



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISAS EM ESPIRITUALIDADE E SAÚDE – NUPES

ALEXANDRE DE REZENDE PINTO

**O impacto da religiosidade na infância e adolescência sobre
o padrão de consumo em adultos dependentes de crack**

Juiz de Fora

2016

ALEXANDRE DE REZENDE PINTO

**O impacto da religiosidade na infância e adolescência sobre
o padrão de consumo em adultos dependentes de crack**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde.

Área de concentração: Espiritualidade e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. Homero Pinto Vallada Filho

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Rezende Pinto, Alexandre.

O impacto da religiosidade na infância e adolescência sobre o padrão de consumo em adultos dependentes de crack / Alexandre de Rezende Pinto. – 2016.

104 f.

Orientador: Alexander Moreira de Almeida

Coorientador: Homero Pinto Vallada Filho

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2016.

1. Religião. 2. Espiritualidade. 3. Transtorno por uso de cocaína crack. 4. Infância. 5. Adolescência. I. Moreira de Almeida, Alexander, orient. II. Pinto Vallada Filho, Homero, coorient. III. Título.

ALEXANDRE DE REZENDE PINTO

**O impacto da religiosidade na infância e adolescência sobre
o padrão de consumo em adultos dependentes de crack**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde.

Aprovado em: 04 / 02 / 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez Dutenhofner
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Juiz de Fora

2016

***Dedico esse trabalho à minha
esposa Fernanda, que dá sentido
aos meus dias, com quem
compartilho essa conquista, e com
quem dividi o desafio de cada uma
dessas linhas.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de vida e sabedoria, autor primeiro de todas as obras.

Agradeço ao meu pai Gercy que, mesmo ausente, deixou registrado em mim um grande exemplo de esforço e trabalho. À minha mãe Laura, pela oração constante e por ter conseguido vencer tantas batalhas; ao meu irmão Marcelo por tantos ensinamentos ao longo da minha infância e adolescência. Aos meus sogros, Francisco e Ana Lúcia, os pais que eu pude escolher, por muitas vezes transformar sua casa num refúgio. E à Fernanda, minha esposa, pela cumplicidade, pelo carinho, por ser meu incentivo em cada momento de cansaço.

Agradeço aos professores Adílson Barros, Uriel Heckert, Marco Antônio Gasparetto, Mário Sérgio Ribeiro, André Stroppa e Márcia Fávero, por terem sido os responsáveis pelos meus primeiros passos na Psiquiatria. Devo em grande parte a vocês o profissional que sou hoje. À UFJF, que foi minha segunda casa desde os tempos de CTU, a todos os profissionais do Hospital Universitário e do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica / CAPS HU da UFJF, pelo compartilhamento de tantas experiências.

Aos colegas do NUPES, com quem eu aprendo continuamente, tenho muito orgulho de participar desse grupo.

Agradeço à Cleusa Ferri pela imprescindível contribuição na análise estatística dos dados, por me ajudar a pensar todo esse trabalho. Mas também à Clarice Madruga, Luciane Ogata e Ana Carolina Schmidt, que

integraram a equipe que coletou os dados, tão sempre disponíveis a ajudar com as dúvidas surgidas.

Às professoras Zila Sanchez e Laisa Marcorela, que aceitaram tão prontamente integrar a banca examinadora.

Agradeço ao Prof. Homero Vallada, pelas incontáveis orientações, sugestões, por me dar inúmeros exemplos de um grande pesquisador, toda a minha admiração. Para mim é um privilégio poder usufruir de todos esses ensinamentos. Agradecimento especial ao Prof. Alexander, que traz consigo a verdadeira acepção da palavra “Mestre”. Obrigado pela simplicidade e humildade, por ser para mim um modelo de ser humano, profissional e professor.

Agradeço a todos os Residentes em Psiquiatria do HU UFJF, pela compreensão e paciência em tantas ausências. Saibam que a possibilidade de participar da formação de vocês é a grande motivação para meu constante aprendizado.

Por fim, esse estudo contou com o apoio financeiro do CNPq (coleta dos dados) e da Associação Mantenedora João Evangelista (análise estatística).

RESUMO

Introdução: Embora muitos estudos mostrem um efeito protetor da religiosidade contra o uso e abuso de drogas, há pouca informação sobre o impacto do envolvimento religioso na infância e adolescência no padrão de consumo em adultos dependentes de substâncias.

Métodos: Estudo transversal de dependentes adultos de crack internados em 20 Comunidades Terapêuticas de sete estados brasileiros. Foram usadas análises de regressão logística para estimar o odds ratio (OR), ajustado para variáveis sociodemográficas, para a associação entre história religiosa (frequência a missas/cultos e participação em atividades ligadas à religião como encontros, grupos de jovens, trabalhos sociais e de caridade) nas faixas etárias de 8-11 anos, 12-14 anos e 15-17 anos e comportamentos ligados ao uso de crack.

Resultados: De um total de 531 entrevistados, 98,9% acreditavam em Deus e 86,1% tinham uma religião. A história religiosa se relacionou a menos início de consumo antes dos 18 anos (OR: 0,95 [IC 95% 0,92-0,98]) e menos craving intenso (OR: 0,95 [0,91-0,99]). Envolvimento religioso aos 15-17 anos se associou a menor chance de início de consumo antes dos 18 anos (OR: 0,87 [0,80-0,95]), de consumo <10 pedras de crack (OR: 0,87 [0,80-0,95]) e menos craving (OR: 0,86 [0,74-0,99]). A história religiosa nas três faixas etárias se relacionou a melhor qualidade de vida no domínio psicológico. A relação entre envolvimento religioso dos 15-17 anos e menor chance de início de consumo de crack antes dos 18 anos foi mediado parcialmente por atividades sociais

(proporção de 22% do efeito total) e relacionamento com os pais (17% do efeito total).

Conclusão: A religiosidade fornece alguma proteção sobre o padrão de consumo e melhor percepção de qualidade de vida no domínio psicológico, mesmo em dependentes graves de crack.

PALAVRAS-CHAVE: Religião / Espiritualidade / Transtorno por uso de cocaína-crack / Crime / Comportamento sexual / Infância / Adolescência

ABSTRACT

The impact of religiosity during childhood and adolescence on the drug consumption in adults addicted to crack cocaine.

Introduction: Although many studies have shown a protective effect of religiosity against drug use and abuse, there is little information on the impact of religious involvement during childhood and adolescence on the consumption pattern of substances by drug-dependent adults.

Methods: A cross-sectional study of crack-dependent adults admitted to 20 Therapeutic Communities in seven Brazilian states. Logistic regression analyses were used in order to estimate the odds ratio (OR), adjusted for demographic variables, for the association between religious history (church service attendance and participation in activities related to religion such as meetings, youth groups, social projects and charity) in the age groups of 8-11, 12-14 and 15-17 years old, and behaviors regarding crack use.

Results: Out of a total of 531 respondents, 98.9% believed in God, and 86.1% had a religion. Religious history was related to lower consumption initiation before the age of 18 years (OR: 0.95 [95% CI 0.92-0.98]) and less craving (OR: 0.95 [0.91 - 0.99]). Religious involvement at 15-17 years of age was associated with less chance of early consumption before the age of 18 years (OR: 0.87 [0.80-0.95]), consumption of less than 10 rocks (OR: 0.87 [0.80-0.95]) and less craving (OR: 0.86 [0.74-0.99]). Religious history in the three age groups was related to better quality of life in the psychological domain.

The relationship between religious involvement at 15-17 years of age and less chance of early crack use before the age of 18 was partially mediated by social activities (22% of the total effect) and relationship with parents (17% of the total effect) .

Conclusion: Religiosity provides some protection on the consumption pattern and better perception regarding quality of life in the psychological domain, even in severe crack addicts.

KEYWORDS: Religion / Spirituality / Cocaine-related disorders / Crack cocaine / Crime / Sexual Behavior / Mental disorders / Adolescent

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra.....	47
Tabela 2 – Distribuição das variáveis da História Religiosa.....	50
Tabela 3 – Regressão Logística entre História Religiosa e Gravidade de Consumo de Crack.....	55
Tabela 4 – Regressão Logística entre História Religiosa e Criminalidade e Comportamentos Sexuais de Risco.....	57
Tabela 5 – Regressão logística entre História Religiosa e Comorbidades Psiquiátricas.....	57
Tabela 6 – Regressão Linear entre História Religiosa e Qualidade de Vida (WHOQOL-B).....	58

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CCQ-B	Crack Cocaine Craving Questionnaire – Brief
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição
CT's	Comunidades Terapêuticas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DP	Desvio-padrão
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
DUREL	Duke University Religion Index
FEBRACT	Federal Brasileira de Comunidades Terapêuticas
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IC	Intervalo de Confiança
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OR	Odds Ratio
R/E	Religiosidade e Espiritualidade
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life Scale – Brief Version

SUMÁRIO

1.0 – INTRODUÇÃO	16
1.1 – Panorama do uso e dependência de cocaína e crack no Brasil e no mundo.....	16
1.2 – A expansão do uso de crack, o perfil do usuário e as conseqüências de seu consumo.....	19
1.3 – Fatores relacionados ao início e progressão do consumo de crack e drogas em geral.....	23
1.4 – O papel da Religiosidade e Espiritualidade como fator de proteção contra o uso de drogas.....	27
2.0 – OBJETIVOS	33
3.0 – MÉTODOS	34
3.1 – Amostra e procedimentos.....	34
3.2 – Medidas.....	36
3.2.1 – Variáveis de controle.....	36
3.2.2 – Variáveis preditoras.....	37
3.2.3 – Variáveis de desfecho.....	39
3.2.4 – Variáveis mediadoras.....	41
3.3 – Análise estatística.....	42
4.0 – RESULTADOS	43
4.1 – Descrição geral da amostra.....	43
4.2 – Religiosidade atual e comportamentos ligados ao crack.....	45
4.3 – História Religiosa e comportamentos ligados ao crack.....	46

4.4 – Relação da História Religiosa com as variáveis de desfecho.....	53
4.5 – Estimativas do efeito mediador.....	59
5.0 – DISCUSSÃO.....	60
5.1 – Características da amostra.....	60
5.2 – O impacto da Religiosidade atual.....	63
5.3 – O impacto do envolvimento religioso na infância e adolescência.....	66
5.4 – Limitações.....	73
5.5 – Pontos fortes.....	74
6.0 – CONCLUSÃO.....	75
7.0 – REFERÊNCIAS.....	76
ANEXOS.....	91
Anexo 1 – Variáveis demográficas.....	91
Anexo 2 – Religiosidade atual – DUREL.....	92
Anexo 3 – História religiosa (frequência e participação).....	94
Anexo 4 – Gravidade de consumo do crack (idade de início e intensidade do consumo).....	95
Anexo 5 – Gravidade de consumo do crack – CCQ-B.....	96
Anexo 6 – Envolvimento com criminalidade e comportamentos sexuais de risco.....	97
Anexo 7 – Qualidade de vida – WHOQOL-B.....	98
Anexo 8 – Comorbidades psiquiátricas – MINI (depressão atual e risco de suicídio).....	103
Anexo 9 – Variáveis mediadoras (laços familiares e ambiente social).....	104
Anexo 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105

1.0 – INTRODUÇÃO

1.1 – PANORAMA DO USO E DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA E CRACK NO BRASIL E NO MUNDO

O uso, abuso e dependência de drogas têm se tornado um problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que um total de 246 milhões de pessoas no mundo entre a idade de 15 e 64 anos usaram uma droga ilícita em 2013 (UNODC, 2015), e quase um quarto da população adulta na União Européia já experimentou drogas ilícitas em algum momento das suas vidas. Além disso, 1,9% da população na Europa entre os 15 e 34 anos consumiram cocaína no último ano, fazendo com que essa droga seja o estimulante mais consumido na Europa (EMCDDA, 2015). Na América do Norte, a prevalência de pessoas entre 15 e 64 anos que usaram cocaína pelo menos uma vez no ano de 2009 foi de 1,9%; já na Oceania, esse percentual variou entre a 1,4 e 1,7%. Os níveis de consumo de drogas ilícitas parecem ser mais altos em países de alta renda e naqueles vizinhos das principais áreas de produção de drogas (DEGENHARDT; HALL, 2012).

Embora esteja ocorrendo uma redução no consumo de cocaína no mundo (UNODC, 2015; EMCDDA, 2015), na América do Sul foi estimado um aumento da prevalência anual de uso de tal droga de 0,7% em 2010 para 1,2% em 2012, em grande parte impulsionada pelo uso crescente no Brasil (UNODC, 2015). De um lado, dados da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde nos EUA indicam que, entre 2002 e 2011, houve um declínio

do início do consumo de cocaína no ano anterior em indivíduos com 12 anos ou mais (SAMHSA, 2012), de outro, um levantamento de estudantes do ensino fundamental e médio de todas as capitais brasileiras mostrou um aumento de 1,7% para 1,9% no consumo de cocaína no último ano entre os anos de 2004 e 2010 (CEBRID, 2010).

Fazendo-se comparações internacionais, a prevalência do uso de cocaína no último ano, entre 15 e 16 anos, foi de 2,5% no Brasil (CEBRID, 2010) e 2,6% no Chile (SIDUC, 2006). Em relação ao crack, na faixa etária entre 17 e 18 anos, a prevalência de uso no último ano no Brasil foi de 0,6% (CEBRID, 2010), contra 1,4% nos EUA (JOHNSTON et al., 2010); para o uso na vida, nessa mesma faixa etária, a prevalência de uso foi de 1,0% no Brasil (CEBRID, 2010) e de 2,4% nos EUA (JOHNSTON et al., 2010).

No Brasil, foram realizados até o momento dois levantamentos nacionais representativos da população brasileira pelo Instituto Nacional de Políticas de Álcool e Drogas (LENAD I e II). O LENAD II, conduzido entre novembro/2011 e março/2012, que entrevistou 4.607 indivíduos acima de 14 anos de idade (sendo 1.157 adolescentes entre 14 e 18 anos). Segundo estimativas desse levantamento, existem no Brasil cerca de 2 milhões de indivíduos que já usaram crack pelo menos uma vez em suas vidas – 1,5% entre os adultos e 0,8% entre os adolescentes. A estimativa do número absoluto de usuários leva à suposição de que o Brasil está entre os maiores mercados consumidores do mundo, provavelmente o segundo, vindo atrás apenas dos EUA (ABDALLA et al., 2014).

Os danos associados ao consumo de cocaína, como atendimentos em unidades de urgência, mortes, comportamento violento e problemas legais têm criado um pesado fardo para a sociedade em todo o mundo (DEGENHARDT et al., 2013). Esses danos expõem a necessidade de lidar com a cocaína como um problema global. O desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção é urgentemente necessário para enfrentarmos os problemas sociais associados ao uso de cocaína (ABDALLA et al., 2014).

1.2 – A EXPANSÃO DO USO DE CRACK, O PERFIL DO USUÁRIO E AS CONSEQÜÊNCIAS DE SEU CONSUMO

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central extraído da planta *Erythroxylon coca*, nativa dos países andinos. Pode ser consumida na forma de cloridrato de cocaína, um sal hidrossolúvel, por via inalada ou injetada. Existe também uma apresentação alcalina, volátil em baixas temperaturas, que pode ser fumada (incluindo o crack, merla e a pasta base de cocaína) (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

As folhas de coca foram consumidas por milhares de anos pelos povos incas e pré-colombianos. A partir da segunda metade do século XIX foi possível extrair a cocaína das folhas de coca, tornando-se progressivamente popular na Europa e nos EUA, vindo a ser proibida nos anos 1910 e 20. No final da década de 1970 e início dos anos 1980, a cocaína voltou a ser popular nas sociedades ocidentais, apesar de continuar sendo uma droga ilícita (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

O crack é um derivado da pasta base de coca, estabilizada com a adição de uma substância alcalina como, por exemplo, o bicarbonato de sódio, e é primariamente consumido como uma pedra fumada. O crack foi inicialmente identificado nas ruas nos EUA na década de 1980 e passou a circular em São Paulo a partir de 1989 (BASTOS; BERTONI, 2014).

O consumo de crack é um fenômeno relativamente recente, surgido em torno de 35 anos atrás nos EUA (BLUMSTEIN; RIVARA; ROSENFELD, 2000) e há pouco mais vinte anos no Brasil (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996),

tendo havido um aumento e disseminação do uso nos últimos anos (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Usuários de crack têm maior risco de prisão ao longo da vida ou múltiplas prisões recentes comparados com usuários de cocaína em pó. Maior educação e renda familiar mais alta foram negativamente associadas com uso de crack, embora esses fatores de risco também por vezes estiveram relacionados ao uso de cocaína em pó (PALAMAR et al., 2015).

Existem evidências mostrando uma maior propensão ao abuso e dependência e consequências mais graves quando a cocaína é fumada ou injetada por via intravenosa em comparação com o uso intranasal. As variáveis importantes parecem ser a rapidez, duração e intensidade do efeito. Mas o cloridrato de cocaína usado por via intranasal pode ser uma porta de entrada para o uso do crack (HATSUMAKI; FISHMAN, 1996).

Após o advento da AIDS, usuários de cocaína por via intravenosa, geralmente mais velhos, também optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem diminuição da intensidade dos efeitos (DUNN; LARANJEIRA, 1999). O baixo preço atraiu também novos consumidores, de extratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida (BLUMSTEIN; RIVARA; ROSENFELDT, 2000).

O perfil mais recorrente entre os usuários de crack no Brasil é composto por indivíduos do sexo masculino, jovem com menos de 30 anos, solteiro, de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996). Em relação aos usuários de cocaína intranasal,

os usuários de crack possuem um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco dos efeitos adversos da substância e apresentam maior chance de morar ou ter morado na rua (HATSUMAKI; FISHMAN, 1996). Usuários de crack iniciantes tiveram um risco duas vezes maior de dependência do que usuários de cocaína inalada, independentemente de gênero, etnia, associação com o uso de álcool ou tempo de consumo (CHEN; ANTHONY, 2004).

Os riscos para a saúde determinados pelo consumo de cocaína e crack aumentam com a frequência e quantidade de uso. Infecção por HIV, hepatites B e C e outras infecções associadas às práticas de injeção são conseqüências importantes em pessoas que fazem uso de opiáceos, cocaína e anfetaminas. Nesses usuários, também parece estar aumentada a incidência de transtornos mentais, acidentes rodoviários, violência e suicídio. A prevalência de infecção por HIV em usuários de drogas injetáveis em 2008 foi de 28,8% na América Latina e de 15,3% no Canadá e EUA. Ansiedade e depressão e uso de drogas ilícitas são muito fortemente associados, mas é difícil verificar se esses transtornos precedem e contribuem para o desenvolvimento do consumo problemático das substâncias ou se são exacerbados por essa utilização (DEGENHARDT; HALL, 2012).

O uso regular de cocaína está associado a uma gama de conseqüências adversas que potencialmente aumentam a mortalidade. Estas incluem o risco de enfrentar complicações cardiovasculares (mais comumente infarto agudo do miocárdio, mas também arritmias), episódios psicóticos e ataques de pânico. Uma revisão sistemática de estudos de coorte apontou

que a taxa de mortalidade padronizada foi de 4 a 8 vezes maior entre os usuários de cocaína, pareados por idade e sexo, comparados com a população em geral (DEGENHARDT et al., 2011).

Pelo maior envolvimento do usuário em roubos e atividades ligadas ao tráfico, predispõe-se à morte por causas externas (DIAS et al., 2011). Um estudo de coorte com 131 dependentes de crack internados para desintoxicação na cidade de São Paulo mostrou que 18,5% morreram em cinco anos após a alta, sendo os homicídios a causa mais freqüente (RIBEIRO et al., 2004).

Esperava-se que, com a migração dos usuários de cocaína injetável para o consumo de crack, haveria uma redução da infecção pelo HIV, o que não aconteceu, muito por causa dos comportamentos sexuais de risco (DIAS et al., 2011; HOFFMAN et al., 2000). Ou seja, além dos meios violentos como tentativa de arrecadar recursos para o uso, existe também a prostituição com múltiplos parceiros sexuais, aumentando as chances de contaminação por HIV (NAPPO; SANCHEZ; DE OLIVEIRA, 2011).

Além de todo o descrito, a percepção da qualidade de vida é menor entre os usuários de crack. Os resultados de um estudo transversal no Brasil envolvendo uma amostra de 1.560 participantes revelaram que, dentre esses, aqueles que eram usuários de crack apresentaram menor pontuação na qualidade de vida do que a população em geral. Houve forte associação entre uso na vida de crack e má qualidade de vida em termos de saúde geral e física (NARVAEZ et al., 2015).

1.3 – FATORES RELACIONADOS AO INÍCIO E PROGRESSÃO DO CONSUMO DE CRACK E DROGAS EM GERAL

O início do uso de drogas está associado com múltiplos fatores demográficos, sociais, psicológicos, de personalidade e familiares (VAKALAH, 2001; HAUG et al., 2014), a saber (FRISHER et al., 2007):

- Fatores pessoais – biológicos, psicológicos e demográficos: gênero, idade, etnia, eventos de vida, auto-estima, depressão e ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta, fatores genéticos.
- Fatores pessoais – comportamentais: início precoce do uso de substância, percepções do uso de substâncias, religiosidade e espiritualidade.
- Relações interpessoais: estrutura e interação familiares, abuso de substância entre familiares e pares.
- Estrutural – ambiental e econômico: educação e performance escolar, disponibilidade de drogas e socioeconômico.

É durante a adolescência que as pessoas geralmente experimentam e estabelecem comportamentos de saúde conhecidos por resultar em consequências negativas de saúde na idade adulta, incluindo o tabagismo, comportamentos sexuais de risco e uso de álcool e drogas ilícitas (MC PHERSON et al., 2013). Um estudo de 35 anos de seguimento de uma coorte na Escócia avaliou problemas de comportamento na infância entre os 6 e 12 anos. Entre 2001 e 2003, 7.183 participantes sobreviventes da coorte, com

idade entre 46 e 51 anos, responderam pelo correio um questionário contendo perguntas sobre condições médicas, dentre as quais, tabagismo e ingestão de álcool. Tal estudo mostrou que problemas de comportamento na infância se associaram com resultados negativos de saúde na idade adulta. Condutas inadequadas na infância aumentaram as chances dos participantes do estudo serem obesos na idade adulta e se associaram a um risco aumentado de mortalidade e de doença a longo prazo; por exemplo: tabagismo (OR: 1,20 [IC 95% 1,07-1,34] em homens; e OR: 1,17 [IC 95% 1,01-1,35] em mulheres). Maior hiperatividade na infância entre homens foi associada com maior frequência de consumo de álcool na fase adulta (STUMM et al., 2011).

Existem evidências de que o uso experimental de drogas na infância e adolescência pode levar ao uso abusivo e mesmo dependência na vida adulta (NAPPO et al., 2010). Uma alta proporção de usuários problemáticos de cocaína, bem como de outras drogas, experimentam a droga durante a adolescência, em idades até bem precoces, mas apenas uma proporção de jovens que iniciam o consumo nessa fase da vida se tornará usuários problemáticos, o que aumenta a importância de conhecermos as variáveis envolvidas no desenvolvimento desse problema, para que possamos intervir de forma mais incisiva em termos de prevenção (FRISHER et al., 2007).

A iniciação do uso de drogas é fortemente influenciada por fatores ambientais sociais e familiares na adolescência, mas a progressão para um uso pesado e dependência na vida adulta está mais associado com fatores neurobiológicos, quando há um aumento da importância dos fatores genéticos (KENDLER et al., 2008). A idade da primeira experimentação de drogas em

geral é um importante fator de risco, há dados mostrando uma relação entre a precocidade do uso e aumento do risco de desenvolvimento de dependência e outras doenças psiquiátricas (ABDALLA et al., 2014).

A média de idade de início do uso de cocaína no Brasil foi de 18,8 anos de idade, enquanto 45% fizeram seu primeiro uso antes dos 18 anos (ABDALLA et al, 2014). Em relação a dados vindos de fora do Brasil, temos que a idade de início do uso do crack nos EUA em 2011 foi 20,8 anos de idade (SAMHSA, 2012). O VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras mostrou que a idade de início para as drogas ilícitas se dá entre os 14 e 15 anos de idade. Para a cocaína, a idade de início foi 14,9 (IC 95% 14,7-15,2); para o crack, 14,8 anos (IC 95% 14,1-15,4). O álcool foi a substância com idade de início mais precoce: 13,0 anos (IC 95 % 12,9-13,1) (CEBRID, 2010).

Dentre outros fatores de risco, são descritos que experiências negativas na infância podem exercer efeitos profundos e duradouros em uma variedade de respostas bioquímicas, hormonais e comportamentais que podem levar à utilização de substâncias psicoativas. Entrevistados que foram expostos à violência doméstica em idades precoces foram cinco vezes mais propensos a usar substâncias ilegais (MADRUGA et al., 2012). Num levantamento americano, jovens com idade entre 12 e 17 anos que se envolveram em brigas graves ou outros comportamentos delinquentes eram mais propensos do que outros jovens de ter usado drogas ilícitas no mês anterior (SAMHSA, 2012).

A estrutura familiar tem sido reconhecida como tendo conseqüências significativas entre usuários de cocaína (PINHEIRO et al., 2006). Uma proporção de 72,9% dos usuários de crack de um estudo transversal brasileiro descreveram suas famílias como disfuncionais (NARVAEZ et al., 2015). Uma revisão narrativa levantou estudos que relataram que os adolescentes que tiveram uma relação positiva com seus pais e membros das famílias foram menos propensos a fazer uso de drogas. As relações familiares caracterizadas pela confiança parecem fornecer aos adolescentes ingredientes ativos que protegem contra o uso de drogas (MC PHERSON et al., 2013).

1.4 – O PAPEL DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA O USO DE DROGAS

Dentre os fatores de proteção contra o uso de drogas, nas últimas décadas a religiosidade e a espiritualidade (R/E) têm emergido como um fator associado com menor uso e abuso de substâncias psicoativas (BONELLI; KOENIG, 2013). Cada vez mais pesquisadores têm entendido a R/E como variáveis-chave na compreensão da etiologia dos transtornos por uso de substâncias (COOK, 2004).

Apesar das evidências, ainda não existe na literatura um consenso sobre as definições de Religiosidade e Espiritualidade. Dentre os pesquisadores mais reconhecidos e respeitados sobre esse tema, Koenig, McCullough e Larson (2001) assim definiram os conceitos:

Religiosidade: um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a aproximação com o sagrado.

Espiritualidade: termo definido como a busca pessoal para entender questões finais sobre a vida, sobre o seu significado, sobre as relações com o sagrado e transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas.

Além disso, existem diversas dimensões de R/E. Algumas das mais estudadas e associadas com desfechos em saúde mental são a religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Koenig e Büssing (2010) definiram essas dimensões da seguinte forma:

Religiosidade Organizacional: participação religiosa em igrejas, templos, sinagogas (missas, cultos, grupos de adoração, grupos de estudo das escrituras, reuniões religiosas, etc.).

Religiosidade Não Organizacional: refere-se a atividades realizadas individualmente e de maneira particular (oração pessoal, meditação, leitura e estudo da Bíblia ou outros livros religiosos, assistir ou ouvir programas religiosos, etc.)

Religiosidade Intrínseca: acessa o nível pessoal de envolvimento religioso e de motivação religiosa. Pessoas com altos índices de religiosidade intrínseca encontram o maior significado da vida na R/E; geralmente têm internalizados os principais preceitos e crenças religiosas que dão sentido à sua existência.

Sobre a relação com a dependência química, Miller (1998) propôs que as variáveis de R/E:

1 – podem exercer um papel de risco ou proteção para o uso de substâncias;

2 – podem funcionar como elementos que influenciam no curso do transtorno por uso de substâncias;

3 – podem se constituir em fatores independentes influenciados pelo uso de álcool e outras drogas;

4 – podem se transformar num componente fundamental no processo de recuperação da dependência.

Numa revisão sistemática que examinou as pesquisas existentes sobre a relação entre R/E e uso/abuso de drogas, encontrou que, de um total de 185

estudos, 84% relataram menos abuso de drogas entre os mais religiosos. Dos 112 estudos com melhor qualidade, 96 (ou 86%) encontraram os mesmos achados. De 35 estudos de coorte prospectivos, 33 (94%) encontraram que a religiosidade na linha de base predisse menor abuso futuro de drogas. Sendo que mais de 70% desses estudos foram feitos em indivíduos jovens (adolescentes, estudantes universitários e adultos jovens) (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Num levantamento com 12.595 estudantes universitários brasileiros, 60,8% não freqüentavam regularmente serviços religiosos. Dentre esses, o OR para o uso de pelo menos uma droga ilícita nos últimos 30 dias foi de 1,42 (IC 95% 1,12-1,79) (GOMES et al., 2013). Na Pesquisa Nacional sobre o uso de drogas e saúde nos EUA, com indivíduos acima de 12 anos, daqueles que fizeram uso de drogas ilícitas no mês anterior, apenas 7,4% concordaram fortemente que as crenças religiosas eram uma parte muito importante em suas vidas (SAMHSA, 2012). Existe, então, evidência consistente mostrando que R/E pode servir como um fator protetor contra o abuso de drogas (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Embora já esteja bem consolidado que maiores níveis de R/E estejam associados com menos uso e abuso de substâncias, os mecanismos não são ainda claros. Alguns mecanismos têm sido propostos sobre essa relação:

- o apoio social dos grupos religiosos (EDLUND et al., 2010; KELLY et al., 2012);
 - o sistema de crenças que propicia uma orientação mais otimista da vida, aumento da capacidade de lidar com o sofrimento e com os eventos estressantes da vida (PARDINI et al., 2000; WEBER; PARGAMENT, 2014);
-

- melhor saúde mental, menores índices de ansiedade e depressão (EDLUND et al., 2010);

- incentivo a comportamentos e estilos de vida saudáveis, incluindo desencorajamento do uso de substâncias psicoativas (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; EDLUND et al., 2010).

Pesquisas têm frequentemente focado naquelas atividades que podem reduzir a incidência de comportamentos de risco durante a adolescência, assim como diminuir a probabilidade de desenvolvimento de um transtorno mental (VON STUM et al., 2011). Tem havido um crescente interesse em avaliar de que forma a religiosidade na infância e adolescência pode influenciar na saúde mental anos mais tarde, mas os estudos ainda são escassos. Até mesmo porque a religiosidade não deve ser tratada como um elemento invariável no tempo (MOSCATI; MEZUK, 2014). Estudos têm encontrado que religiosidade durante a infância e adolescência está significativamente associada com envolvimento religioso subsequente em adultos jovens e adultos em geral (GUNNOE; MOORE, 2002; MCCULLOUGH; TSANG; BRION, 2003). Num estudo prospectivo nos EUA, 114 filhos de pais deprimidos e não deprimidos foram acompanhados durante 10 anos. Os filhos de pais deprimidos, que aos 10 anos idade, relataram alta importância da religião na infância tiveram um décimo do risco de ter depressão ao longo dos 10 anos de seguimento comparados com aquelas crianças que não consideravam a religião como algo importante para elas (MILLER et al., 2012). Um outro estudo longitudinal de adolescentes ao longo de 1 ano, em torno de 65% não experimentaram mudanças na religiosidade.

Mas aqueles que tiveram declínio em sua religiosidade, tiveram maior comportamento de uso de substâncias (REGNERUS; BURDETTE, 2006). Um estudo transversal brasileiro mostrou que o uso pesado de pelo menos uma droga ilícita foi maior entre estudantes que tiveram uma educação na infância sem religião. Para o uso de cocaína, o OR foi de 2,93 comparando aqueles com e sem religião. O que chamou atenção nesse estudo foi que a variável “ter tido uma educação religiosa na infância” foi a que mais recorrentemente relacionou-se a menor uso no mês ou uso pesado de diferentes drogas. Tal achado é digno de nota, posto que entre esses dois fenômenos, educação religiosa na infância e uso de drogas na adolescência, há uma considerável distância temporal (DALGALARRONDO et al., 2004). Miller et al. (2001), estudando em Nova York filhos de dependentes de opiáceos vinculados a programas de substituição pela metadona, mostraram que a religiosidade em filhos dos dependentes estava associada a uma diminuição da probabilidade de início de uso da substância. Um percentual de 32% dos filhos dos indivíduos em tratamento consideraram a religiosidade como altamente importante, um valor oito vezes maior do que a taxa encontrada em seus pais. Os resultados sugeriram, ainda, que os processos de socialização religiosa dos filhos dos dependentes tiveram a oportunidade de desenvolver qualidades protetoras da religiosidade.

Os dados existentes na literatura geralmente abordam o quanto a R/E protege em relação ao uso ou ao desenvolvimento de abuso ou dependência de substâncias. Entretanto, há uma grande carência de estudos sobre o impacto da R/E no padrão de consumo de drogas e outros

comportamentos de risco sobre indivíduos dependentes, naqueles em que os fatores de proteção teriam falhado. Se o envolvimento espiritual/religioso serve geralmente como um fator de proteção contra o abuso de substâncias, de forma lógica seria esperado que os indivíduos atualmente envolvidos com o uso, abuso e dependência de substâncias fossem menos espiritualmente ativos ou religiosamente envolvidos (MILLER, 1998). Do mesmo modo, embora haja muitos estudos mostrando um efeito protetor da R/E contra o desenvolvimento de dependência de substâncias, há uma carência de estudos sobre o histórico religioso dos dependentes e de que forma este histórico possa ter influenciado no curso de desenvolvimento da dependência.

2.0 – OBJETIVOS

PRIMÁRIO

- Avaliar o impacto do envolvimento religioso na infância e adolescência numa população de adultos usuários graves de crack, internados para tratamento em Comunidades Terapêuticas (CT's), sobre o padrão de consumo, envolvimento em criminalidade e comportamentos sexuais de risco, qualidade de vida e comorbidades psiquiátricas.

SECUNDÁRIOS

- Avaliar o papel modificador da religiosidade atual na relação com as variáveis de desfecho (padrão de consumo, envolvimento em criminalidade e comportamentos sexuais de risco, qualidade de vida e comorbidades psiquiátricas).
 - Testar o papel de mediação da relação entre R/E e as variáveis de desfecho pelo ambiente social (participação em atividades culturais e esportivas) e o relacionamento entre os pais, ambos ao longo da infância e adolescência.
-

3.0 – MÉTODOS

3.1 – AMOSTRA E PROCEDIMENTOS

O presente estudo derivou-se do projeto científico “Perfil sociodemográfico e história natural do consumo de crack entre usuários de sete estados brasileiros e do Distrito Federal”, destinado ao processo de seleção para estudos sobre crack, de acordo com o Edital MCT/CNPq nº 41/2010, sob coordenação geral do Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira e coordenação executiva do Prof. Dr. Marcelo Ribeiro de Araújo, da Universidade Federal de São Paulo, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética de tal instituição de ensino.

O estudo tem um desenho transversal, realizado em 20 Comunidades Terapêuticas (CT's) dos seguintes estados brasileiros: Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo; e Distrito Federal. Os coordenadores do estudo, com o apoio da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT – <http://www.febract.org.br>), entraram em contato com algumas CT's, que aceitaram participar do estudo para a coleta de dados.

As CT's são um modelo de tratamento no campo da dependência química, presente e disponível na maioria dos países (BUNT; MUEHLBACH; MOED, 2008). Tendo a espiritualidade como parte essencial de sua abordagem, algumas comunidades, durante as últimas duas décadas,

também incluíram modelos biológicos e psicossociais aos seus programas de tratamento (BROEKAERT et al., 2006).

No ato da internação, todos os usuários de crack acima de 18 anos de idade que iniciaram o tratamento entre setembro/2012 e setembro/2013 foram apresentados ao estudo e convidados a participar. Todos os entrevistados preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**anexo 10**).

3.2 – MEDIDAS

Um questionário estruturado e detalhado, contendo mais de 900 variáveis, foi aplicado entre o primeiro e o décimo dia após a admissão. O melhor período para o início da coleta dos dados foi avaliado pelo entrevistador, que levou em consideração o estado clínico do paciente, a síndrome de abstinência, a adesão, entre outros fatores que poderiam influenciar na sua participação. O preenchimento foi realizado por profissionais de saúde que integravam a equipe das CT's, que foram previamente treinados para a realização da aplicação. O tempo estimado para a aplicação do questionário estruturado foi de 4 horas, tendo sido aplicado em duas sessões de 2 horas cada, com pelo menos um dia de intervalo entre ambas.

Descrevemos abaixo as principais medidas usadas nesse estudo.

3.2.1 – VARIÁVEIS DE CONTROLE

DEMOGRÁFICAS: idade, gênero, ter um companheiro e escolaridade (**anexo 1**).

3.2.2 – VARIÁVEIS PREDITORAS

RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE ATUAL – DUREL

A escala Durel é uma versão validada para o português da Duke University Religion Index. É uma escala com cinco itens, de auto-preenchimento, que indica o nível de envolvimento religioso através da avaliação de 3 dimensões de R/E: religiosidade organizacional (RO) – frequência a igrejas, templos, dicotomizada no presente estudo entre mais e menos de uma vez por semana; religiosidade não organizacional (RNO) – tempo dedicado a orações, meditação, leitura da Bíblia ou outros textos religiosos, que foi dicotomizada entre mais e menos de uma vez por dia; e religiosidade intrínseca (RI) – o quanto as crenças religiosas influenciam na vida do entrevistado, em que uma pontuação acima ou igual a 12 foi considerada como positiva. As pontuações estão dispostas em uma escala Likert com 5 opções (RI) ou 6 opções (RO e RNO) e devem ser avaliadas separadamente (KOENIG; MEADOR; PARKERSON, 1997; LUCCHETTI et al., 2012).

Os primeiros dois itens abordam RO e RNO e se mostraram relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros três itens se referem a RI, que melhor se relacionam com suporte social e desfecho em saúde (KOENIG; MEADOR; PARKERSON, 1997). Na análise dos resultados Durel, as pontuações das respostas às cinco questões devem ser invertidas de forma que os indivíduos mais religiosos pontuem mais na escala. As três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas

separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total (**anexo 2**).

HISTÓRIA RELIGIOSA

Essa parte do questionário utilizado na presente investigação foi retirada e adaptada originalmente do “Medical College of Virginia Stress and Coping Project” (PRESCOTT; KENDLER; BUTERA, 2001).

Nas faixas etárias dos 8 aos 11 anos, dos 12 aos 14 anos e dos 15 aos 17 anos de idade, foram avaliadas a freqüência religiosa e a participação religiosa com as seguintes perguntas, com as respectivas respostas e pontuações:

Freqüência Religiosa: Quando você tinha entre x e y anos de idade, você freqüentava alguma religião – missas, cultos evangélicos, sessões espíritas e/ou cultos de religiões afro-brasileiras?

“Nunca”=0; “Menos de uma vez por mês”=1; “Uma vez por mês”=2; “Poucas vezes no mês”=3; “Uma vez por semana”=4; “Mais de uma vez por semana”=5.

Participação Religiosa: Quando você tinha entre x e y anos de idade, com que freqüência você participava de atividades ligadas à religião – encontros, grupos de jovens, trabalhos sociais e de caridade?

“Nunca”=0; “Raramente”=1; “Algumas vezes”=2; “Frequentemente”=3.

Então, para cada uma dessas duas dimensões (freqüência e participação religiosa), obteve-se uma pontuação em cada uma das três faixas

etárias acima descritas. A História Religiosa seria o somatório de toda a pontuação de frequência e participação nas três faixas de idade (**anexo 3**).

3.2.3 – VARIÁVEIS DE DESFECHO

GRAVIDADE DO CONSUMO DE CRACK

- **Idade de início do uso do crack:** dicotomizada como antes ou depois dos 18 anos de idade (**anexo 4**).
 - **Número de pedras consumidas de uma única vez na fase de maior consumo:** dicotomizada como mais ou menos de 10 pedras. Esse valor foi escolhido porque um recente levantamento nacional brasileiro mostrou que o consumo médio no Brasil de crack é de 13,42 pedras num “dia normal” (BASTOS; BERTONI, 2014) (**anexo 4**);
 - **Craving total:** avaliada através da Crack Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B). O CCQ-Brief tem uma versão brasileira adaptada para o crack, que foi validada no Brasil para a avaliação da fissura, conta com 10 perguntas e pode ser aplicada em menos de 2 minutos, sendo de fácil compreensão e interpretação (SUSSNER et al., 2006; ARAÚJO; PEDROSO; CASTRO, 2010). As pontuações das questões 4 e 7 devem ser invertidas para fornecer um escore total que varia de 10 a 70. No presente estudo optamos por dicotomizar como menor e maior ou igual a 28 pontos (correspondendo à média mais um desvio-padrão de nossos dados) (**anexo 5**).
-

ENVOLVIMENTO COM CRIMINALIDADE E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO (anexo 6)

- **Ter estado preso após os 18 anos de idade;**
- **Ter se sustentado por pelo menos um mês ao longo da vida por atividades ilícitas;**
- **Ter obtido drogas em troca de sexo;**
- **Ter tido relação sexual com mais de 10 pessoas diferentes num único ano.**

QUALIDADE DE VIDA

Utilizamos a World Health Organization Quality of Life Scale – Brief Version (WHOQOL-Bref), uma versão abreviada da WHOQOL, que é o produto de uma colaboração internacional. É composta de 26 questões divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental. As questões 1 e 2 referem-se a uma qualidade de vida global; as questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 referem-se ao domínio físico; já as questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26, ao domínio psicológico; as questões 20, 21 e 22, ao domínio das relações sociais; e, por fim, as questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 referem-se ao domínio ambiental (THE WHOQOL GROUP, 1998). Possui uma versão validade para o Português (FLECK et al., 1999) **(anexo 7)**.

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

- **Depressão atual**
- **Risco de Suicídio nos últimos 30 dias**

Utilizamos para tal a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), desenvolvida com o objetivo de gerar diagnóstico do DSM-IV ou da CID-10, utilizada internacionalmente. Tem como vantagens um formato modular, cotação dicotômica (sim ou não) e com aplicação breve (15 a 30 minutos) (SHEEHAN et al., 1998). Possui um estudo de validação publicado no Brasil (AMORIM, 2000) (**anexo 8**).

3.2.4 – VARIÁVEIS MEDIADORAS

Para testar a mediação do envolvimento religioso na infância e adolescência sobre as variáveis de desfecho, utilizamos as seguintes variáveis nas mesmas faixas etárias anteriormente descritas (8 aos 11 anos, 12 aos 14 anos e 15 aos 17 anos) (**anexo 9**):

- **Ambiente Social:** com que frequência você participava de atividades esportivas regulares (dentro ou fora da escola) ou participava de atividades extracurriculares (cursos, atividades culturais)?
 - **Laços familiares** – com que frequência você passava por situações desagradáveis ou desentendimentos, brigas ou conflitos com sua mãe (cuidadora) ou seu pai (cuidador); e como era o relacionamento que você tinha com sua mãe (cuidadora) ou seu pai (cuidador)?
-

3.3 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises foram conduzidas usando o Stata 11. Foi utilizada análise bivariada para calcular diferenças entre as variáveis de desfecho e as dimensões da religiosidade atual dos indivíduos (RO, RNO e RI): teste t-student para as variáveis dicotômicas e teste qui-quadrado para as variáveis categóricas.

Foram usadas análises de regressão logística para estimar o Odds Ratio (OR) (ajustado para idade, gênero, ter um companheiro e escolaridade), com intervalo de confiança de 95% para a associação entre a história religiosa (frequência e participação), nas faixas etárias descritas acima e as variáveis de desfecho. Dentre esses desfechos, para a Qualidade de vida, calculamos a regressão linear, por se tratar de uma variável contínua.

Para explorar melhor o impacto do envolvimento religioso na infância e adolescência, comparamos os indivíduos com maiores escores (primeiro quartil) com aqueles de menor pontuação (quarto quartil).

Utilizamos o Teste de Mediação de Sobel-Goodman do Stata 11 para estimar o efeito mediador do ambiente social e laços familiares na associação entre as variáveis preditoras e de desfecho. De um modo geral, pode ser dito que a mediação ocorre quando: i) a variável preditora afeta significativamente o mediador; ii) a variável preditora afeta significativamente a variável de desfecho na ausência do mediador; iii) o mediador tem um efeito significativo sobre a variável de desfecho; e iv) o efeito da variável preditora na variável de desfecho diminui após a adição do mediador no modelo.

4.0 – RESULTADOS

4.1 – DESCRIÇÃO GERAL DA AMOSTRA

De um total de 642 usuários que concordaram em participar do projeto inicial, 111 indivíduos foram excluídos, pois não responderam parte do questionário que incluíam as variáveis de interesse para o presente estudo. Participaram, portanto, 531 adultos usuários graves de crack, internados para tratamento em CT.

A maioria eram homens (89,4%), solteiros, de baixa escolaridade, com idade média de 30,9 anos e alto a moderados níveis de crença e frequência religiosa. Do total da amostra, 98,9% acreditavam em Deus e 86,1% tinham uma religião. No momento da internação, segundo a Durel, 34,3% relataram altos níveis de RO, 45,9% de RNO e 62,7% de RI. As médias com os desvios-padrão (DP) para as dimensões de religiosidade foram: RO: 3,33 (1,76); RNO: 3,44 (1,87); e RI: 12,14 (2,69).

Com relação à gravidade do consumo de crack, a idade média de início do uso foi 21,6 anos (DP 7,7), 78,9% usaram mais de 10 pedras de crack de uma só vez na fase de maior consumo e tiveram pontuação média de 18,4 (DP 9,6) na escala de craving pela CCQ-B. Quase metade dos indivíduos já haviam sido presos depois dos 18 anos de idade e o mesmo montante já haviam se sustentado por atividades ilícitas por pelo menos 30 dias ao longo da vida. Quase um terço teve relações sexuais para obtenção de drogas e 55,7% tiveram mais de 10 parceiros sexuais num único ano ao longo da vida.

Em relação a comorbidades psiquiátricas, 14,6% preenchem critérios para depressão no momento da entrevista segundo a MINI e 57,2% tinham risco de suicídio nos últimos 30 dias (**tabela 1**). Do total de indivíduos, em torno da metade (51,8%) havia usado crack nos últimos 30 dias; e 5,9% haviam usado há menos de 1 semana do momento da entrevista.

4.2 – RELIGIOSIDADE ATUAL E COMPORTAMENTOS LIGADOS AO CRACK

Ainda de acordo com a **tabela 1**, numa análise bivariada entre os parâmetros de consumo e comportamentos de risco e dimensões da religiosidade, RNO se associou a início de consumo mais tardio e menos craving. Freqüência atual a serviços religiosos (RO) se associou a uma marcante diminuição na prisão após os 18 anos (de 49% para 35,7%). A RI se associou a menos craving e melhor qualidade de vida nas quatro dimensões. Qualidade de vida no domínio psicológico foi maior nas três dimensões de religiosidade. Depressão e comportamento suicida não se associaram às variáveis de R/E atual.

4.3 – HISTÓRIA RELIGIOSA E COMPORTAMENTOS LIGADOS AO CRACK

Na **tabela 2**, encontramos a análise bivariada entre a História Religiosa ao longo da infância e adolescência e as variáveis de consumo de crack, comportamentos de risco associados, percepção de qualidade de vida e comorbidades psiquiátricas. Apenas a Frequência Religiosa se associou a uma idade de início de consumo mais tardia e uma menor intensidade de consumo atual de crack. Com relação às variáveis de criminalidade, também a Frequência Religiosa se associou com redução das prisões após os 18 anos de idade e menor proporção de ter se sustentado através de atividades ilícitas. A qualidade de vida no domínio psicológico foi maior naqueles com maiores pontuações na Frequência e Participação Religiosa. Depressão e comportamento suicida mais uma vez não se associaram com as variáveis da História Religiosa.

TABELA 1 – Descrição da amostra

Variável	Amostra total N=531	DUREL					
		Religiosidade Organizacional		Religiosidade Não Organizacional		Religiosidade Intrínseca	
		NÃO N=349 (65,7%)	SIM N=182 (34,3%)	NÃO N=287 (54,1%)	SIM N=244 (45,9%)	SIM N=198 (37,3%)	NÃO N=333 (62,7%)
DEMOGRÁFICAS							
Gênero – n(%)							
Feminino	56 (10,6)	32 (9,2)	24 (13,2)	24 (8,4)	32 (13,1)	18 (9,1)	38 (7,4)
Masculino	475 (89,4)	317 (90,8)	158 (86,8)	263 (91,6)	212 (86,9)	180 (90,9)	295 (88,6)
Idade – média (desvio-padrão)	30,9 (7,7)	30,9 (7,9)	30,9 (7,3)	30,2 (7,6)	31,7 (7,8)	30,4 (8,2)	31,2 (7,4)
Ter um companheiro – n(%)							
Não	411 (78,4)	277 (80,1)	134 (75,3)	218 (76,8)	193 (80,4)	155 (79,5)	256 (77,8)
Sim	113 (21,6)	69 (19,9)	44 (24,7)	66 (23,2)	47 (19,6)	40 (20,5)	73 (22,2)
Escolaridade – n(%)							
Fundamental (incompleto)	126 (24,0)	92 (26,7)	34 (18,9)	71 (25,1)	55 (22,7)	35 (17,9)	91 (27,6)
Fundamental (completo)	69 (13,1)	40 (11,6)	29 (16,1)	38 (13,4)	31 (12,8)	29 (14,9)	40 (12,1)
Médio (incompleto)	121 (23,0)	83 (24,1)	38 (21,1)	70 (24,7)	51 (21,1)	49 (25,1)	72 (21,8)
Médio (completo)	209 (39,8)	130 (37,6)	79 (43,9)	104 (36,8)	105 (43,4)	82 (41,1)	127 (38,5)
GRAVIDADE DO CONSUMO DE CRACK							
Idade início (média/desvio-padrão)	21,6 (7,1)	21,2 (7,2)	22,3 (6,9)	20,8 (6,4)	22,6 (7,8)	20,9 (6,9)	22,0 (7,3)
Maior consumo (pedras) – n(%)							
1-10	111 (21,1)	74 (21,3)	37 (20,8)	65 (23,0)	46 (18,9)	35 (17,9)	76 (23,0)
> 10	415 (78,9)	274 (78,7)	141 (79,2)	218 (77,0)	197 (81,1)	161 (82,1)	254 (77,0)
Craving total – média (desvio-padrão)	18,4 (9,6)	18,7 (9,6)	17,7 (9,4)	19,3 (10,2)	17,3 (8,6)	19,7 (10,3)	17,6 (9,0)

Em negrito: $p < 0,05$ (análise bivariada)

TABELA 1 – Descrição da amostra (continuação)

Variável	Amostra total N=531	DUREL					
		Religiosidade Organizacional		Religiosidade Não Organizacional		Religiosidade Intrínseca	
		NÃO N=349 (65,7%)	SIM N=182 (34,3%)	NÃO N=287 (54,1%)	SIM N=244 (45,9%)	SIM N=198 (37,3%)	NÃO N=333 (62,7%)
CRIMINALIDADE							
Prisão depois dos 18 anos – n(%)							
Não	295 (55,6)	178 (51,0)	117 (64,3)	153 (53,3)	142 (58,2)	106 (53,5)	189 (56,8)
Sim	236 (44,4)	171 (49,0)	65 (35,7)	134 (46,7)	102 (41,8)	92 (46,5)	144 (43,2)
Viver do crime – n(%)							
Não	288 (54,3)	183 (52,4)	105 (58,0)	148 (51,6)	140 (57,6)	109 (55,1)	179 (53,9)
Sim	242 (45,7)	166 (47,6)	76 (42,0)	139 (48,4)	103 (42,4)	89 (44,9)	153 (46,1)
COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO							
Sexo por drogas – n(%)							
Não	373 (70,9)	246 (71,1)	127 (70,6)	197 (69,4)	176 (72,7)	135 (69,6)	238 (71,7)
Sim	153 (29,1)	100 (28,9)	53 (29,4)	87 (30,6)	66 (27,3)	59 (30,4)	94 (28,3)
Sexo com + 10 parceiros num ano – n(%)							
Não	233 (44,3)	158 (45,9)	75 (41,2)	127 (44,9)	106 (43,6)	85 (43,8)	148 (44,6)
Sim	293 (55,7)	186 (54,1)	107 (58,8)	156 (55,1)	137 (56,4)	109 (56,2)	184 (55,4)

Em negrito: $p < 0,05$ (análise bivariada)

TABELA 1 – Descrição da amostra (continuação)

Variável	Amostra total N=531	DUREL					
		Religiosidade Organizacional		Religiosidade Não Organizacional		Religiosidade Intrínseca	
		NÃO N=349 (65,7%)	SIM N=182 (34,3%)	NÃO N=287 (54,1%)	SIM N=244 (45,9%)	SIM N=198 (37,3%)	NÃO N=333 (62,7%)
QUALIDADE DE VIDA							
WHOQOL-B – média (desvio-padrão)							
Saúde física	75,4 (16,4)	75,1 (16,9)	75,8 (15,5)	75,9 (16,9)	74,8 (15,8)	73,2 (16,6)	76,6 (16,2)
Psicológica	65,3 (17,2)	64,1 (18,0)	67,7 (15,3)	63,9 (18,4)	67,0 (15,5)	61,6 (17,8)	67,5 (16,5)
Relação social	60,3 (20,1)	59,8 (20,9)	61,3 (18,5)	60,5 (20,6)	60,1 (19,6)	57,6 (20,7)	61,9 (19,7)
Ambiental	61,6 (15,7)	61,1 (16,3)	62,8 (14,5)	61,0 (16,7)	62,4 (14,4)	59,0 (16,6)	63,2 (15,0)
COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS							
Depressão – n(%)							
Não	450 (85,4)	297 (85,3)	153 (85,5)	242 (84,6)	208 (86,3)	171 (87,7)	279 (84,0)
Sim	77 (14,6)	51 (14,7)	26 (14,5)	44 (15,4)	33 (13,7)	24 (12,3)	53 (16,0)
Suicídio – n(%)							
Não	221 (42,8)	147 (43,0)	74 (42,3)	128 (45,2)	93 (39,7)	76 (39,4)	145 (44,8)
Sim	296 (57,2)	195 (57,0)	101 (57,7)	155 (54,8)	141 (60,3)	117 (60,6)	179 (55,2)

Em negrito: $p < 0,05$ (análise bivariada)

TABELA 2 – Distribuição das variáveis da História Religiosa

Variável	Amostra total N=531	História Religiosa					
		História Religiosa		Frequência Religiosa		Participação Religiosa	
		< 14 N=355 (71,6%)	>= 14 N=141 (28,4%)	< 11 N=363 (71,7%)	>= 11 N=143 (28,3%)	< 4 N=352 (68,5%)	>= 4 N=162 (31,5%)
DEMOGRÁFICAS							
Gênero – n(%)							
Feminino	56 (10,6)	39 (11,0)	11 (7,8)	43 (11,8)	10 (7,0)	36 (10,2)	14 (8,6)
Masculino	475 (89,4)	316 (89,0)	130 (92,2)	320 (88,2)	133 (93,0)	316 (89,8)	148 (91,4)
Idade – média (desvio-padrão)	30,9 (7,7)	31,3 (7,8)	30,0 (7,4)	30,8 (7,7)	31,2 (7,8)	31,3 (7,8)	29,9 (7,2)
Ter um companheiro – n(%)							
Não	411 (78,4)	277 (78,5)	109 (77,8)	286 (79,2)	106 (74,6)	280 (80,0)	123 (76,4)
Sim	113 (21,6)	76 (21,5)	31 (22,2)	75 (20,8)	36 (25,4)	70 (20,0)	38 (23,6)
Escolaridade – n(%)							
Fundamental (incompleto)	126 (24,0)	87 (24,6)	27 (19,1)	91 (25,2)	27 (18,9)	92 (26,3)	29 (17,9)
Fundamental (completo)	69 (13,1)	46 (13,0)	18 (12,8)	51 (14,1)	15 (10,5)	45 (12,9)	22 (13,6)
Médio (incompleto)	121 (23,0)	90 (25,5)	28 (19,9)	92 (25,5)	28 (19,6)	83 (23,7)	36 (22,2)
Médio (completo)	209 (39,8)	130 (36,9)	68 (48,2)	127 (35,2)	73 (51,0)	130 (37,1)	75 (46,3)
GRAVIDADE DO CONSUMO DE CRACK							
Idade início (média/desvio-padrão)	21,6 (7,1)	21,4 (6,9)	22,0 (7,2)	21,0 (6,7)	23,0 (7,5)	21,5 (6,9)	21,7 (7,2)
Maior consumo (pedras) – n(%)							
1-10	111 (20,9)	69 (19,6)	32 (22,9)	61 (17,0)	41 (28,7)	73 (21,0)	33 (20,5)
> 10	415 (78,1)	283 (80,4)	108 (77,1)	298 (83,0)	102 (71,3)	275 (79,0)	128 (79,5)
Craving total – média (desvio-padrão)	18,4 (9,6)	18,7 (10,0)	17,8 (8,6)	18,7 (9,8)	17,6 (8,9)	18,8 (10,2)	17,6 (8,2)

Em negrito: p < 0,05 (análise bivariada)

TABELA 2 – Distribuição das variáveis da História Religiosa (continuação)

Variável	Amostra total N=531	História Religiosa					
		História Religiosa		Frequência Religiosa		Participação Religiosa	
		< 14 N=355 (71,6%)	>= 14 N=141 (28,4%)	< 11 N=363 (71,7%)	>= 11 N=143 (28,3%)	< 4 N=352 (68,5%)	>= 4 N=162 (31,5%)
CRIMINALIDADE							
Prisão depois dos 18 anos – n(%)							
Não	295 (55,6)	193 (54,4)	85 (60,3)	189 (52,1)	92 (64,3)	186 (52,8)	100 (61,7)
Sim	236 (44,4)	162 (45,6)	56 (39,7)	174 (47,9)	51 (35,7)	166 (47,2)	62 (38,3)
Viver do crime – n(%)							
Não	288 (54,3)	188 (53,1)	85 (60,3)	185 (51,1)	92 (64,3)	189 (53,8)	90 (55,6)
Sim	242 (45,7)	166 (46,9)	56 (39,7)	177 (48,9)	51 (35,7)	162 (46,2)	72 (44,4)
COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO							
Sexo por drogas – n(%)							
Não	373 (70,9)	248 (70,7)	99 (70,2)	252 (70,2)	102 (71,3)	245 (70,2)	115 (71,4)
Sim	153 (29,1)	103 (29,3)	42 (29,8)	107 (29,8)	41 (28,7)	104 (29,8)	46 (28,6)
Sexo com + 10 parceiros num ano – n(%)							
Não	233 (44,3)	150 (42,6)	62 (44,3)	151 (41,8)	69 (48,9)	146 (41,8)	75 (46,6)
Sim	293 (55,7)	202 (57,4)	78 (55,7)	210 (58,2)	72 (51,1)	203 (58,2)	86 (53,4)

Em negrito: $p < 0,05$ (análise bivariada)

TABELA 2 – Distribuição das variáveis da História Religiosa (continuação)

Variável	Amostra total N=531	História Religiosa					
		História Religiosa		Frequência Religiosa		Participação Religiosa	
		< 14 N=355 (71,6%)	>= 14 N=141 (28,4%)	< 11 N=363 (71,7%)	>= 11 N=143 (28,3%)	< 4 N=352 (68,5%)	>= 4 N=162 (31,5%)
QUALIDADE DE VIDA							
WHOQOL-B – média (desvio-padrão)							
Saúde física	75,4 (16,4)	74,4 (16,6)	78,2 (15,6)	74,0 (17,0)	72,8 (15,1)	74,8 (15,8)	77,0 (17,2)
Psicológica	65,3 (17,2)	64,1 (17,7)	68,6 (15,0)	64,0 (17,9)	68,4 (15,1)	64,4 (17,3)	67,6 (16,6)
Relação social	60,3 (20,1)	59,9 (20,8)	61,4 (18,4)	59,2 (21,0)	62,8 (17,7)	60,0 (20,4)	61,0 (20,0)
Ambiental	61,6 (15,7)	61,2 (15,5)	64,1 (15,4)	61,6 (15,8)	62,4 (15,2)	60,9 (15,2)	63,8 (16,4)
COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS							
Depressão – n(%)							
Não	450 (85,4)	303 (86,3)	119 (84,4)	309 (86,1)	121 (84,6)	297 (85,3)	139 (85,8)
Sim	77 (14,6)	48 (13,7)	22 (15,6)	50 (13,9)	22 (15,4)	51 (14,7)	23 (14,2)
Suicídio – n(%)							
Não	221 (42,8)	152 (44,1)	58 (42,0)	155 (43,9)	59 (42,1)	146 (42,9)	69 (43,1)
Sim	296 (57,2)	193 (55,9)	80 (56,1)	198 (56,1)	81 (57,9)	194 (57,1)	91 (56,9)

Em negrito: $p < 0,05$ (análise bivariada)

4.4 – RELAÇÃO DA HISTÓRIA RELIGIOSA COM AS VARIÁVEIS DE DESFECHO

Na análise multivariada, que avaliou o impacto do envolvimento religioso ao longo da infância e adolescência, controlando-se para as variáveis sociodemográficas, encontramos que a história religiosa total se relacionou com menor chance de início do consumo antes dos 18 anos de idade (OR: 0,95 [IC 95% 0,92-0,98]) e de craving grave (OR: 0,95 [0,91-0,99]). A faixa etária entre 15 e 17 anos foi a que apresentou mais correlações estatisticamente significativas: menor chance de início do consumo antes dos 18 anos (OR: 0,87 [0,80-0,95]), de consumo de mais de 10 pedras de uma só vez no período de maior consumo (OR: 0,87 [0,80-0,95]) e de craving grave (OR: 0,86 [0,76-0,97]).

A frequência global a atividades religiosas (ou seja, o somatório das pontuações nas três faixas de idade) protegeu em relação a início de uso antes dos 18 anos (OR: 0,92 [0,88-0,97]) e consumo acima de 10 pedras (OR: 0,94 [0,89-0,99]). A participação religiosa somada das três faixas etárias se correlacionou apenas com menos craving grave (OR: 0,85 [0,76-0,95]). A frequência religiosa entre 15 e 17 anos teve correlação inversa com os três marcadores de gravidade de consumo de crack: início antes dos 18 anos de idade (OR: 0,85 [0,75-0,96]); mais de 10 pedras usadas de uma só vez no período de maior consumo (OR: 0,83 [0,73-0,93]); e craving grave (OR: 0,86 [0,74-0,90]) (**tabela 3**).

Para analisar melhor o impacto do envolvimento religioso na infância e adolescência, comparamos os indivíduos com maiores escores (primeiro quartil) com aqueles de menor pontuação (quarto quartil). Foi encontrado um padrão bastante similar de correlações inversas entre envolvimento na infância e adolescência e os indicadores de gravidade de consumo de crack, com a diferença que o tamanho do efeito foi bem maior, com OR entre 0,30 e 0,56.

TABELA 3 – Regressão logística entre História Religiosa e Gravidade de Consumo de Crack

Variável (pontuações totais)	Idade de início (menos de 18 anos) OR (IC 95%)	Maior consumo (+ 10 pedras) OR (IC 95%)	Craving total (CCQ-B acima de 28) OR (IC 95%)
História Religiosa	0,95 (0,92-0,98)	0,96 (0,93-1,00)	0,95 (0,91-0,99)
História Religiosa 1º x 4º quartil	0,50 (0,28-0,90)	0,67 (0,36-1,25)	0,52 (0,26-1,06)
História Religiosa 8-11 anos	0,91 (0,84-0,98)	0,99 (0,91-1,07)	0,95 (0,86-1,04)
História Religiosa 8-11 1º x 4º quartil	0,56 (0,32-0,98)	0,91 (0,48-1,69)	0,81 (0,43-1,52)
História Religiosa 12-14 anos	0,94 (0,87-1,01)	0,95 (0,88-1,04)	0,88 (0,80-0,97)
História Religiosa 12-14 1º x 4º quartil	0,65 (0,38-1,11)	0,81 (0,45-1,48)	0,42 (0,21-0,84)
História Religiosa 15-17 anos	0,87 (0,80-0,95)	0,87 (0,80-0,95)	0,86 (0,76-0,97)
História Religiosa 15-17 1º x 4º quartil	0,53 (0,32-0,88)	0,46 (0,27-0,76)	0,50 (0,26-0,98)
Frequência Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,92 (0,88-0,97)	0,94 (0,89-0,99)	0,95 (0,90-1,00)
Frequência Religiosa 1º x 4º quartil	0,30 (0,16-0,56)	0,48 (0,26-0,88)	0,64 (0,31-1,32)
Participação Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,93 (0,86-1,01)	0,98 (0,90-1,06)	0,85 (0,76-0,95)
Participação Religiosa 1º x 4º quartil	0,77 (0,46-1,30)	1,12 (0,66-1,90)	0,42 (0,22-0,79)
FREQUÊNCIA E PARTICIPAÇÃO RELIGIOSAS NAS FAIXAS ETÁRIAS			
Frequência Religiosa 8-11 anos	0,88 (0,72-0,97)	0,95 (0,85-1,06)	0,98 (0,86-1,10)
Participação Religiosa 8-11 anos	0,90 (0,77-1,07)	1,07 (0,90-1,28)	0,82 (0,66-1,02)
Frequência Religiosa 12-14 anos	0,90 (0,81-1,01)	0,93 (0,82-1,04)	0,85 (0,74-0,98)
Participação Religiosa 12-14 anos	0,93 (0,77-1,12)	0,94 (0,78-1,15)	0,78 (0,60-1,00)
Frequência Religiosa 15-17 anos	0,85 (0,75-0,96)	0,83 (0,73-0,93)	0,86 (0,74-0,99)
Participação Religiosa 15-17 anos	0,71 (0,56-0,91)	0,81 (0,65-1,02)	0,59 (0,41-0,86)

Controlando para idade, gênero, ter um companheiro e escolaridade

Em negrito: significância estatística

Não houve diferenças estatisticamente significativas na regressão logística dos parâmetros da história religiosa com as variáveis de criminalidade, comportamentos sexuais de risco e comorbidades psiquiátricas (depressão atual e risco de suicídio nos últimos 30 dias) (**tabelas 4 e 5**). Os resultados para depressão atual e suicídio nos últimos 30 dias não se alteraram, mesmo controlando-se para o período em que o paciente estava abstinente.

Por isso, não realizamos a comparação do primeiro quartil com o quarto quartil nas análises da história religiosa com as variáveis de criminalidade, comportamentos sexuais de risco e comorbidades psiquiátricas por não ter sido encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa.

TABELA 4 – Regressão logística entre História Religiosa e Criminalidade e Comportamentos Sexuais de Risco

Variável (pontuações totais)	Prisão depois dos 18 anos OR (IC 95%)	Viver do crime OR (IC 95%)	Sexo por drogas OR (IC 95%)	Sexo + 10 pessoas num ano (IC 95%)
História Religiosa	0,98 (0,95-1,01)	0,99 (0,97-1,03)	1,01 (0,98-1,04)	0,99 (0,97-1,03)
História Religiosa 8-11 anos	0,98 (0,92-1,05)	1,05 (0,97-1,12)	1,03 (0,95-1,11)	1,03 (0,96-1,10)
História Religiosa 12-14 anos	0,94 (0,88-1,01)	0,99 (0,92-1,06)	1,03 (0,96-1,12)	0,99 (0,93-1,07)
História Religiosa 15-17 anos	0,95 (0,88-1,03)	0,94 (0,87-1,01)	0,99 (0,92-1,08)	0,98 (0,91-1,05)
Frequência Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,96 (0,92-1,00)	0,99 (0,95-1,04)	1,03 (0,98-1,07)	1,01 (0,97-1,05)
Participação Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,96 (0,89-1,03)	1,00 (0,93-1,07)	0,98 (0,91-1,06)	0,96 (0,90-1,03)

Controlando para idade, gênero, ter um companheiro e escolaridade

Em negrito: significância estatística

Tabela 5 – Regressão logística entre História Religiosa e Comorbidades Psiquiátricas

Variável (pontuações totais)	Depressão OR (IC 95%)	Risco de suicídio OR (IC 95%)
História Religiosa	1,02 (0,98-1,07)	1,01 (0,98-1,05)
História Religiosa 8-11 anos	1,03 (0,93-1,13)	1,06 (0,99-1,14)
História Religiosa 12-14 anos	1,02 (0,92-1,12)	1,00 (0,93-1,07)
História Religiosa 15-17 anos	1,11 (1,01-1,23)	0,97 (0,90-1,05)
Frequência Religiosa – total das 3 faixas etárias	1,05 (0,99-1,12)	1,01 (0,97-1,06)
Participação Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,99 (0,90-1,09)	1,00 (0,94-1,02)

Controlando para idade, gênero, ter um companheiro e escolaridade

Em negrito: significância estatística

Por fim, na **tabela 6** vemos que todas as variáveis de envolvimento religioso na infância e adolescência se correlacionaram com dimensões de qualidade de vida, notadamente a psicológica, que se associou com todas as variáveis da história religiosa.

TABELA 6 – Regressão linear entre História Religiosa e Qualidade de Vida (WHOQOL-B)

Variável (pontuações totais)	Saúde física Coef (IC 95%)	Psicológica Coef (IC 95%)	Relação Social Coef (IC 95%)	Ambiental Coef (IC 95%)
História Religiosa	0,19 -0,52-0,43	0,42 0,17-0,68	0,19 -0,11-0,49	0,24 0,01-0,47
História Religiosa 8-11 anos	0,34 -0,21-0,90	0,81 0,22-1,40	0,40 -0,28-1,09	0,73 0,20-1,26
História Religiosa 12-14 anos	0,21 -0,34-0,75	0,68 0,10-1,25	0,14 -0,54-0,81	0,41 -0,11-0,93
História Religiosa 15-17 anos	0,64 0,62-1,23	1,10 0,48-1,71	0,55 -0,18-1,28	0,39 -0,17-0,95
Frequência Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,35 0,02-0,68	0,56 0,21-0,91	0,43 0,21-0,84	0,29 -0,03-0,61
Participação Religiosa – total das 3 faixas etárias	0,83 -0,47-0,63	0,75 0,17-1,33	-0,05 -0,74-0,64	0,54 0,02-1,07

Controlando para idade, gênero, ter um companheiro e escolaridade

Em negrito: significância estatística

4.5 – ESTIMATIVAS DO EFEITO MEDIADOR

A única associação com efeito mediador estatisticamente significativo foi da história religiosa dos 15 aos 17 anos com o início de idade do consumo de crack.

A relação entre envolvimento religioso dos 15 aos 17 anos e menor chance de início do consumo de crack antes dos 18 anos foi parcialmente mediada pelo envolvimento em atividades sociais (esportivas e culturais) dos 15 aos 17 anos, com uma proporção de 22% do efeito total. Mas também o relacionamento com os pais nessa faixa etária mediou essa mesma relação numa proporção de 17% do efeito total.

5.0 – DISCUSSÃO

5.1 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Inicialmente, comparamos o perfil de nossa amostra com dados de um recente levantamento nacional brasileiro de usuários de crack (BASTOS; BERTONI, 2014). Em nosso estudo, tivemos uma maior proporção de homens (89,4% versus 76,7%), de solteiros (78,4% versus 60,6%) e com ensino médio completo (39,8% versus 16,5%). Um outro levantamento nacional brasileiro mostrou que o gênero foi associado com o uso de cocaína, homens foram 4,4 vezes mais propensos a experimentar (IC 95% 3,14-6,21) e 4,8 vezes mais propensos a ter usado cocaína no último ano (IC 95% 2,77-8,47) comparados a mulheres (ABDALLA et al., 2014). De acordo com o Censo Brasileiro de 2010, temos 55,3% de solteiros e 23,4% de indivíduos que completaram o ensino médio (IBGE, 2010). Então, temos em nossa amostra uma proporção maior de solteiros e de maior escolaridade (conclusão do ensino médio), comparada com a população geral brasileira e com outros estudos de usuários de cocaína e crack. Habitualmente, o uso de crack está associado com baixa escolaridade. A proporção de indivíduos com história de uso de crack que terminaram o ensino médio num outro estudo transversal brasileiro foi de 14,8%, valor ainda menor (NARVAEZ et al., 2015). O uso de cocaína se associou à evasão escolar entre adolescentes. As taxas de não freqüência à escola entre adolescentes que usaram cocaína nos últimos 12 meses foram

de 23,7%, enquanto a taxa foi próxima de 1% entre aqueles que não usaram no último ano (ABDALLA et al., 2014).

Em nosso estudo, a idade média de início do consumo de crack foi de 21,6 anos de idade. Outros estudos apontaram idades um pouco mais precoces: o Relatório da Pesquisa Nacional sobre o uso de drogas e saúde nos EUA, com indivíduos acima de 12 anos, mostrou para o crack (20,8 anos) e para a cocaína (20,1 anos). Outros dados da referida pesquisa nacional americana mostram que 55,5% dos indivíduos tinham menos de 18 anos quando do primeiro uso de drogas ilícitas. Por outro lado, 74,7% tinham mais de 18 anos quando usaram cocaína pela primeira vez (SAMHSA, 2012). Já no Brasil, a experimentação de cocaína antes dos 18 anos ocorreu em 45,5% dos usuários (ABDALLA et al., 2014).

As proporções de indivíduos que foram presos depois dos 18 anos de idade foram bem próximas (44,4% versus 48,8%), em comparação com a já referida pesquisa brasileira (BASTOS; BERTONI, 2014). Sobre o emprego de relações sexuais para obtenção de drogas, tivemos em nosso estudo uma proporção de 29,1% ao longo da vida contra 42,17% nos últimos 30 dias (BASTOS; BERTONI, 2014). Por fim, encontramos altas taxas de comorbidades psiquiátricas, 14,6% com critérios para depressão atual e 57,2% com risco de suicídio nos últimos 30 dias. Uma metanálise indicou associações entre depressão maior e transtorno por uso de drogas ilícitas (OR: 3,80 [IC 95% 3,02-4,78]) (LAI et al., 2015). A relação entre depressão e usuários de cocaína tem sido bastante descrita. Num outro levantamento brasileiro com 761 participantes com idade entre 14 e 19 anos, quase um terço

dos participantes usuários de cocaína sofriam de depressão, mas houve também grande associação com abuso de álcool (MADRUGA et al., 2012). Uma outra metanálise relatou haver uma associação significativa entre transtorno por uso de substância e ideação suicida (OR: 2,04 IC 95% 1,59-2,50) (POOROLAJAL et al., 2015). O suicídio tem sido um contribuinte importante para o impacto do uso de drogas ilícitas porque é uma causa comum de morte em usuários regulares de cocaína (DEGENHARDT et al., 2013).

5.2 – O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE ATUAL

Encontramos em nosso estudo uma população com uma crença em Deus bastante alta (98,9%) e 86,1% tinham uma religião. Há dados que mostram que 90% da população mundial estão envolvidos em alguma forma de prática religiosa ou espiritual (KOENIG, 2009). Segundo o Censo de 2010, no Brasil 92% da população têm alguma religião (IBGE, 2010). Um estudo brasileiro mostrou menor religiosidade entre usuários de crack em comparação com o restante da população (59% versus 37,4% relataram não ter nenhuma crença religiosa) (NARVAEZ et al., 2015).

Entre a população de adolescentes americanos, em torno de dois terços relataram participação na vida religiosa e um pouco mais da metade frequentaram serviços religiosos pelo menos 2-3 vezes por mês. Do total, 84% relataram acreditar em Deus e 51% referem que sua fé é muito ou extremamente importante na forma como vivem a sua vida diária (SALAS-WRIGHT et al., 2012). Numa amostra probabilística da população brasileira, 35,1% dos indivíduos entre 14 e 17 anos (n=661 adolescentes) tinham frequência religiosa de pelo menos 1 vez por semana ou mais, enquanto 73,3% julgavam a religião como muito importante em suas vidas (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

No entanto, ainda sobre a participação religiosa de adolescentes americanos, há uma tendência de redução ao longo do tempo: 50% dos adolescentes aos 13 anos de idade relataram participação em grupos jovens religiosos nos 7 dias anteriores a uma pesquisa, reduzindo essa prevalência

para 29% aos 18 anos de idade (SMITH et al., 2002). Numa outra pesquisa, 30,7% dos adolescentes americanos com idades entre 12 e 17 anos relataram que tinham freqüentado serviços religiosos 25 ou mais vezes no ano passado (SAMHSA, 2012).

Sobre as pontuações atuais da Durel, nossos dados não mostraram valores altos das dimensões da religiosidade. Em comparação com um estudo brasileiro que aplicou a Durel numa amostra clínica e não clínica, tivemos os seguintes valores: RO (3,33 versus 4,0); RNO (3,44 versus 4,47); e RI (12,14 versus 12,98) (CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015).

A religiosidade atual se relacionou com diversos indicadores de um curso menos grave da dependência do crack, mesmo nessa amostra de dependentes graves. Em relação à religiosidade atual, numa análise bivariada, enquanto metade dos que não freqüentavam serviços religiosos (RO) haviam sido presos, entre os que freqüentavam, esta proporção caiu para um terço. Uma revisão sistemática encontrou que 79% de 102 estudos quantitativos relataram relação inversa entre R/E e crime e delinquência (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Regnerus e Elder (2003) examinaram a relação entre religiosidade na linha de base e delinquência posterior em adolescentes acompanhados por 12 meses entre o tempo 1 (1995) e o tempo 2 (1996) do Estudo Nacional Longitudinal da Saúde de Adolescentes (Add Health). Esses pesquisadores demonstraram que frequência religiosa e a importância da religião predisseram menor delinquência nos adolescentes. Isso mostra que o tempo dedicado às atividades religiosas pode se traduzir

em menos tempo disponível para atividades de risco (YONKER; SCHNABELRAUCH; DE HAAN, 2012).

Em nosso estudo, a religiosidade intrínseca (RI) se associou a craving menos grave e a melhor qualidade de vida em todos os domínios. Um estudo longitudinal acompanhou durante 2 anos 439 usuários de crack sem tratamento e mostrou que, de modo geral, a qualidade de vida de usuários ativos de crack é inversamente proporcional à frequência e gravidade do uso da droga (FALCK et al., 2000). Ou seja, entre esses usuários de crack, ter internalizado preceitos e crenças religiosas que dão sentido à sua existência, podem lhes fornecer ferramentas para lidar com a vontade de usar a substância, bem como se associa com uma melhor percepção de qualidade de vida. Alguns estudos já haviam apontado a importância da oração frequente ao longo do dia como forma de lidar com o craving (desejo incontrolável de consumir a cocaína ou o crack) e evitar recaídas entre os indivíduos religiosos (VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2008). A religiosidade privada parece ser a responsável por reduzir o impacto dos eventos estressantes na vida, que é determinante para o início e continuidade do consumo de substâncias psicoativas (WILLS; YAEGER, SANDY, 2003).

5.3 – O IMPACTO DO ENVOLVIMENTO RELIGIOSO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Sobre o envolvimento religioso ao longo da infância e adolescência, chamam atenção três pontos principais:

5.3.1 – Associação com menor gravidade de consumo de crack (menos início do consumo antes dos 18 anos e menor craving) e, de forma consistente, com percepção de melhor qualidade de vida no domínio psicológico.

Uma das possíveis explicações para esses achados seria que as regras de proibição ou desencorajamento do uso de drogas propostas pela comunidade religiosa são internalizadas pela criança e adolescente e atuam em momentos posteriores (REGNERUS; BURDETTE, 2006; KOENIG, 2009). Uma educação religiosa na infância pode implicar ter tido uma educação com mais regras e normas morais, ter tido um ambiente sociofamiliar mais estruturado, assim como ter internalizado valores que dão significado à vida (DALGALARRONDO et al., 2004).

A idade da primeira experimentação de drogas em geral é um importante fator de risco, há dados mostrando uma relação entre a precocidade do uso e aumento do risco de desenvolvimento de dependência e outras doenças psiquiátricas (ABDALLA et al., 2014). Dados indicam uma progressão gradual para níveis mais elevados de uso problemático de drogas. Uma revisão narrativa relata que uma alta proporção de usuários

problemáticos de heroína e cocaína começou a experimentar drogas aos 13 anos de idade (FRISHER et al., 2007). Essas informações sugerem que se promova a detecção e intervenções precocemente, bem como sensibilizar os pais e colegas sobre as características clínicas da dependência de drogas que podem se desenvolver mais cedo entre os jovens que estão apenas começando a usar drogas (CHEN; STORR; ANTHONY, 2009).

Nossos dados apontam de modo consistente que a R/E fornece ainda alguma proteção sobre o padrão de consumo e qualidade de vida, mesmo em usuários graves de crack. Mas essa mesma proteção não se replicou no envolvimento com criminalidade, comportamentos sexuais de risco e comorbidades psiquiátricas. Estudos anteriores haviam apontado que atendimento mais freqüente em serviços religiosos foi associado com comportamentos de saúde sexual mais positivos (MC PHERSON et al., 2013). Além disso, esse dado da falta de associação da história religiosa com as comorbidades psiquiátricas avaliadas é intrigante, pois já existem evidências bastante robustas da relação inversa entre envolvimento religioso e depressão e suicídio (BONELLI; KOENIG, 2013). Um estudo prospectivo de 2 anos com 1.992 idosos deprimidos e 5.740 idosos não deprimidos, mostrou que indivíduos não deprimidos na linha de base permaneceram não deprimidos se freqüentaram serviços religiosos. Já indivíduos deprimidos na linha de base foram menos propensos a estarem deprimidos se engajaram em orações privadas (RONNEBERG et al., 2014). Já sobre o efeito protetor da R/E sobre o suicídio, dados de uma amostra nacionalmente representativa dos EUA com dados da linha de base coletados entre 1988 e 1994, e depois

em 2006 (20.014 entrevistados no total), aqueles que freqüentaram serviços religiosos pelo menos 24 vezes por ano ou mais, apresentaram menos da metade da probabilidade de morrer por suicídio do que aqueles que participaram com menor freqüência (KLEIMAN; LIU, 2014). A possível explicação para que, em nosso estudo, o envolvimento religioso não ter se associado com menos depressão e suicídio, é o fato de que os valores religiosos introjetados ao longo da infância e adolescência possam ter gerado um coping negativo ao lidar com a questão da dependência química, aumentando a associação com o humor depressivo e ideação suicida. Mas este é um achado que precisa ser melhor investigado buscando verificar se será replicado por outras pesquisas com dependentes graves de substâncias. Resultados psicológicos negativos associados a religião e espiritualidade podem estar relacionado a crenças e enfrentamentos negativos, com imagens negativas ou punitivas de Deus. O coping religioso negativo está associado com maior depressão e, ainda, maior freqüência e intensidade de ideação suicida, independente do nível geral da religiosidade dos pacientes (WEBER; PARGAMENT, 2014).

5.3.2 – a freqüência religiosa (freqüência a missas, cultos evangélicos, sessões espíritas e/ou cultos de religiões afro-brasileiras), mais do que a participação religiosa (vinculação a atividades ligadas a encontros religiosos, grupos de jovens, trabalhos sociais e de caridade), se associou com menor chance de idade de início do consumo de crack antes dos 18 anos e menor

intensidade de consumo (menor chance de uso de mais de 10 pedras numa única vez no período de maior consumo).

De fato, uma metanálise mostrou que as medidas de frequência religiosa foram as que mais se relacionaram com os resultados positivos em adolescentes e adultos jovens, tais como menor depressão e comportamentos de risco, e maior bem-estar e auto-estima (YONKER; SCHNABELRAUCH; DE HAAN, 2012). Em relação à Durel, a subescala avaliando a frequência religiosa (RO) tem sido relacionada com menos depressão, mais suporte social, melhor saúde física, menos uso de serviços de saúde e menor mortalidade. Já a subescala avaliando oração, meditação e leitura da Bíblia (RNO) tem sido relacionada a saúde física mais pobre, maior suporte social, e tem sido associada com mais ou menos depressão, dependendo da população (KOENIG; BÜSSING, 2010).

Quando se comparam os grupos de maior e menor envolvimento religioso na infância e adolescência, os efeitos ficam mais nítidos: o quartil de menor frequência religiosa tinha o triplo da chance de iniciar consumo antes dos 18 anos e o dobro da chance de consumir mais de 10 pedras por dia em relação ao quartil de maior frequência.

5.3.3 – a faixa etária em que a frequência religiosa se associou com todas as variáveis de gravidade do consumo de crack foi de 15 aos 17 anos de idade; e que essa associação nessa idade foi parcialmente mediada pela participação em atividades sociais (esportivas e culturais) e pelo melhor relacionamento com os pais.

Já existem evidências na literatura apontando que a R/E tem uma maior associação com o declínio de comportamentos de risco (uso e abuso de álcool e outras drogas, atividade sexual) em adultos jovens (18-25 anos) do que em adolescentes (12-17 anos) (YONKER; SCHNABELRAUCH; DE HAAN, 2012). Uma possível explicação é a de que adolescentes mais velhos estão em maior risco de contato com usuários de drogas, então, um círculo social religioso nesta faixa etária pode ter um maior papel protetor. De fato, há outros dados que mostram que o aumento marcante nas taxas de prevalência do uso de drogas na idade dos 13 aos 18 anos, torna essa faixa etária como um período chave no desenvolvimento de transtorno por uso de substância (MERIKANGAS; MC CLAIR, 2012). Como níveis mais elevados de uso problemático de drogas parece se desenvolver em torno da idade de 15 a 16 anos, as tentativas para modificar o comportamento nessa idade podem ser mais produtivas (FRISHER et al., 2007).

Sobre o papel mediador das atividades sociais, foi realizado um estudo com dados transversais da Pesquisa Nacional sobre Drogas e Saúde de 2002 nos EUA, com um total de 36.370 indivíduos, para investigar se associação entre R/E e uso de drogas foi mediada pelo apoio social ou pelo estado de saúde mental. A associação entre R/E e diminuição da probabilidade de um transtorno por uso de substância parece ser apenas parcialmente mediada pelo apoio social e estado mental (EDLUND et al., 2010). Um estudo retrospectivo com 1.560 homens adultos gêmeos encontrou que os principais fatores de proteção para o uso do álcool durante a adolescência foram o monitoramento dos pais e o envolvimento regular em atividades religiosas ou

sociais (WICHERS; GILLESPIE; KENDLER, 2013). Um outro estudo prospectivo multicêntrico americano, realizado com 1.726 dependentes de álcool, apontou que o Alcoólicos Anônimos (AA) parece conduzir a maiores taxas de abstinência através da mobilização de mudanças na rede social e aumento nas práticas religiosas e espirituais (KELLY et al., 2012). Uma revisão narrativa apontou que alguns estudos mostraram que a participação em clubes e grupos recreativos, indicadores da existência de redes sociais, constitui-se um efeito protetor, mas outros estudos encontraram que a ligação com os pares foi associado a pior resultado (MC PHERSON et al., 2013).

A hipótese da mediação social é baseada em evidências crescentes de que à medida que nos desenvolvemos desde a infância, ao longo da adolescência até a vida adulta, nossos genes desempenham um papel crescente no desenvolvimento do nosso próprio ambiente social. Essa hipótese sugere que os genes afetam o desenvolvimento da dependência química de maneira indireta, influenciando a seleção do ambiente que ativamente desencorajam ou incentivam o uso de drogas (KENDLER et al., 2008). Portanto, a rede social exerce um papel importante, mas o que os estudos têm encontrado mostram que o envolvimento religioso fornece uma proteção adicional.

Com relação à mediação exercida pelo relacionamento com os pais e a relação com a R/E, adolescentes que declararam que a religião é importante para eles indicaram melhor qualidade na relação pai-filho e satisfação geral com a família (REGNERUS; BURDETTE, 2006). Um estudo qualitativo mostrou que a estrutura familiar e a religiosidade foram os fatores mais

importantes para menor consumo de drogas entre 62 jovens entre 16 e 24 anos, residentes em uma favela no Brasil (30 usuários de drogas e 32 não usuários). Dos não usuários, 81% praticavam uma religião; dos usuários, apenas 13% consideravam-se religiosos. A crença e a prática de uma religião também foram mais evidentes entre os membros da família de não usuários do que aqueles dos usuários (VAN DER MEER SANCHEZ; DE OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

5.4 – LIMITAÇÕES

Como toda investigação, o presente estudo também apresenta algumas limitações metodológicas. Por se tratar de um estudo transversal, o viés de memória sobre fatos ocorridos na infância e adolescência pode ter influenciado na resposta de cada participante. Além disso, o fato do estudo ter sido feito em Comunidades Terapêuticas, que têm um forte componente religioso e espiritual (BROEKAERT et al., 2006), poderia influenciar os indivíduos a responder positivamente perguntas sobre R/E, inflando os escores de R/E dos indivíduos investigados. Entretanto, tais limitações gerariam, respectivamente, um erro aleatório de classificação e uma superestimação da religiosidade (mesmo entre os não religiosos), ambos tendendo a anular os possíveis efeitos da R/E. Assim, como apesar destas limitações foram encontradas associações, estas podem ser ainda mais fortes na população estudada.

5.5 – PONTOS FORTES

O grande ponto forte de nosso estudo é o ineditismo de nossos dados: nossos achados advêm de uma pesquisa, cuja amostra estudada é, comparando com os trabalhos publicados até o momento, a maior de dependentes de crack para esse tipo de estudo. Os dados foram coletados incluindo cuidado e rigor no treinamento dos profissionais de saúde e na coleta das informações, envolvendo 20 CT's de diferentes regiões do Brasil. A proposta de investigar o impacto da R/E na infância e adolescência sobre adultos dependentes de crack também é pouco estudada.

6.0 – CONCLUSÃO

Mesmo nos indivíduos usuários graves de crack, em que supostamente todos os efeitos protetores teriam falhado em prevenir a dependência de substâncias, ainda assim encontramos em nosso estudo que o envolvimento religioso na infância e adolescência se associa com um padrão menos grave de consumo de crack, em termos de idade de início de consumo mais tardio, menor intensidade de uso e sintomas menos graves de craving. Nossos dados mostraram que essa associação é mais importante na faixa etária entre 15 e 17 anos, o que seria importante para a definição de estratégias de prevenção. Além disso, numa análise bivariada, a frequência atual a serviços religiosos teve relação com menos prisão ao longo da vida e a religiosidade intrínseca (RI) se associou a craving menos grave e melhor qualidade de vida em todos os domínios.

Por fim, seria interessante desenhar um estudo que pudesse acompanhar prospectivamente esses indivíduos para avaliar o quanto esse envolvimento religioso na infância e adolescência pode servir de ferramenta no processo de recuperação da dependência química.

7.0 – REFERÊNCIAS

ABDALLA, R.R.; MADRUGA, C.S.; RIBEIRO, M.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drug surveys (BNADS). **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 1, p. 297-301, 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106-15, 2000.

ARAÚJO, R.B.; PEDROSO, R.S.; CASTRO, M.G.T. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire – Brief. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 5, p. 195-8, 2010.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Org.). **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.

BLUMSTEIN, A.; RIVARA, F.P.; ROSENFELD, R. The rise and decline of homicide – and why. **Annual Review of Public Health**, v. 21, p. 505-41, 2000.

BONELLI, R.M.; KOENIG, H.G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 2, p. 657-73, 2013.

BROEKAERT, E.; VANDEVELDE, S.; SOYEZ, V.; YATES, R.; SLATER, A. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. **European Addiction Research**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2006.

BUNT, G.C.; MUEHLBACH, B.; MOED, C.O. The Therapeutic Community: an international perspective. **Substance Abuse**, v. 29, n. 3, p. 81-7, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2010.

CHEN, C.Y.; ANTHONY, J.C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. **Psychopharmacology**, v. 172, n. 1, p. 78-86, 2004.

COOK, C.C.H. Addiction and spirituality. **Addiction**, v. 99, n. 5, p. 539-551, 2004.

CURCIO, C.S.; LUCCHETTI, G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness / Spirituality (BMMRS-p) in clinical and non-clinical samples. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 2, p. 435-48, 2015.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M.A.; FILHO, H.R.C.; SILVA, C.A.M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **Lancet**, v. 7, n. 379, p. 55-70, 2012.

DEGENHARDT, L.; SINGLETON, J.; CALABRIA, B.; McLAREN, J.; KERR, T.; MEHTA, S.; KIRK G.; HALL, W.D. Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 15, n. 113, p. 88-95, 2011.

DEGENHARDT, L.; WHITEFORD.H.A.; FERRARI, A.J.; CHARLSON, F.J.; HALL, W.D.; FREEDMAN, G.; BURSTEIN, R.; JOHNS, N.; ENGELL, R.E.; FLAXMAN, A.; MURRAY, C.J.; VOS, T. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 9. n. 382, p. 1564-74, 2013.

DIAS, A.C.; ARAÚJO, M.R.; DUNN, J.; SESSO, R.C.; DE CASTRO, V.; LARANJEIRA, R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, n. 3, p. 273-8, 2011.

DUAILIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, suppl 4, p. 547-557, 2008.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R.R. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. **Addiction**, v. 94, n. 6, p. 813-24, 1999.

EDLUND, M.J.; HARRIS, K.M.; KOENIG, H.G.; HAN, X.; SULLIVAN, G.; MATTOX, R.; TANG, L. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 8, 827-836, 2010.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **European Drug Report. Trends e Developments**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.

FALCK, R.S.; WANG, J.; SIEGAL, H.A.; CARLSON, R.G. Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey

with not-in-treatment crack-cocaine users. **Medical care**, v. 38, n. 9, p. 902-10, 2000.

FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of Quality of Life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FRISHER, M.; CROME, I.; MACLEOD, J.; BLOOR, R.; HICKMAN, M. Predictive factors for illicit drug use among young people: a literature review. **Home Office Online Report 05/07**. London: Home Office, 2007.

GOMES, F.C.; DE ANDRADE, A.G.; IZBICKI, R.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; OLIVEIRA, L.G. Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 1, p. 29-37, 2013.

GUNNOE, M.L.; MOORE, K.A. Predictors of religiosity among youth aged 17-22: a longitudinal study of the National Survey of Children. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 41, n. 4, p. 613-622, 2002.

HATSUKAMI, D.K.; FISCHMAN, M.W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? **JAMA**, v. 276, n. 19, p. 1580-8, 1996.

HAUG, S.; NUÑES, C.L.; BECKER J.; GMEL, G.; SCHAUB, M.P. Predictors of onset of cannabis and other drugs use in male young adults from a longitudinal study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1202, 2014.

HOFFMAN, J.A.; KLEIN, H.; EBER, M.; CROSBY, H. Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors. **Drug and Alcohol Dependence**, v.1, n. 58, p. 227-36, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

JONHSTON, L.D.; O'MALLEY, P.M.; BACHMAN, J.G.; SCHULENBER, J.E. **Monitoring the Future National Results on adolescent drug use: Overview of key findings**. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2010.

KELLY, J.F., HOEPPNER, B.; STOUT, R.L.; PAGANO, M. Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis. **Addiction**, v. 107, n. 2, p. 289-99, 2012.

KENDLER, K.S.; SCHMITT, E.; AGGEN, S.H.; PRESCOTT, C.A. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 6, p. 674-82, 2008.

KLEIMAN, E.M.; LIU, R.T. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. **The British Journal of Psychiatry**, v. 204, p. 262-6, 2014.

KOENIG, H.G.; BÜSSING, A. The Duke Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H.G.; MC CULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H.G.; KING, D.E.; CARSON, V.B. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion index for psychiatric research: a 5-item measure for use in health outcomes studies. **The American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 2, p. 885-886, 1997.

KOENIG, H.G. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-91, 2009.

LAI, H.M.; CLEARY, M.; SITHARTHAN, T.; HUNT, G.E. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: a systematic review and meta-analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 1, n. 154, p. 1-13, 2015.

LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A.L.; PERES, M.F.; LEÃO, F.C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

MADRUGA, C.; LARANJEIRA, R.; CAETANO, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; FERRI, C.P. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil – A national survey. **Addictive Behaviors**, v. 37, n. 10, p. 1171-1175, 2012.

MC CULLOUGH, M.E.; TSANG, J.A.; BRION, S. Personality traits in adolescence as predictors of religiousness in early adulthood: Findings from the Terman Longitudinal Study. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 29, n. 8, p. 980-991, 2003.

MC PHERSON, K.E.; KERR, S.; MORGAN, A.; MC GEE, E.; CHEATER, F.M.; MC LEAN, J.; EGAN, J. The association between family and community social

capital and health risk behaviors in young profile: an integrative review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 971, 2013.

MERIKANGAS, K.R.; McCLAIR, V.L. Epidemiology of substance use disorders. **Human Genetics**, v. 131, n. 6, p. 779-89, 2012.

MILLER, L.; WEISSMAN, M.; GUR, M.; ADAMS, P. Religiousness and substance use in children of opiate addicts. **Journal of Substance Abuse**, v. 13, n. 3, p. 323-336, 2001.

MILLER, L.; WICKRAMARATNE, P.; GAMEROFF, M.J.; SAGE, M.; TENKE, C.E.; WEISSMAN, M.M. Religiosity and Major Depression in Adults at high risk: a ten-year prospective study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 169, n. 1, p. 89-94, 2012.

MILLER, W.R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, v. 93, n. 7, p. 979-90, 1998.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F.L.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

MOSCATI, A.; MEZUK, B. Losing faith and finding religion: Religiosity over the life course and substance use and abuse. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 136, n. 1, p. 127-34, 2014.

NAPPO, S.A.; CARLINI, E.L.A.; ARAÚJO, M.D.; MOREIRA, L.F.S.M. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 46, n. 2, p. 297-303, 2010.

NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R. Crack use in São Paulo. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 5, p. 565-79, 1996.

NAPPO, S.A.; SANCHEZ, Z.; DE OLIVEIRA, L.G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance Use & Misuse**, v. 46, n. 4, p. 476-85, 2011.

NARVAEZ, J.C.M.; PECHANSKY, F.; JANSEN, K.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; KAPCZINSKI, F.; MAGALHÃES, P.V. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, p. 211-218, 2015.

PALAMAR, J.J.; DAVIES, S.; OMPAD, D.C.; CLELAND, C.M.; WEITZMAN, M. Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 149, n. 1, p. 108-16, 2015.

PARDINI, D.A.; PLANTE, T.G.; SHERMAN, A.; STUMP, J.E. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 19, n. 4, p. 347-54, 2000.

PINHEIRO, R.T.; PINHEIRO, K.A.; MAGALHÃES, P.V.; HORTA, B.L.; DA SILVA, R.A.; SOUSA, P.L.; FLEMING, M. Cocaine addiction and family dysfunction: a case control study in southern Brazil. **Substance Use & Misuse**, v. 41, n. 3, p. 307-16, 2006.

POOROLAJAL, J.; HAGHTALAB, T.; FARHADI, M.; DARVISHI, N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. **Journal of Public Health**, v. 26, 2015.

PRESCOTT, C.A.; KENDLER, K.S.; BUTERA, F.A. **Psychiatric Genetics Research Program**. Medical College of Virginia / Virginia Commonwealth University. Version 3.1, September 1998, revised March 2001.

REGNERUS, M.D.; BURDETTE, A. Religious change and adolescent family dynamics. **The Sociological Quarterly**, v. 47, p. 175-194, 2006.

REGNERUS, M.D.; ELDER, G.H. Religion and vulnerability among low-risk adolescents. **Social Science Research**, v. 32, n. 4, p. 633-658, 2003.

RIBEIRO, M.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R.; SESSO, R. High mortality among Young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. **Addiction**, v. 99, n. 9, p. 1133-5, 2004.

RONNEBERG, C.R.; MILLER, E.A.; DUGAN, E.; PORELL, F. The protective effects of religiosity on depression: a 2-year prospective study. **The Gerontologist**, v. 25, p. 1-12, 2014.

SALAS-WRIGHT, C.P.; VAUGHN, M.G.; HODGE, D.R.; PERRON, B.E. Religiosity profiles of American youth in relation to substance, and delinquency. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 41, n. 12, p. 1560-75, 2012.

SISTEMA INTERAMERICANO DE DADOS UNIFORMES SOBRE CONSUMO DE DROGAS – SIDUC. **Estudio comparativo del consumo de drogas em países americanos**. Washington, DC: Organización de Los Estados Americanos (OEA), 2006.

SHEEHAN, D.V.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K.H.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E.; HERGUETA, T.; BAKER, R.; DUNBAR, G.C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, suppl. 20, p. 22-33, 1998.

SMITH, C.; DENTON, ML.; FARIS, R.; REGNERUS, M. Mapping adolescent, american religious participation. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 41, n. 4, p. 597-612, 2002.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health Summary of National Findings**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.

SUSSNER, B.D.; SMELSON, D.A.; RODRIGUES, S.; KLINE, A.; LOSONCZY, M.; ZIEDONIS, D. The validity and reability of a brief measure of cocaine craving. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 86, n. 3, p. 233-7, 2006.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL- Bref. Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. New York: United Nations publication, 2015.

VAKALAH, H.F. Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: a literature review. **Journal of Drug Education**, v. 31, n. 1, p. 29-46, 2001.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S.A. Religious treatment for drug addiction: an exploratory study in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 4, p. 638-46, 2008.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; DE OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Religiosity as a protective factor against the use of drugs. **Substance Use & Misuse**, v. 43, n. 10, p. 1476-86, 2008.

VON STUMM S.; DEARY I.J.; KIVIMÄKI, M.; JOKELA, M.; CLARK H.; BATTY, G.D. Childhood behavior problems and health at midlife: 35-year follow-up of a Scottish birth cohort. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 52, n. 9, p. 992-1001, 2011.

WEBER, S.R.; PARGAMENT, K.I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358-63, 2014.

WICHERS, M.; GILLESPIE, N.A.; KENDLER, K.S. Genetic and environmental predictors of latent trajectories of alcohol use from adolescence to adulthood: a male twin study. **Alcoholism, Clinical and Experimental Research**, v. 37, n. 3, p. 498-506, 2013

WILLS, T.A.; YAEGER, A.M.; SANDY, J.M.; Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 17, n. 1, p. 24-31, 2003.

YONKER, J.E.; SCHNABELRAUCH, C.A.; DEHAAN, L.G. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. **Journal of Adolescence**, v. 35, n. 2, p. 299-314, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 – Variáveis demográficas

1. Qual a data do seu nascimento? ____ / ____ / ____
 2. Sexo
 1. Masculino
 2. Feminino
 3. Qual é seu estado civil atual?
 1. Solteiro
 2. Casado legalmente
 3. Amasiado
 4. Separado / divorciado
 5. Viúvo
 4. Qual o seu grau de escolaridade (última série completada)?
 1. Ensino fundamental incompleto
 2. Ensino fundamental completo
 3. Ensino médio incompleto
 4. Ensino médio completo
-

ANEXO 2 – Religiosidade atual

1. Você acredita em Deus?

1. Acredito: Tenho certeza da existência de Deus
2. Não sei: Não estou certo se Deus existe
3. Não acredito: Tenho certeza que Deus não existe

2. Você tem religião?

1. Sim.
Qual? () católica () evangélica () espírita () outra: _____
2. Não

Por favor, responda a seguir algumas questões sobre sua prática religiosa, antes da sua internação atual

Duke Religion Index – DUREL

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes no mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, diga o quanto cada frase se aplica a você.

3. “Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”. Essa afirmação é:

1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
-

4. “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver”. Essa afirmação é:

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

5. “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”. Essa afirmação é:

1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
-

ANEXO 3 – História Religiosa (frequência e participação)

Histórico dos 8 aos 11 anos de idade / dos 12 aos 14 anos de idade / dos 15 aos 17 anos de idade

- **Frequência Religiosa**

1. Quando você tinha entre e anos, você freqüentava alguma religião – missas, cultos evangélicos, sessões espíritas e/ou cultos de religiões afro-brasileiras?

0. Nunca
1. Menos de uma vez por mês
2. Uma vez por mês
3. Poucas vezes no mês
4. Uma vez por semana
5. Mais de uma vez por semana

- **Participação Religiosa**

2. Quando você tinha entre e anos, com que freqüência você participava de atividades ligadas à religião – encontros, grupos de jovens, trabalhos sociais e de caridade?

0. Nunca
 1. Raramente
 2. Algumas vezes
 3. Frequentemente
-

ANEXO 4 – Gravidade de consumo de crack

- **Idade de início**

1. Quantos anos você tinha quando fumou crack a primeira vez? _____ anos

- **Intensidade de consumo**

2. Na fase em que mais fumou crack, qual o máximo que utilizou de uma única vez?

1. 1-5 pedras
2. 6-10 pedras
3. 11-20 pedras
4. 20-30 pedras
5. Mais de 30 pedras

3. Quando foi a última vez que usou crack?

1. Há menos de 1 semana
 2. 1-3 semanas
 3. Há menos de 1 mês
 4. 1-2 meses
 5. 2-5 meses
 6. 6 ou mais meses
-

ANEXO 5 – Gravidade de consumo do crack

Crack Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B)

Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das frases abaixo marcando em apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais você concordará ou discordará da frase. Por favor, complete cada item. Gostaríamos de saber o que você sente agora enquanto responde ao questionário.

1. Eu desejo tanto fumar crack que quase posso sentir o seu gosto.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 2. Eu tenho um desejo muito forte pelo crack.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 3. Vou fumar crack assim que puder.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 4. Acho que poderia resistir a fumar crack neste momento.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 5. Eu estou com fissura pelo crack agora
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 6. Tudo que queria fazer agora era fumar crack.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 7. Não sinto nenhum desejo pelo crack neste momento.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 8. Fumar crack agora faria as coisas parecerem perfeitas.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 9. Eu vou fumar crack assim que tiver a chance.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
 10. Nada seria melhor do que fumar crack agora.
Discordo totalmente 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 Concordo totalmente
-

ANEXO 6 – Envolvimento com criminalidade e comportamentos sexuais de risco

- **Prisão depois dos 18 anos**

1. Você já esteve preso alguma vez após os 18 anos?
 1. Sim
 2. Não

- **Viver do crime**

2. Você já chegou a se sustentar por pelo menos um mês com atividades ilícitas?
 1. Sim
 2. Não

- **Sexo em troca de drogas**

3. Você já recebeu drogas em troca de sexo?
 1. Sim
 2. Não

- **Sexo com mais de 10 parceiros num ano**

4. Já teve relação sexual com mais de 10 pessoas diferentes em um único ano?
 1. Sim
 2. Não
-

ANEXO 7 – Qualidade de vida

Agora, eu gostaria de lhe fazer perguntas sobre sua qualidade de vida antes dessa internação.

WHOQOL-BREF

Por favor, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta

1. Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

1. Muito ruim
2. Ruim
3. Nem ruim nem boa
4. Boa
5. Muito boa

2. Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

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

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1. Nada
2. Muito pouco
3. Mais ou menos
4. Bastante
5. Ao extremo

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1. Nada
2. Muito pouco
3. Mais ou menos
4. Bastante
5. Ao extremo

5. O quanto você aproveita a sua vida?

1. Nada
 2. Muito pouco
 3. Mais ou menos
-

- 4. Bastante
- 5. Ao extremo

6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

- 1. Nada
- 2. Muito pouco
- 3. Mais ou menos
- 4. Bastante
- 5. Ao extremo

7. O quanto você consegue se concentrar?

- 1. Nada
- 2. Muito pouco
- 3. Mais ou menos
- 4. Bastante
- 5. Ao extremo

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- 1. Nada
- 2. Muito pouco
- 3. Mais ou menos
- 4. Bastante
- 5. Ao extremo

9. Quão saudável é o seu ambiente físico – clima, barulho, poluição, atrativos?

- 1. Nada
- 2. Muito pouco
- 3. Mais ou menos
- 4. Bastante
- 5. Ao extremo

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

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- 1. Nada
- 2. Muito pouco
- 3. Médio
- 4. Muito
- 5. Completamente

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- 1. Nada
 - 2. Muito pouco
 - 3. Médio
 - 4. Muito
 - 5. Completamente
-

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1. Nada
2. Muito pouco
3. Médio
4. Muito
5. Completamente

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1. Nada
2. Muito pouco
3. Médio
4. Muito
5. Completamente

14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

1. Nada
2. Muito pouco
3. Médio
4. Muito
5. Completamente

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

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1. Muito ruim
2. Ruim
3. Nem ruim nem bom
4. Bom
5. Muito bom

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito nem insatisfeito
 4. Satisfeito
 5. Muito satisfeito
-

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1. Muito insatisfeito
 2. Insatisfeito
 3. Nem satisfeito nem insatisfeito
-

4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

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

26. Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. Nunca
 2. Algumas vezes
 3. Frequentemente
 4. Muito frequentemente
 5. Sempre
-

ANEXO 8 – Comorbidades psiquiátricas

M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview

- **Episódio depressivo maior**

1. Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido (a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
2. Nas duas últimas semanas, teve, quase todo o tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?
3. Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) / sem interesse pela maioria das coisas:
 - a) O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de mais ou menos 5% ao longo do mês, isto é, mais ou menos 3,5kg, para uma pessoa de 65 kg)
 - b) Teve problemas de sono quase todas as noites / dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?
 - c) Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado (a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?
 - d) Sentiu-se a maior parte do tempo cansado (a), sem energia, quase todos os dias?
 - e) Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias?
 - f) Teve dificuldade em concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias?
 - g) Teve, por várias vezes, pensamentos ruins, como por exemplo, pensar que seria melhor estar morto (a) ou pensar em fazer mal a si mesmo (a)?

- **Risco de suicídio**

Durante o último mês:

1. Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?
2. Quis fazer mal a si mesmo (a)?
3. Pensou em suicidar-se?
4. Pensou numa maneira de se suicidar?
5. Tentou o suicídio?

Ao longo da sua vida:

6. Já fez alguma tentativa de suicídio?
-

ANEXO 9 – Variáveis mediadoras

Histórico dos 8 aos 11 anos de idade / dos 12 aos 14 anos de idade / dos 15 aos 17 anos de idade

- **Laços familiares**

1. Quando você tinha entre x e y anos, com que frequência você passava por situações desagradáveis ou desentendimentos, brigas ou conflitos com:

Sua mãe / cuidadora

0. Quase todo dia
1. Poucas vezes na semana
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Algumas vezes no ano
5. Nunca

Seu pai / cuidador

0. Quase todo dia
1. Poucas vezes na semana
2. Semanalmente
3. Mensalmente
4. Algumas vezes no ano
5. Nunca

- **Ambiente social**

2. Quando você tinha entre x e y anos, com que frequência você participava de atividades esportivas regulares – dentro ou fora da escola?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algumas vezes
3. Frequentemente

3. Quando você tinha entre x e y anos, com que frequência você participava de atividades extracurriculares – cursos, atividades culturais?

0. Nunca
 1. Raramente
 2. Algumas vezes
 3. Frequentemente
-

ANEXO 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: “Perfil sociodemográfico de usuários de crack internados em Comunidades Terapêuticas de seis estados brasileiros e o Distrito Federal”

Você está sendo convidado a participar de forma voluntária de uma pesquisa que tem como objetivos:

1. Investigar a história natural do consumo de crack, com ênfase para:
 - A. o perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados;
 - B. o histórico do consumo de substâncias psicoativas (e do crack);
 - C. o mapeamento das complicações relacionadas ao uso de substâncias psicoativas;
 - D. os padrões dos relacionamentos familiares e dos vínculos de amizade ao longo da vida;
 - E. a prevalência de comorbidades psiquiátricas;
 - F. o contato anterior dos usuários com os programas de tratamento;
 - G. o contato anterior dos usuários com o sistema judiciário;
 - H. o relacionamento desses usuários com o tráfico de drogas;
 - I. os antecedentes de trauma e estresse;
 - J. a qualidade de vida no período anterior à internação;
 - K. a avaliação do funcionamento global.

Para tanto, você será entrevistado por um dos membros da equipe desse estudo no início do seu tratamento na Comunidade Terapêutica. Responderá primeiro a um questionário estruturado que abordará os temas acima mencionados, divididos em dois períodos com duração média de duas horas cada, com pelo menos um dia de intervalo entre ambas. Escalas inclusas: Crack Cocaine Craving Questionnaire Brief (CCQ-B); Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble (CRAFT); Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT); Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina; Duke

Religion Index (DUREL); Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); Early Trauma Inventory Self-Report (ETISR-SF); WHO Quality of Life (WHOQOL-BRIEF); e Avaliação Global de Funcionamento (AGF).

Nessa primeira etapa também poderá ser colhida sua saliva com o objetivo de investigar a presença de interações capazes de aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos para a dependência química. A extração de DNA de saliva é realizada de acordo com o protocolo do kit comercial Orogene® DNA (empresa DNA Genotek) e será armazenada sob os cuidados da equipe do Hospital das Clínicas, equipe do Prof. Dr. Homero Vallada. Você poderá aceitar ou não participar desse procedimento.

Após um mês de sua participação, que será responder a esse primeiro questionário, você poderá ser contatado por um dos coordenadores que fará um reteste para validação dos dados colhidos pelo entrevistador.

Um segundo questionário estruturado com duração de uma hora será realizado antes de sua alta com os principais temas relevantes a fim de ser possível obter um resultado comparativo no início e final do tratamento. Escalas inclusas: Crack Cocaine Questionnaire Brief (CCQ-B), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), WHO Quality of Life (WHOQOL-BRIEF) e Avaliação Global de Funcionamento (AGF).

Após um ano de sua alta poderá ser realizado um novo contato (telefone ou endereço) para saber sua evolução nos últimos doze meses.

Quaisquer desconfortos ao longo de sua participação na pesquisa deverão ser explicados e comunicados imediatamente, pois você contará com o apoio dos entrevistadores.

Não há benefício direto para o participante, portanto a sua participação é voluntária. Trata-se de estudo experimental e somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Marcelo Ribeiro de Araújo e pode ser encontrado no endereço institucional da UNIAD: Rua Borges Lagoa, 570, 8º andar. Telefones: (11) 5571-0493 / 5084-3001.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162. E-mail: cepunifesp@unifesp.br.

É garantido a você a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição (Comunidade Terapêutica).

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a sua identidade.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), você tem o direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

O pesquisador responsável por esse estudo tem o compromisso de utilizar esses dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Perfil sociodemográfico de usuários de crack internados em Comunidades Terapêuticas de seis estados brasileiros e o Distrito Federal”.

Eu discuti com o Prof. Dr. Marcelo Ribeiro de Araújo e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando

necessário. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesse Serviço.

Antes de concluirmos, gostaria de saber se podemos entrar em contato com você novamente daqui a um ano para saber como evoluiu após o tratamento que recebeu aqui. É muito comum que contatos após um longo período não aconteçam devido a mudanças de telefone ou endereço. Desse modo, caso concorde, gostaria que indicasse, além do seu próprio, outros endereços e telefones de parentes que garantam o contato com você daqui a um ano.

Em nome da Universidade Federal de São Paulo, gostaria de agradecer a sua contribuição para o estudo sobre dependência de crack.
