*. 2018;23(2):361-73.
36. Moreira RM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MV, Almeida PC, Aragão HL. Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas. *Enferm Foco*. 2020;11(1):99-105.
37. Fortes PM, Hess AR, Marrone DD, Hutz CS, Almeida RM. Avaliação neuropsicológica do funcionamento executivo, níveis de ansiedade, depressão e raiva de poliusuários de drogas: um estudo comparativo. *Neuropsicol Lat Am*. 2019;11(1):28-37.
38. Mazer AK, Macedo BB, Juruena MF. Transtornos da personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2017;50(supl. 1):85-97.
39. Silva MS, Souza MP, Chaves FB, Meireles E, Cardoso RO. Comorbidades psiquiátricas desenvolvidas mais frequentemente aos dependentes químicos – revisão bibliográfica. *Rev Iniciação Científica e Extensão*. 2019;2(4):208-12.
40. Cantão L, Botti NC. Comportamento suicida entre dependentes químicos. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):389-96.
41. Castro RA, Padilha EB, Dias CM, Botti NC. Vulnerabilidades da população em situação de rua ao comportamento suicida. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(2):431-7.